

Vår dato
08.03.2022

Vår ref:
22/02285

Utarbeidet av
Helsefelleskapet Østfold

Til
Helse – og omsorgsdepartementet
postmottak@hod.dep.no

Innspill til Nasjonal helse - og sykehusplan 2024 - 2027

1. *Hvilke erfaringer har dere høstet så langt, bl.a. knyttet til samarbeid mellom kommunene, mellom kommunene og helseforetak, etablering av sekretariatsfunksjoner, gode og likeverdige beslutningsprosesser, samt etablering av felles prosjekter?*

Erfaringer fra Helsefelleskapet	
Mellom kommunene	<p>Man erfarer samarbeidet som godt koordinert, med gode møteplasser og god struktur. Kommunene har fått tettere kontakt, og utveksler jevnlig erfaringer. Dette har i en del tilfeller ført til likere praksis på tvers av kommuner.</p> <p>Erfaring med etablering av samhandlingssjef for kommuner er meget positiv. I en evaluering i 2019 kom det frem at stillingen som samhandlingssjef øker likeverdigheten i partnerskapet ved at kommunene er koordinert og har en tydelig stemme inn mot sykehusledelsen. At en dedikert person har avsatt tid til å arbeide med saksfremlegg, agenda og referat, er viktig for å ivareta kommunenes perspektiv og gjør kommunene mer proaktive i samhandlingen med sykehuset.</p> <p>I evalueringen uttaler Sykehuset Østfold: <i>«Samhandlingssjef kommuner ivaretar på en god måte kommunenes perspektiv inn i samhandlingsarbeidet ved at kommunene er koordinerte, godt informerte, tar mer initiativ og i større grad taler med én stemme. Stillingen bidrar til å løfte kommunestemmen og partnerskapet, noe sykehuset er svært tilfreds med.»</i> I forbindelse med utlysning av stilling i 2020 ble kommunene enige om å øke stillingen fra 40 til 50 %.</p>
Mellom kommunene og helseforetak	Etablert iht. nasjonale føringer. Fungerer etter intensjon.

Vår dato
17.02.2022

Etablering av sekretariatsfunksjoner	Etablert og fungerende. Kommunal sekretariatsfunksjon kan utvikles mer og på sikt gjerne utvides for i større grad enn i dag samordne utvikling av kommunale helse- og omsorgstjenester. Vi ser at kommunene lærer av hverandre og at flere møteplasser fører til likere praksis på noen områder. Utveksling av erfaringer og deling av arbeid fører til effektiv oppgaveløsning og minsker dobbeltarbeid.
Gode likeverdige beslutningsprosesser	Ivarettatt gjennom avtale og praktisk arbeid gjennom mange år.
Etablering av felles prosedyrer	God erfaring med etablering av felles prosedyrer på ulike områder. Revisjon og videreutvikling av prosedyrene hjelper oss med å gå i samme retning.

2. *Hva opplever helsefelleskapet som mest krevende for å nå målene om mer sammenhengende, bærekraftige tjenester for pasienter med sammensatte behov? Hva gjør dere konkret for å adressere disse utfordringene?*

Krevende faktorer	Tiltak
Digitale løsninger/ elektronisk pasientjournal som ikke «snakker sammen».	Nasjonale løsninger med tilkoblingsmuligheter for app'er / elektronisk pasientjournal. Sykehuset Østfold og kommunene samarbeider for å finne løsninger for digital hjemme oppfølging. Sykehuset har utviklet en app «Nimble» for digital hjemmeoppfølging av pasienter. Det må gjøres et arbeid for å kunne kommunisere sømløst om DHO med primærhelsetjenesten. Bedre dataflyt på tvers og tilgang til hverandres data, vil kunne løfte kvalitet og redusere ressursbruk i pasientbehandlingen
Finansiering av samarbeid på tvers	Sykehuset Østfolds samhandlingsmidler har vært viktig for igangsetting av flere prosjekter. Midlene skal dekke sykehusets andel i samhandlingsprosjekter. Erfaring viser at det er svært tidkrevende å få til enighet om dekning av kostnader til felles prosjekter, da dette må inn i budsjetter i god tid før oppstart. Det hadde vært gunstig om kommunene hadde tilsvarende tilskuddsordning for å stimulere til samhandlingsprosjekter.
Manglende finansiering av nye kommunale tjenester (f. eks. oppgaver som i dag utføres på poliklinikk)	Mulighet for å ta takst/ innsatsstyrt finansiering i kommunene. Dagens ordninger er til hinder for etablering av nye/ endrede oppgaver.

Vår dato
17.02.2022

<p>Manglende insentiver for kommunene for å øke aktivitet i Kommunalt akutt døgntilbud (KAD), samtidig som det er stort press på å ta imot utskrivningsklare pasienter. KAD er rammefinansiert. Belegget kunne vært høyere enn i dag, men det er ingen insentiver til å øke belegget. I flere kommuner brukes ledige senger også til å ta imot utskrivningsklare pasienter som medfører kostnader for kommunen. Når disse to formålene «konkurrerer» om de samme sengene, er det krevende for kommunene å holde sengene ledige for eventuelle KAD-pasienter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Det arbeides aktivt i KAD-utvalget med å øke aktiviteten og bruken av KAD-senger slik at tilbudet i større grad oppfyller intensjonen om å avlaste sykehuset ▪ Planlegger jevnlig informasjon til Strategisk samhandlingsutvalg om aktivitet i KAD.
<p>Forventer en økning i antall eldre med store behov for behandling og pleie/omsorg</p> <p>Stort press i sykehuset fører til korte innleggelses og raske utskrivelser. Kommunene har et begrenset antall korttids plasser. Behov for tettere samhandling om utskrivelse og oppfølging av en stor pasientgruppe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prosjekt «Hva er innafor»¹ - for å bedre oppfølging etter utskrivelse for skrøpelige, eldre og multisyke pasienter. ▪ Ønske om felles planlegging av tjenester til denne gruppen – dette er langsiktig arbeid som må forankres i både kommuner og sykehus ▪ Det er etablert en ressursgruppe for «styringsdata samhandling» for å øke kompetanse for å bruke dette verktøyet utviklet av analyseavdelingen i HSØ ▪ Kapasitetsråd² ▪ Initiativ fra sykehuset til Helsefellesskapet for å forbedre samarbeid og kvalitet ved behandling og omsorg i livets slutfase

3. *Har dere gode eksempler på tjenester som er utviklet/er i ferd med å utvikles i fellesskap for de fire prioriterte pasientgruppene? Hvordan kan innsikt fra disse eksemplene overføres til andre helsefellesskap og/eller forsterkes gjennom neste nasjonale helse- og sykehusplan?*

1. Skrøpelige eldre
2. Personer med flere kroniske lidelser
3. Barn og unge
4. Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

¹ Et verktøy utviklet gjennom en tjenstedesignprosess mellom kommunen, sykehuset, pasienter og pårørende, er til bruk ved utskrivning fra sykehus til kommune. Verktøyet skal bidra til økt trygghet hos pasient, kommuner og sykehus, samt unødvendige innleggelses

² Et tidsavgrenset, partssammensatt underutvalg i Helsefellesskapet Østfold for samarbeid om felles kapasitetsutfordringer i helsetjenestene vinteren 2021-22

Vår dato
17.02.2022

De fire prioriterte pasientgruppene		
	Tjenester som er utviklet eller under utvikling	Overføringsverdi helsefellesskap/kan forsterkes gjennom nasjonal helse – og sykehusplan
1.	Forsterket utskrivning eldre/ skrøpelige («Hva er innafor»)	<p>Ved utskrivning fra sykehuset velges indikatorer og grenseverdier for hver enkelt pasient, som oppfyller inklusjonskriteriene. Det fremkommer <i>tydelig</i> hvem som kan kontaktes og <i>hvilke</i> tiltak som bør vurderes ved endringer i sykdomsbildet.</p> <p><u>Premisser:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasient og eller pårørende må få vite <i>hva</i> og <i>hvorfor</i> – i en form som skaper trygghet heller enn bekymring. ▪ Det juridiske ansvaret for vurdering og behandling etter utskrivning må være avklart og forstått av alle involverte ▪ Lett tilgjengelig mal og informasjonen må kunne sendes digitalt til rett instans, samt være lett å forstå for mottaker ▪ Medisinliste oppdatert og samstemt ▪ Skreddersydd til den enkelte pasient
	Tidlig geriatrik vurdering	<p>Tidlig innsats vil utgjøre store forskjeller for den enkelte pasient og for ressursbruken i tjenestene. I kommunen der funksjonsfall oppdages, finnes det største volumet av disse pasientene. Tidlig innsats mens mange av pasientens funksjoner er noenlunde intakt ennå, gjør det lettere å holde mestringsnivået optimalt for den enkelte og gjøre pasienten selvhjulpent lenger.</p> <p><u>Ønske om å jobbe videre med:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tidlig poliklinisk utredning ▪ Samordna team ▪ Geriatrik konfereringstelefon
	Systematisk oppfølging av hoftebruddpasienter etter utskrivning	<p>Et underutvalg er etablert for å standardisere pasientforløp for hoftebruddopererte pasienter som dekker perioden fra pasientene er operert på sykehuset til de er i stabil fase etter behandlingen. Arbeidet i underutvalget skal ta utgangspunkt i og bygge på «Retningslinje for tverrfaglige behandling av hoftebrudd» og tidligere forbedringsarbeid internt i SØ og i samarbeid med kommunene.</p>
	Forum for sykehjemsmedisin etableres	<p>Viktig med mer kontakt for klinikere på tvers for kompetanseheving, relasjonsbygging og forståelse for hverandres hverdag. I opptaksområdet til Sykehuset Østfold er det ca. 70 sykehjemsleger. Sykehuset har laget en programkomite med representanter fra både sykehus og kommuner. Det planlegges seks fysiske møter per år, som gir tellende timer i utdanning i allmenntmedisin.</p>

Vår dato
17.02.2022

2.	<p>Forbedring av samhandling rettet mot pasienter med diagnosene hjertesvikt og KOLS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tverrfaglig team mellom sykehus og kommuner skal opprettes. ▪ Pasientforløp for hjertesvikt og KOLS justeres deretter med hensyn til tverrfaglig behandlingsperspektiv og erfaringene fra forprosjektet, samt at hele forløpet fra hjem til hjem implementeres i en sømløs og proaktiv behandlingslinje. ▪ God samhandling forventes å føre til bedre behandling og livskvalitet, samt forebygging av unødvendige innleggelser /hyppige re-innleggelser for pasienter med diagnosene hjertesvikt og KOLS
3.	<p>Felles planlegging av tjenester til barn og unge med</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autismeaspekter forstyrrelser (ASF) ▪ Angst/Depresjon 	<p>Underutvalget ble etablert i tråd med føringer gitt i Nasjonal helse og sykehusplan, samt handlingsplan for Helsefellesskapet 2021/22.</p> <p>Diagnosegruppene som ble valgt har svært mange samarbeidsflater /tjenesteytere og man tenker at erfaringene fra dette arbeidet, kan bidra inn i arbeid med andre aktuelle diagnosegrupper.</p>
4.	<p>Videreutvikle teambasert arbeid – ACT og FACT (sikkerhet/ ung)</p>	<p>Teamarbeid virker! Felles team med ansatte fra både sykehus og kommuner bryter ned barrierer, øker kvalitet og kompetanse og gir gode tjenester. Erfaringer fra fleksible team må også overføres til somatiske pasienter. Vi trenger gode anbefalinger for team som virker, og som er samfunnsøkonomisk lønnsomt og gir økt kvalitet.</p>
	<p>Videreutvikle psykiatriske akutt team</p>	<p>Psykiatrisk akutt team har hatt litt ulik organisering de siste årene. Både sykehus og kommuner ønsker en nasjonal standardisering av denne type team (på samme måte som ACT/FACT), for å sikre en god modell, og likeverdige tjenester i hele landet.</p>
	<p>Kommunene ønsker behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten som ser helheten og gir et bedre tilbud til ROP pasientene (Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse).</p>	<p>Kommunene oppfatter i dag at tilbudet til ROP-pasienter er fragmentert. Kommunene ønsker etablering av en enhet med akutttilbud/poliklinikk/døgn til ROP-pasienter. Behov for samtidighet og at kommuner og sykehus jobber mer koordinert. Kommunene trenger å kunne få støtte og veiledning for å håndtere pasientgruppa både dag/kveld/helg.</p>

Vår dato
17.02.2022

4. *Hvordan kan nasjonale myndigheter (departement, direktorater) støtte helsefellesskapene i arbeidet med å nå sine mål?*

- Oppgaver og føringer til Helsefellesskapet fra nasjonale myndigheter må være de samme for kommuner og sykehus slik at partene får de samme oppdragene og de samme insentivene for etablering/ drift
- Fastlegeordningen må stabiliseres for å sikre en god kvalitet på samhandlingen mellom sykehus og kommuner
- Den akuttmedisinske kjede må ses i sammenheng. Oppgavefordeling mellom aktørene må avklares.
- Rekruttering av helsepersonell er en felles utfordring. Det er behov for bedre fremskrivning som konkret fører til f. eks. opprettelse av studieplasser og ordninger for å fordele helsepersonell. Et eksempel er at sykehuset utdanner jordmødre, og at mange søker seg til kommunale stillinger. Ved mangel på personell må man kunne prioritere hvilke stillinger som må dekkes. Fordeling av leger og opprettelse av nye legestillinger er et annet eksempel.
- Gi retning for hvordan helsetjenesten i kommunen skal utvikle seg. Hva skal kommune ta ansvar for (gråsoneproblematikk- inklusiv finansiering) – kan det reguleres tydelige enn i dag?
- Synliggjøre modeller/ maler for samarbeid der kommuner utfører oppgaver på vegne av sykehuset

Hvilke justeringer i nasjonale virkemidler (faglige råd, regulering, styringsinformasjon, finansieringsordninger) vil bidra til å realisere målene?

- Felles samhandlingsmidler som kan brukes til utprøving og oppstart av nye tilbud
- Vurdere utprøving av innsatsstyrt finansiering på noen områder

Hvilken støtte fra Helsedirektoratet og andre etater har vært spesielt nyttig så langt?

- Etablering av egen side for Helsefellesskapene på Helsedirektoratets hjemmeside med styringsinformasjon og annet nyttig stoff
- Etablert «Nettverk for Helsefellesskap»
- Avtale mellom KS og legeföreningen om fastlegers deltakelse i Helsefellesskapet

Hvilken støtte savner dere?

- Kommunene trenger bedre styringsinformasjon – blant annet bedre indikatorer
- Helsefellesskapene trenger bedre styringsinformasjon for å kunne planlegge i fellesskap. Vi ønsker tydeligere føringer hvor hvilke områder som bør prioriteres i felles planlegging.

5. *Hvordan kan regionale aktører (KS, regionale helseforetak, statsforvalteren) støtte helsefellesskapene i arbeidet med å nå sine mål?*

- Være en arena for diskusjon om utviklingen av helsetjenesten – hvor vil vi?
- Samordne «diginettverk» og andre nettverk der kommunene har nytte av å møtes og jobbe sammen

Hvilken støtte har vært spesielt nyttig så langt?

- Samhandlingsmidler fra HSØ
- Nettverk for samhandlingssjefer i spesialisthelsetjenesten
- Tilgang til analyser og tall

Hvilken støtte savner dere?

- Tydeliggjøring av de ulike aktørene sine roller (KS, RHF, Statsforvalter).

Vår dato
17.02.2022

6. *Er det noe annet dere vil spille inn til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027?*

- Nedgang i relativ dekningsgrad av sykehjems plasser, mangel på kompetent personell og en økt eldre befolkning som vil kreve økte helsetjenester gir oss mange utfordringer. Dersom fastlegeordningen ikke stabiliseres, er vi bekymret for manglende portvokterfunksjon, og en økt pågang i spesialisthelsetjenesten.
- Tilsynsmyndighetenes praksis med å reagere mot enkeltleger i fastlegepraksis og legevakt, står i sterk motsetning til systemperspektivet i sykehus og andre institusjoner. Denne praksisen hemmer rekruttering til allmenmedisin. Praksisen fører også til «for sikkerhets skyld-medisin» der det utføres unødvendige undersøkelser og flere pasienter enn nødvendig blir innlagt i sykehus. Det er behov for å se nærmere på hvordan god praksis kan sikres uten at enkeltleger opplever at de blir stående helt alene i tilfeller der feilen skyldes systemet vedkommende jobber i. Det er også viktig å jobbe for å unngå overbehandling og overdiagnostikk, da dette fører til unødvendig bruk av ressurser som kunne gått til andre gode formål.