

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET  
Postboks 8011 Dep  
0030 OSLO

Att. Statsråden

<b>Dykkar ref.:</b> 22/2404	<b>Vår ref.:</b> 2022/759 - 7968/2022	<b>Sakshandsamar:</b> Hilde Rudlang	<b>Dato:</b> 15.09.2022
--------------------------------	--	--	----------------------------

### **Nasjonal helse- og samhandlingsplan – innspel frå Helse Vest**

Helse Vest takkar for invitasjonen i brev av 03.08.22 til å gi innspel til arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Vedlagt følgjer innspelet frå Helse Vest.

Helse Vest RHF har henta inn synspunkt frå underliggende føretak, og innspela frå Helse Bergen, Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Førde, Sjukehusapoteka Vest og Solli DPS er også lagt ved.

Vennleg helsing

Inger Cathrine Bryne  
administrerende direktør

Bjørn Egil Vikse  
fagdirektør

*Dokumentet er elektronisk godkjent av: Inger Cathrine Bryne Administr. direktør*

## Innspel frå Helse Vest til Regjeringa sitt arbeid med Nasjonal helse- og samhandlingsplan

### Innleiing

Helse Vest RHF har henta inn synspunkt frå underliggende føretak, og desse følgjer vedlagt.

Som bakgrunn for innspela viser vi vidare til utviklingsplanane til helseføretaka (vedtatt våren 2022) og til den regionale utviklingsplanen som er på høyring hausten 2022. Planane beskriv utfordringsbiletet og viser måla som tenestene jobbar for. Utviklingsplanane er å finne på følgjande lenker:

- Helse Bergen: <https://helse-bergen.no/om-oss/utviklingsplan-2022-2035#gjennom-styringa-av-verksemda-veit-vi-om-vi-er-pa-rett-veg>
- Helse Stavanger: <https://sites.google.com/nestegenerasjonplan.no/utviklingsplan-helse-stavanger/hjem-utviklingsplan-2022-2035>
- Helse Førde: <https://sites.google.com/nestegenerasjonplan.no/utviklingsplan-helse-frde/heim-utviklingsplan-2021-2035>
- Helse Fonna: <https://helse-fonna.no/om-oss/utviklingsplan-helse-fonna>
- Helse Vest: [Neste generasjon plan - Ny Regional utviklingsplan 2023-2035](#)

Ei generell tilbakemelding er at Nasjonal helse- og samhandlingsplan bør ha overordna mål som bidrar til stø kurs og samtidig gir rom for forbetningsarbeid, lokalt handlingsrom og tilpassingar. Planen bør legge vekt på samanhengen mellom ulike sektorar og styringsnivå og ha eit langsiktig tidsperspektiv for endringar.

Som dei aller viktigaste utfordringane og tiltaka vil vi innleiingsvis peike på følgjande:

#### Viktigaste utfordringar:

- Det blir stadig fleire eldre og pasientar med fleire kroniske sjukdommar. Pasientar lev lenger med moderne behandling og krev ofte til dømes svært kompleks behandling.
- Det er dermed ein auke i tilstrøyming til tenestetilbodet utan at budsjettammene til helsesektoren aukar tilsvarande, og det er heller ikkje verken berekraftig eller mogleg å rekruttere nok kompetent personell utan at vi organiserer og gjer pasientbehandligna enklare.
- Dagens digitale løysingar, finansieringsordningar og lovverk legg ofte ikkje til rette for effektiv pasientbehandling eller samhandling. Helseføretaka har til dømes sett inn mykje ressursar i akuttmottaka for å avklare pasientar og unngå unødvendige innleggingar; men slik rask avklaring gir langt mindre inntekter til føretaka. Andre døme er at løysingar rundt digital samhandling og legemiddel-lister ikkje fungerer godt nok og ofte gir mykje meir-arbeid både i førstelinjetenesta og i sjukehusa.

#### Aktuelle prioriterte tiltak:

- Helsetenesta må få høve til og støtte til å utvikle gode pasientforløp for dei vanlegaste sjukdommane som brukar ein stor del av helsetenestene. Gode pasientforløp bør utviklast både i spesialisthelsetenesta, primærhelsetenesta og i eit samarbeid i helsefelleskapa.

- Gode arenaer for prioritering i helsetenesta må bevarast og vidareutviklast. Det er nødvendig å tenke gjennom og gjennomføre prioritering i helsetenesta på alle nivå, med tydelegheit og openheit om kva som blir prioritert og kva ein ikkje kan prioritere i vår felles helseteneste
- Vidareutvikle elektroniske pasientjournalssystem og andre digitale samhandlingsløysingar som understøtter pasientforløp og styrkar informasjonsdeling og samhandling mellom tenestene.
- Pasientane må inkluderast som aktive deltakarar i oppfølging og behandling av eigen helsetilstand, slik at dei kan dra nytte av eigne ressursar og kunnskap om si eiga helse. Dette kan til dømes skje gjennom gode digitale helsetenester.

I det følgjande gir vi innspel til ulike tema i Nasjonal helse- og samhandlingsplan, i samsvar med invitasjonsbrevet.

## Samhandling

### *Kva er dei viktigaste utfordringane? Kva for tiltak er aktuelle?*

1. **Sikre stabil fastlegeordning.** Ei god fastlegeordning er nødvendig både for å sikre gode helsetenester i kommunane og for best mogleg bruk av spesialisthelsetenesta. Ei marginal endring i tilvisingspraksis hos fastlegane vil føre til ein stor auke i innleggingar i spesialisthelsetenesta. Helseføretaka ser auke i tilvisingar frå kommunar som manglar fastlegar og har mange vikarar. God samhandling mellom fastlegar og spesialisthelsetenesta er avgjerande for å sikre samanhengande helsetenester og velfungerande pasientforløp.

Ei felles første prioritet må vere å sikre stabilitet i fastlegeordninga, og sikre samhandling mellom desse og spesialisthelsetenesta. Det må òg sikrast god samhandling innad i kommunane slik at fastlegar først sikrar pasienten kommunale tenester, før tilvising til spesialisthelsetenesta. Særleg gjeld dette tilbod til barn og unge.

2. **Utvikle finansieringssystem som stimulerer til samhandling, også digital samhandling.** Vilkår for at ein pasient er utskrivingsklar (jf. forskrifta om kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar) utfordrar planlagde og koordinerte overgangar på grunn av tidspress. Innføring av ein karensdag og gradvis aukande betaling for utskrivingsklare liggedøgn vil kunne gi betre planlegging/samhandling ved utskriving av pasientar med behov for koordinerte tenester. I tillegg vil det kunne hindre at dei mest ressurskrevjande utskrivingsklare pasientane blir liggande å vente på eit tilbod i kommunen.

Finansieringsordningane må sikre at helsetenester utan behov for fysisk oppmøte blir førstevalet når det er mogleg og at spesialisthelsetenesta kan ta betalt for kommunikasjon med førstelinjetenesta.

3. **Nasjonale digitale samhandlingsløysingar.** Helseføretaka og kommunane har i mange tilfelle ulike tekniske løysingar og mangelfulle integrasjonar mellom desse, noko som gjer effektiv samhandling og samarbeid mellom partane vanskelegare. Pasientane møter mange ulike løysingar.

Det bør komme nasjonale digitale samhandlingsløysingar som sikrar felles funksjonskartleggingsverktøy og samtidig kommunikasjon mellom sjukehus og kommunar (primærhelsetenesta er

funksjonsorientert og ikkje diagnoseorientert). Vi viser elles til innspel under punktet om digitalisering.

4. **Stabil og langsiktig vidareutvikling av helsefellesskapa.** Samarbeid og samordning mellom kommunar, på tvers av kommunegrenser, er sentralt for å lykkast med helsefellesskapa. Vidareføring av felles sekretariatsfunksjon for kommunane er viktig i denne samanheng.

Det er behov for å avklare forventningane til kva for arbeidsoppgåver og ansvar helsefellesskapa skal ha. Forventningsnivået må samsvare med tilgjengelege økonomiske og personalmessige ressursar i helsefellesskapa. Fokuset på dei fire prioriterte pasientgruppene må halde fram.

Informasjon om helsefellesskapa og korleis desse samhandlingsfora fungerer bør gjerast meir kjent for klinikarar, leiarar på alle nivå i heile helsetenesta.

***Gode eksempel og aktuelle pågåande arbeid***

- Barn og unges helseteneste. Brukarar, kommunale tenester og spesialisthelsetenesta har samarbeidd om å utvikle samhandlingsforløp for dei vanlegaste psykiske helseplagane hos barn og unge. Forløpa fungerer som eit kart over tenestene og gir oversikt over dei ulike tenestene si rolle og ansvarsområde. Modellen er utvikla i Helse Fonna og er under implementering i resten av regionen. Vedlikehald og vidareutvikling av forløpa blir no forankra i faggrupper i helsefellesskapsstrukturen.
- «Øyanemodellen» tar utgangspunkt i helsefellesskap som ein ny modell for korleis kommune, sjukehus og NAV kan møte brukarar med psykisk sjukdom
- FACT-team, OBS-team – tverrfaglege behandlings/oppfølgingsteam i samarbeid mellom kommune og spesialisthelseteneste
- Felles brukarutval i Sogn og Fjordane for kommunane og Helse Førde

## Kvalitetsforbetring og pasienttryggleik

### ***Kva er dei viktigaste utfordringane? Kva for tiltak er aktuelle?***

1. **Framleis utbreiing av forbetningsmetodikk.** For å utvikle helsetenesta i ein meir effektiv og sikker retning, er det behov for kontinuerleg forbetring av helsetenesta. Mange leiarar og tilsette i helsetenesta manglar kunnskap om forbetningsarbeid og det er framleis stort behov for opplæring i dette. Alle faggrupper i sjukehusa bør vere inkluderte i slikt arbeid.
2. **Bli betre i læring på tvers.** Vi lærer for lite av kvarandre sine feil. Aktuelle tiltak er å lage ein struktur for læring på tvers, evaluere og forbetre denne strukturen heile tida. Avvikshandtering generer sjeldan endring med varig effekt. Det bør settast av nok ressursar til å analysere avvika og spreie tiltaka som følgjer av avvika. Kliniske fagrevisjonar (gjennomførte i Helse Vest sidan 2011) har gitt helsepersonell høve til å studere og lære av kvarandre.
3. **Enkel tilgang på styringsdata på føretaks- og kommunenivå.** Heilskaplege og samanhengande tenester krev styringsdata på føretaks- og kommunenivå som partane er samde om. Styringsinformasjon som Helsedirektoratet har utarbeidd for dei prioriterte pasientgruppene bør vidareførast. Helsedirektoratet, kommunar, regionale helseføretak og faginstansar bør

samarbeide om datafangst og dataformidling. Kommunane bør i større grad samarbeide om og medverke til forskning og forbetring/innovasjon.

#### 4. **Sterk forbetring av dialogen mellom utskrivande og mottakande eining før og etter sjukehusopphald**

Sjukehusa rapporterer om at pasientar som blir innlagde frå den kommunale pleie- og omsorgstenesta ofte ikkje har med nødvendig informasjon om legemiddelliste, funksjonsnivå og behandlingsmål. Samtidig rapporterer førstelinjetenesta om at sjukehusa ofte ikkje sender ut epikrise ved utskrivning, eller at denne er mange dagar forsinka. Det viktigaste med ei epikrise er beskjed til oppfølgande helsepersonell og pasient om legemiddel-liste og kva som er viktig oppfølging og behandling etter innlegging; det burde utviklast gode elektroniske verktøy for å kommunisere dette ved utskrivning til pasient og aktuelt helsepersonell. Ei meir fullstendig epikrise med fullverdig beskriving av innlegginga, medisinsk koding etc. kan då sendast når alle svara på undersøkingar er klare.

##### ***Gode eksempel og aktuelle pågåande arbeid***

- Samhandlingsbarometeret er eit godt døme på ein kunnskapsbank for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta. Helseatlas er òg ei god kunnskapskjelde. For begge vil vidareutvikling av teknologi gi meir fullstendig og oppdatert informasjon.
- Felles opplæring i forbetningsmetodikk
- Revisjon av læring på Tvers i HV
- «Vel Heim»-prosjektet i Helse Vest jobbar m.a. med å auke tilgangen på epikriser frå spesialisthelsetenesta til tilvisande lege på legevakt. Om legevakt får betre tilgang på epikriser og kriseplanar kan dei i større grad møte pasienten i samsvar med tilrådingane frå spesialisten. Dette kan i neste omgang gi betre kontinuitet i pasientomsorg, meir effektiv behandling og redusere reinnleggingar og presset på tenestene, både i sjukehus, på legevakt, i akuttmottak og i naudetatane.

## Desentraliserte tenester og samanhengande pasientforløp

Vi viser her også til fleire ulike oppdrag i oppdragsdokument/føretaksprotokoll, med svarfristar i løpet av hausten 2022, som handlar om desentralisering av tenester eller «Gode tenester der folk bur».

### ***Kva er dei viktigaste utfordringane? Kva for tiltak er aktuelle?***

1. **Sårbarheit ved desentrale tenester.** Ei forventning om breidde i fagområdet ved mindre sjukehus gjer det utfordrande å rekruttera og å halde på kompetanse. Behandlingstilbodet blir ofte avhengig av enkeltpersonar og vikarstafettar. Dei spesialiserte fagmiljøa i sjukehusa blir stadig meir spesialiserte og det vil i løpet av kort tid bli krevjande for sjukehusa å behalde brei generell indremedisinsk eller bløtdelskirurgisk kompetanse. I delar av verksemda kan fagmiljø med ansvar for fleire sjukehus i nettverk vere ein modell å arbeide etter. Digitale løysingar kan for eksempel gi moglegheiter til å kunne tilby spesialisert kompetanse også ved små sjukehus. Døme på dette kan vera at avansert billed-diagnostikk blir utført av radiolog ved andre sjukehus, eller at akutt slagbehandling blir gjennomført på lokalsjukehuset under video-overvaking og rettleiing av nevrolog frå anna sjukehus. Gode opplegg for desentralisert etterutdanning av legespesialistar med deltaking i regionale og nasjonale faglige fora er viktig for kvaliteten på tilbodet og vil også kunne vere rekrutterande.

Vi har i Helse Vest fleire mindre lokalsjukehus. Desse sjukehusa gir gode tilbod til pasientgruppene som kan behandlast i lokalsjukehusa. Men trass i at sjukehusa er små, så har dei mellom anna same behov for vakthavande legar innan fleire spesialitetar, døgnopne laboratorium og radiologiske avdelingar. Dei har dermed særst høge driftskostnader i forhold til pasienttalet. Saman med rekrutteringsutfordringar av personell til fleire av desse sjukehusa så aukar dette sårbarheita til lokalsjukehusa.

2. **Pasientar skal få tilgang til kliniske behandlingsstudiar der dei bur.** Klinik og forskning skal i større grad integrerast. Dette kan ein oppnå ved å auke forskingsstøtte på tvers av føretak. Heile EPJ-systemet, inkludert laboratorium og patologi, må vere felles regionalt for at pasientar skal kunne følgjast opp i studiar på tvers av helseføretaksgrenser i hele regionen.
3. **Forbetre samarbeidet mellom fagmiljø på ulike sjukehus.** Mangelfull dialog mellom fagmiljøa gir utfordringar med å desentralisere tenester og få til samanhengande pasientforløp. Fagnettverk kan vere eit tiltak for å auke dialog mellom fagmiljøa i HF-a. Felles regionalt EPJ-system er ein føresetnad for samarbeidet.

***Gode eksempel og aktuelle pågåande arbeid***

- Samlokalisering av tenester frå kommunane og spesialisthelsetenesta i etablerte helsehus i Region Nordhordland, Øygarden kommune, Voss Lokalsjukehusområde og Bergen kommune

## Digitalisering

Vi viser her også til Helse Vest RHF sitt høyringssvar til Direktoratet for E-helse om Nasjonal e-helsestrategi. Utkast til høyringssvar blei behandla av styret i Helse Vest 07.09.22 (sak 83/22).

***Kva er dei viktigaste utfordringane?***

Stortingsmelding nr. 9 (2012-2013) om «Én innbygger – én journal» gav klare overordna mål, jf.;

«Regjeringens overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten er:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning»

10 år etter er det framleis gode grunnar for desse måla, men måla er diverre berre delvis nådd. Mykje er gjort, måla er delvis nådd for delar av sektoren, for delar av helsepersonell, for delar av innbyggerane i ulike delar av landet.

Helse Vest RHF er opptatt av at digitalisering er eit nødvendig tiltak for å sikre den framtidige bærekrafta i helsetenesta. Digitaliseringa må sikre meir effektiv bruk av ressursar, meir tid til pasienten, betre pasienttryggleik, betre og raskare samhandling internt og eksternt, og gi grunnlag for betre innsikt i helsedata. For å lukkast med denne digitaliseringa må løysingane vere brukarvennlege og støtte opp om gode arbeidsprosessar. Det står att mykje arbeid for å lukkast med å bidra til berekraft i helsetenesta og for å møte forventningane til helsepersonell og innbyggjarar.

### ***Kva for tiltak er aktuelle?***

1. **Gjennomføring av Felles kommunal journal.** Føresetnaden for digital samhandling mellom aktørar er at kvar aktør er digitalisert internt. Ei rekkje utgreiingar over dei seinare år har dokumentert at digitalisering av dei kommunale helse- og omsorgstenestene er eit viktig tiltak. Derfor må den nasjonale strategien for e-helse støtte opp om gjennomføring av Felles kommunal journal. Det vidare arbeidet med Program Digital samhandling, jr. neste punkt, kviler på at denne satsinga vert gjennomført.
2. **Digital samhandling.** Ein samla sektor har stilt seg bak dei tiltak som er tekne inn i Program Digital samhandling. Dette er sektoren sitt forslag til korleis den digitale samhandlinga kan realiserast. Program Digital samhandling er særleg viktig for dei 3 regionane utanfor Midt-Norge (som arbeider med innføring av eit felles regionalt system på tvers av omsorgsnivå). Program Digital samhandling er òg viktig for Midt-Norge, slik at helse- og omsorgstenestene der kan samhandle digitalt med resten av landet. Det er viktig å sikre gjennomføring av Program Digital samhandling, både steg 1 (som er finansiert) og steg 2 (som krev avklaring av finansiering).
3. **Pasienten si legemiddelliste (PLL)** er, etter Helse Vest RHF sitt syn, det viktigast av det viktige innanfor Program Digital samhandling, ja, innanfor arbeidet med digitalisering av helse- og omsorgssektoren i stort. PLL vil, når den er innført, både auke pasienttryggleiken og redusere helsepersonell sin bruk av tid for å avklare gjeldande medisiner for pasientane. PLL er viktig for både helsepersonell og for pasientar. Erfaringane frå arbeidet med utprøving av PLL i Bergen/Helse Vest har vist at ei smidig tilnærming med tett samarbeid med helsepersonell er svært viktig for å lukkast med dette utviklingsarbeidet.

#### ***Gode eksempel og aktuelle pågåande arbeid***

Helse Vest er involvert i eller har ansvaret for mange tiltak som skal bidra til betre digitalisering. Dette gjeld nasjonale initiativ innanfor e-helse, interregionale felles prosjekt, og regionale program og prosjekt. To konkrete eksempel:

- Sjølvbetjent innsjekk og betaling i poliklinikkane i Helse Vest avlastar personellet
- Pasientstyrt oppfølging i poliklinikk via digitale skjema involverer pasientane og reduserer ventelistene

## Personell og kompetanse

### ***Kva er dei viktigaste utfordringane? Kva for tiltak er aktuelle?***

1. **Utdanningsløp som møter dei reelle behova i tenestene.** Ein må unngå at ambisjonsnivået for utdanning og kompetansekrav blir lagt på eit svært høgt og kostbart nivå. Skal ein få best mogleg nytte av grunn-, vidare- og etterutdanning, må grunnutdanninga ikkje vere unødvendig lang, og den må fordelast på ein gjennomtenkt måte før og gjennom yrkesaktiv periode, dvs. over ein periode som kan vere over 45 år.

Grunnholdninga i utdanningsinstitusjonane må vere å dekke behova tenestene har for kvalifiserte medarbeidarar i eit livsløpsperspektiv. Det er ikkje gitt at interessene til den enkelte UH-institusjonen isolert sett samsvarer med behova i helsetenesta. Det gjeld også dei ideelle krava frå profesjonane til lengde og innhald i utdanningane. Det bør i mykje større grad leggast til

rette for gode utdanningsforløp der helsepersonellet samtidig gjer vanleg klinisk arbeid, på same måte som ein har gode ordningar for legar i spesialisering.

Det er berre ein liten del av helsepersonell som treng å drive eige forskning. Det må speglast i systemet for utdanning og grad av akademisering i UH-institusjonar og spesielt i sjukehus.

2. **Helsepersonell i distrikta.** Et hovudproblem i framtida vil vere å rekruttere og behalde nok helsepersonell i distrikta. Desentralisert utdanning er viktig for å unngå at kommande helsepersonell må flytte sentralt og etablerer seg der for å få utdanning. For UH-institusjonane kan desentralisert utdanning vere meir tungvint og kostbart enn det å samle utdanninga. Det er viktig at staten i styringa av helsetenesta og UH-institusjonane, og finansiering av begge sektorar, ser dette samla behovet. Samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunane om å rekruttere og behalde helsepersonell er viktig for å gjere tenestene rusta for framtida.
3. **Samhandlingskompetanse.** Samarbeid og koordinering mellom spesialist- og kommunehelsetenesta er tema som bør vektleggast i utdanninga av helsepersonell. Dette er viktig for å sikre samanhengande pasientforløp, kompetanseoverføring, og samarbeid på tvers og mellom nivå.
4. **Meir bruk av oppgåvedeling.** Overføring av oppgåver mellom profesjonar blir ikkje er godt nok utnytta per i dag. På ulike område kan det gi større tilgang til nødvendig personell. Sambruk av ressursar/delte stillingar kan vere ei løysing der det er særleg krevjande å rekruttere fagfolk, f.eks. jordmødrer og psykologar.

**Gode eksempel og aktuelle pågåande arbeid**

- Vestlandslegen er døme på desentralisert utdanning med delar av medisinstudiet i Stavanger, Haugesund og Førde.
- Injeksjonsbehandling av maculadegenerasjon – oppgåvedeling mellom lege og sjukepleiar

## Rehabilitering og mestring

***Kva er dei viktigaste utfordringane? Kva for tiltak er aktuelle?***

1. **Sikre tilgang til habiliteringstenester.** Det er behov for å styrke medisinsk og helsefagleg kompetanse i habilitering både for barn, unge og vaksne. Særleg er pasientane innan habilitering for vaksne i spesialisthelsetenesta ei sårbar gruppe med store samansette og langvarige tenestebehov på tvers av nivåa. Ein treng å sikre tilgang på robuste og spesialiserte tenester uavhengig av bustadadresse og koordinerte pasientforløp på tvers av nivåa. Dette bør adresserast i neste helse- og samhandlingsplanen.
2. **Understøtte eigenmeistring for pasientar og pårørande.** Ulikhet i helsekompetanse i befolkninga gir utfordringar knytt til informasjon og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell. Aktuelle tiltak for å bidra til eigenmeistring er å sørge for at pasient- og pårørandeopplæring, både individuelt og i gruppe, blir inkludert i pasientforløp for ulike pasientgrupper der det er fagleg grunnlag for det. Meir informasjon i epikrisa om tilstanden, som også kan gå til pasienten, om kor ein kan finne meir informasjon og tiltak for å unngå forverringar vil også understøtte eigenmeistring.



3. **Koordinering av tenester.** Det er viktig å sikre at pasientane mottar samordna tenester mens dei er på sjukehuset og ved overgangen til kommunale tenester. Koordinatorordninga som følgjer av spesialisthelsetenestelova er eit viktig verktøy for å oppnå det. Koordinatoren skal sikre samordning av tenestetilbodet for pasientar med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tenester. I Helse Vest er det tatt initiativ til eit prosjekt som har som mål å styrke samarbeidet med kommunane gjennom betre implementering av koordinatorordninga i spesialisthelsetenesta.
4. **Større forskningsaktivitet innan habilitering og rehabilitering.** Vidareutvikling av infrastruktur for samarbeid om forskning og kunnskapsutvikling er aktuelle tiltak, inkludert forskingssamarbeid regionalt og nasjonalt. Den akademiske kompetansen i habilitering og rehabilitering i helseføretaka bør bli styrka.

**Gode eksempel og aktuelle pågåande arbeid**

- Helse Stavanger-området: [Lokalt fagnettverk om psykiske lidelser og utfordrende atferd hos personer med utviklingshemning](#)
- Interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam (IKART) i Sør-Rogaland der spesialisthelsetenesta bidrar med ressursar/kompetanse. For personar med omfattande og samansette rehabiliteringsbehov.

## Svangerskaps-, føde- og barselstilbod

Det er generelt gode resultat for barnefødselar i Noreg og på Vestlandet, med låg spedbarnsdødelegheit og låge komplikasjonsratar for mor. Struktura i fødetilbodet i helseregionen er venta å ligge fast, også på lang sikt. Internasjonalt er Noreg eit av dei landa med lågast spedbarnsdødelegheit på 1 per 1000 levande fødde. Den vanlegaste dødsårsaka i første leveår i Noreg er i dag medfødde sjukdommar og misdanningar. Dette er tilstandar ein ikkje kan unngå med betre fødetilbod. Komplikasjonsratane for mor er også svært låge i Noreg samanlikna med andre land.

**Kva er dei viktigaste utfordringane? Kva for tiltak er aktuelle?**

1. **Rekruttering av jordmødrer.** Det er krevjande å rekruttere jordmødrer til spesialisthelsetenesta når det samtidig skal byggast opp jordmørtjenester i kommunane. Aktuelle tiltak er ordningar der jordmødrer jobbar ved sjukehuset i tillegg til i kommunen. Slik sambruk av ressursar kan tilføre ressursar der det er nødvendig, bidra til å styrke kvaliteten i tenestene, og gjere det lettare å la kvinner reise tidleg heim, fordi jordmor i kommunen har oppdatert kunnskap. I tillegg er det aktuelt å prioritere at jordmødrer frå kommunane hospiterer i sjukehus. Et anna tiltak er betre utbygging av digital barselomsorg, f.eks. digital amnehjelp.

Helsedirektoratet beskriv i rapporten «Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og utdanningssystem» (2020) at delen komplekse fødselar har auka i Noreg dei siste tiåra. Kvaliteten og pasientsikkerheita for fødepopulasjonen verkar i det store å vere godt ivaretatt. Den omtalte rapporten beskriv likevel eit auka behov for kompetanse, ressursar og bemanning ved fødeinstitusjonane, og spesielt er det eit stort behov for fleire jordmødrer.

2. **Auka forventingar om tenester som ikkje gir betre helse.** Dei siste åra er det kome tilbod om ultralyd både i veke 11 og uke 18, noko som har dobla behovet for ultralyd-undersøkingar i svangerskapet. Personalet ved fødeavdelingane fortel også om aukande forventningar om sosial tilrettelegging under fødselen, som vidare aukar behovet for helsepersonell utan at det gir betre helse verken for mor eller barn. For framtida vil det vere særskilt viktig å fokusere mot tenester som gjer fødselshjelpa meir effektiv eller gir målbare resultat for betre helse.

**Aktuelle pågåande arbeid og gode eksempel**

- I Helse Førde er det God Start-eining ved Lærdal og Nordfjord sjukehus. Målet er ha eit robust tilbod for svangerskapsomsorga og barseltida for kvinnene. Det er snart 10 år sidan einingane blei oppretta, og på bakgrunn av utvikling og endringar både i spesialisthelsetenesta og kommunane skal ein no gå gjennom tilbodet.

## Psykisk helse og rus

**Kva er dei viktigaste utfordringane? Kva for tiltak er aktuelle?**

1. **Rekruttering av psykologar og legar.** Den viktigaste utfordringa er å sikre rekruttering av psykologar og legar til fagfeltet. Det gjeld både rekruttering av utdanningskandidatar, og ivaretaking av erfarne psykologar og legar slik at dei blir verande. Det er ein serie ulike tiltak som er aktuelle for å bidra til dette. Eksempel er rekruttering av studentar til skriving av masteroppgåver, rettleiingsordningar av kandidatane, god ivaretaking ved oppstart, interessante og passe utfordrande arbeidsoppgåver, moglegheiter for forskingspermisjonar, hospiteringsordningar, lønns- og arbeidsvilkår, gode program for internundervisning etc. Arbeidsbelastninga for erfarne psykologar og legar må vere forsvarleg, og det må leggest til rette for dei meir erfarne slik at dei kan gi utdanningskandidatane god rettleiing.
2. **Samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane om pasientar innan PHV og TSB.** Vi viser til avsnitta om samhandling og digitalisering for omtale av utfordringar og aktuelle tiltak.
3. **Innretning av lovverk.** «Tvangslovutvalet» har levert innstillinga si, utan at det har blitt følgt opp. Det er behov for å arbeide vidare med innretting av lovverket innan PHV og TSB. Det gjeld særleg områda i lovverket som omhandlar tvang innan helse, og det gjeld bruken av lovverket som gir høve til dom til tvungent psykisk helsevern innan strafferetten. Stadig fleire blir i dag dømt til psykisk helsevern og dette legg beslag på ein stor del av behandlingsskapiteten i psykisk helsevern. Det må vere eit mykje større fokus på at pasientane kan få god helsehjelp og at helsepersonellet har dei rammer som dei treng for å gi dette. Aktuelt tiltak er å forsere arbeidet med eit hensiktsmessig lovverk.

**Gode eksempel og aktuelle pågåande arbeid**

- Prosjektet "Mind the gap", er eit samarbeid mellom Alver kommune og BUP Nordhordland for å etablere gode rutinar for overføring av barn og unge som er i risiko for å hamne mellom spesialisthelsetenesta og kommunen eller mellom dei kommunale tenestene, utan å få den hjelpa dei har behov for.

## Akutt-tenester

Ambulansetenesta på Vestlandet har høg kompetanse og gir god pasientbehandling. Ambulansetenesta samarbeider godt med førstelinjetenesta og sjukehusa. I tillegg til fleire større sjukehus er det også fleire mindre lokalsjukehus som bidrar inn i ei god akutt-teneste.

Folkhelseinstituttet utførte våren 2022 ei utgreiing av «responstider for ambulanser og pasientutfall», denne utgreiinga viste at talet på akuttoppdrag har auka dei siste fem åra. Trass i forventinga så var låg ventetid på ambulanse knytt til auka risiko for å dø. Ein kunne altså ikkje visa at kort uttrykkingstid for ambulanse hadde noko gunstig effekt på helsehjelpa. For å behalda ei robust ambulanseteneste er det etter Helse Vest si meining viktig at helseføretaka sjølve får bestemme kor mange ambulanse-stasjonar dei skal bemanne og ha ansvaret for. Det kan også vere grunn til å spørje seg om auken i talet på akuttoppdrag for ambulansane er forklart av medisinske tilhøve eller om dette kan ha andre forklaringar.

### Kva er dei viktigaste utfordringane? Kva for tiltak er aktuelle?

1. **Prehospitale tenester må planleggast saman med kommunale legetenester.** Det er stort behov for ei meir stabil fastlegeteneste. Dagens situasjon med færre erfarne fastlegar verkar å gi auka trykk på ambulansetenesta. For å betre situasjonen diskuterer stadig fleire kommunar å slå saman legevaktdistrikta til større legevaktdistrikt. Dette kan ha gunstige effektar for legevaktene, men erfaringa tilseier at det vil gi auka behov for ambulansetenester. Det er viktig at slike endringar i den kommunale helsetenesta blir diskutert i helsefellesskapa, og at ein finn gode løysingar for å finansiere slike endringar i tenesta, som ikkje øydelegg for samarbeidet.

## Legemiddelområdet

Helse Vest vil i tillegg spele inn at legemiddelområdet bør vere eit tema i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Legemiddel er ein viktig del av pasientbehandlinga, og feil bruk av legemiddel gir tap av behandlingseffekt og i verste fall pasientskade. Ved bytte av omsorgsnivå er det utfordringar i utveksling av legemiddelinformasjon, feilbruk av legemiddel og manglande etterleving av behandling hos kronisk sjuke og multisyke pasientar og i tillegg legemiddelrelaterte re-innleggingar i sjukehus. Legemiddelområdet vil derfor også vere eit viktig tema for helsefellesskapa framover. Vi viser elles til omtale av «Pasienten si legemiddelliste» (PLL) i avsnittet om digitalisering.

## Antibiotikaresistens

Antibiotikaresistens er eit aukande problem i ei samle helsetenesta, ikkje berre i spesialisthelsetenesta. Vi foreslår derfor at dette inngår som eit tema i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

## Beredskap

Omtale av beredskap i form av å verne om liv og helse og sikre befolkninga nødvendige samla helsetenester ved kriser og større uønskte hendingar, bør også inngå i planen.

## Ytre miljø

FN har slått fast at klimaendringane er ein trussel for menneskeheita, men endringane er også, ifølge Verdens Helseorganisasjon, den største helsetrusselen vi står framfor.

Spesialisthelsetenesta er ein stor samfunnsaktør med eit stort samfunnsansvar. Med 150 000 tilsette frå Hammerfest til Kristiansand og omlag 2,2 millionar pasientar innom årleg, set norske sjukehus eit solid avtrykk. Potensialet for å kutte utslepp er stort. Men for å utnytte det potensialet er omstilling nødvendig. Derfor har ei samla spesialisthelseteneste i Noreg vedtatt eit felles rammeverk og mål for å redusere CO2-utsleppet vårt.

Ytre miljø burde etter Helse Vest si meining vere eit tema i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

HELSE VEST RHF  
Postboks 303  
4068 STAVANGER

**Dykkar ref.:**  
2022/759 -  
6591/2022

**Vår ref.:**  
2022/476 - 3763/2022

**Sakshandsamar:**  
Christer Bakke Frantzen

**Dato:**  
05.09.2022

## **Invitasjon til å gi skriftlige innspill - Nasjonal helse- og samhandlingsplan**

Sjukehusapoteka Vest HF takkar for invitasjon til å gje skriftlege innspel til samla tilbakemelding frå regionen på Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Vår tilbakemelding er gitt med utgangspunkt i liste over tema i dokumentet frå Helse- og omsorgsdept.

Vår vurdering er at dei viktigaste utfordringane å adressere ut i frå våre erfaringar med legemiddelområdet er:

### **Samhandling på legemiddelområdet**

Legemiddelområdet og samhandling mellom ulike grupper av helsepersonell, under dette særleg farmasøytrolla, er omtalt i begge legemiddelmeldingane (2005, 2015) og i IS-0426 *Utredning av farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling*. Legemiddelområdet bør såleis etter vår vurdering i større grad bli integrert som del av nasjonal helse- og samhandlingsplan. Dette med bakgrunn i kjente utfordringar på områda utveksling av legemiddelinformasjon, feilbruk og manglande etterleving av behandling hos kronisk sjuke og multisjuke pasientar, i tillegg legemiddelrelaterte re-innleggingar i sjukehus.

### **Auka kompetanse og oppgåvegliding på legemiddelområdet**

I gjeldande helse- og sjukehusplan er det merksemd på å sikre tilstrekkeleg og rett kompetanse for å møte framtidige behov, med særskilt satsing på sjukepleiarar og helsefagarbeidarar. I arbeid med ny plan bør dette vidareførast, men i tillegg er det vår vurdering at både oppgåvegliding og rett bruk av farmasøytisk kompetanse på tvers av behandlingsnivå bør gå inn som nye element. Vi nyttar her høvet til å peike på klinisk farmasi som eit viktig tiltak for å betre legemiddelbruk (ref IS-0426 *Utredning av farmasøytjenester og etterlevelse av legemiddelbehandling* som relevant for fleire av dei varsla temaområda i ny plan (kvalitetsforbetring, pasienttryggleik, personell og kompetanse).

### **Vidareutvikling av helsefellesskap**

Som eit viktig grep i vidareutvikling av helsefellesskapa bør bruk av farmasifagleg kompetanse inkluderast i aktuelle samarbeidsavtaler og i helsefellesskapa sine fagnettverk.

Dette vil etter vår vurdering bidra til å støtte opp om klinisk farmasøytisk pasientoppfølging i samhandlinga, som del av saumløuse pasientforløp ved overgangar mellom ulike nivå, men og med omsyn til kompetanse rundt og bruk av spesialtilpassa legemiddel til den enkelte pasient.

Vennleg helsing  
Fag- og utviklingsavdeling

Christer Bakke Frantzen  
Fagdirektør

*Dokumentet er elektronisk godkjent*



HELSE VEST RHF  
Postboks 303  
4068 STAVANGER

Att. Bjørn Egil Vikse

<b>Dykkar ref.:</b> 2022/759	<b>Vår ref.:</b> 2022/4306 - 26534/2022	<b>Sakshandsamar:</b> Dagrun Kyrkjebø	<b>Dato:</b> 05.09.2022
---------------------------------	--	--	----------------------------

## **Helse Førde HF sine innspel til Nasjonal helse- og samhandlingsplan**

Takk for høvet til å gje innspel til arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Dessverre har tidspunktet vore uheldig for å få ein god prosess for å innhente innspel då ferieavviklinga framleis fann stad.

Helse Førde har organisert våre innspel etter tematikkane som er opplista i brevet frå departementet og etter spørsmål 1 – 3.

Helse- og omsorgsdepartementet ber om innspel på følgjande:

1. Kva er dei viktigaste utfordringane å adressere?
2. Kva tiltak er aktuelle?
3. Om vi kjenner til pågåande arbeid eller gode døme som departementet bør være kjent med.

*Innspel frå Helse Førde HF knytt til tema som meldinga skal innehalde:*

### **Samhandling**

1. For å sikre gode samhandlingsprosessar i helsefelleskapa er det viktig at nasjonale prosessar legg til rette for lokalt handlingsrom. Det bør tilretteleggast for desentraliserte spesialisthelsetenester (elektive tilbod og bruk av avtalespesialistar) inn i eit samla tilbod saman med dei kommunale helsetenestene.
2. Det bør komme nasjonale digitale samhandlingsløysingar som sikrar felles funksjonskartleggingsverktøy og samtidig kommunikasjon mellom sjukehus og kommunar. Samarbeidet mellom KS sin struktur for samhandling og helsefelleskapa er ein nøkkel for å sikre samordning og konsensus på tvers av kommunegrenser.



## Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

1. Fokuset på dei fire prioriterte pasientgruppene må halde fram. Heilheitlege og samanhengande tenester krev styringsdata på føretaks- og kommunenivå som partane er samde om. Fokus på dataformidling og faktakunnskap som basis for utviklingsområde og tiltak. Det bør i større grad leggest til rette for at kommunane kan medverke til forskning og forbetring/innovasjon.
2. Vidareføre og vidareutvikle eksisterande dataformidling/-kjelder som helsedirektoratet har utarbeidd for dei prioriterte pasientgruppene. Samarbeid mellom Helsedirektoratet, regionale helseføretak og faginstansar om datafangst og dataformidling.
3. [Samhandlingsbarometeret](#) er eit godt døme på ein kunnskapsbank for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta.

## Desentraliserte tenester og sømløse pasientforløp

1. Tenester som skal utviklast og byggast opp lokalt må vekse fram frå lokal kontekst og behov.
2. Nasjonal samordning av initiativ som overlappar kvarandre kan vere eit tiltak som lettar arbeidet. Til dømes kan arbeidet rundt reforma «Leve heile livet» tydlegare inkluderast i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Fagmiljø med ansvar for fleire sjukehus i nettverk kan vere ein modell å arbeide etter.

## Digitalisering

1. Det er mange planar, prosjekt og initiativ som omhandlar digitalisering og desentraliserte tenester, på dette området er det eit stort behov for samordning. Helseføretaka og kommunane har i mange tilfelle ulike tekniske løysingar og mangelfulle integrasjonar mellom desse. Dette vanskeleggjer effektiv samhandling og samarbeid mellom partane. I tillegg vil pasientane kunne oppleve digitalt utanforskap og må forhalde seg til mange ulike løysingar.
2. Det nasjonale finansieringssystemet hemmar digital samhandling. men eit nasjonalt anbod som løftar opp nokre få system på kvart område, garanterer at det personvernmessige er sikra, og der føretak og kommunar kan shoppe trygge verktøy hadde vore eit praktisk gode.

## Personell og kompetanse

1. Ei av dei store utfordringane i åra framover er rekruttering av kompetent helsepersonell til tenestene våre. Denne utfordringa er større i rurale strøk, enn i dei sentrale delane av landet vårt. Samarbeid om å rekruttere og behalde helsepersonell er viktig for å gjere tenestene rusta for framtida.
2. Endringar knytt til lovverk om innleige, mindre tilgang på vikarar frå utlandet, samt eit samfunnsansvar knytt til å ikkje utnytte ressursar frå andre land som treng helsepersonell sjølve, tilseier at vi alle må satse meir på utdanning og rekruttering av

naudsynt helsepersonell. Vi har særleg sett dette knytt til tilgang på sjukepleiarar og rekruttering av legar.

Helse Førde har utarbeidd ein rekrutteringsstrategi, med tilhøyrande innsatsområder og tiltak, for å få tak i naudsynt personell.

Vi trur også at oppgåvegledning er ein muligheit som ikkje er godt nok utnytta pr. i dag, og ser ulike områder der dette kan gi oss meir tilgang til naudsynt personell.

3. Vestlandslegen kan nyttast som døme på desentralisert utdanning

## Rehabilitering og mestring

1. Stadig fleire pasientar vil få behov for rehabilitering, og rehabiliteringa startar ofte seint i pasientforløpet. Det kan vere uønskt variasjon i rehabiliteringstilbodet. Det er mange stadar for lite ressursar og kompetanse både i kommune- og i spesialisthelsetenesta.
2. Finansieringsordningar/modellar som stimulerer ønskt utvikling bør nyttast. Styrke samhandlinga mellom den einskilde pasient/brukar og dei ulike tenesteytarane. Styrke familieperspektivet- og pårønderolla. Auka og systematisk forskingsaktivitet. Auka fokus på hjernehelse/kognitive utfordringar. Redusere variasjonane i seinfaserehabilitering

## Svangerskaps-, føde- og barselstilbud

1. Den største utfordringa framover er knytt til rekruttering av jordmødre.
2. I Helse Førde har vi tilbod om God Start ved Lærdal og Nordfjord sjukehus. Målet er ha eit robust tilbod for svangerskapsomsorga og barseltida for kvinnene.
3. Det er no snart 10 år sidan God Start vart oppretta. Det har skjedd utvikling og endringar både i spesialisthelsetenesta og kommunane og det er etterlyst ei ny gjennomgang av tilbodet frå alle partnarane. Difor er det sett i gang eit arbeid ved Nordfjord sjukehus og samarbeidskommunane for å vurdere og tilrå ein modell som er bærekraftig, verkar rekrutterande, er fagleg interessant og på same tid gje tryggleik for kvinnene både under svangerskap, fødsel og barseltid.

## Psykisk helse og rus

1. Tiltak og prioriteringar i Nasjonal helse- og samhandlingsplan må henge tett saman med ny opptrappingsplan for psykisk helse.

Nasjonal helse- og samhandlingsplan bør har klart fokus på at spesialisthelsetenesta skal styrke tilbodet til dei mest alvorleg sjuke pasientane innan psykisk helsevern. Breie tiltak for personar med milde og moderate lidingar bør rettast inn mot kommunane.

Ein bør fortsette å utvikle Jobbstøtte/IPS som eit integrert tiltak i Psykisk helsevern. Det er gjort strategiske og juridiske vurderingar i NAV og Helsedirektoratet, som seier at dette tiltaket for framtida berre skal vere NAV sitt ansvar å organisere og finansiere,

samt at full integrasjon i DPS ikkje er mogeleg grunna teieplikt m.m. Dette vil etter vår vurdering føre til nedbygging av tilbodet som til no i stor grad har vore tilskotsfinansiert. Vi har etablert tilbodet ved alle våre DPS, og om lag 50% av dei som får tilbodet kjem i arbeid eller utdanning. Tilbodet bør finansierast som ein integrert del av behandlinga som tilbys personar med psykiske lidingar, og tilbodet fell etter vårt syn innanfor definisjonen på helsehjelp i pasient- og brukarrettslova, «helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell»

Planen bør følgje opp nasjonale og regionale planar før tryggleikpsykiatri. Helse Vest bør melde inn relevante tiltak frå den regionale planen for tryggleikpsykiatri. Særleg bør ein sjå på tilpassing av lovverk på kommunalt nivå for noko bruk av milde restriksjonar, slik at personar dømt til psykisk helsevern kan leve utanfor institusjon med milde tiltak som t.d. ruskontroll, jfr. kap. 7 i regional plan.

2. Gode døme på korleis helsefelleskapa har betra tenestene til personar med psykiske lidingar bør trekkast fram. Vi har førebels ikkje lukkast fullt ut med dette, men er i gang med erfaringskonferanse innan psykisk helsevern. Vår vurdering er at tiltak i helsefelleskapa bør vere lokalt funderte knytt til DPS og BUP-strukturen, då kommunane er svært forskjellige

Det bør vurderast å breidde tilbod om heimesjukehus for born og unge innan psykisk helsevern. Ein må først evaluere dei tiltaka som no er etablert for å finne læringspunkt og vurderer dette opp mot FACT-ung som vi førebels har lite erfaring med og dokumentasjon på nasjonalt.

Kommune- og spesialisthelsetenesta brukar store ressursar på å skrive og vurdere tilvisingar. Ein kan vurdere pilot- eller prøveprosjekt der vi har opne tenester der pasientane kan ta kontakt for å få hjelp. Dette vil sjølvsagt utfordre arbeidsdeling mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenester.

Ein bør har som mål å auke bruken av kommunale akutte døgnplassar/ØHD til personar med psykiske lidingar eller ruslidingar. Bruken av desse sengene er generelt låg, og dei vil kunne gi god omsorg i kriser og ved kortvarig behov for tilsyn.

Vennleg helsing  
Helse Førde HF

Børge Tvedt  
Fung. administrerande direktør

Dagrun Kyrkjebø  
Samhandlingssjef

*Dokumentet er elektronisk godkjent*

Arve Varden  
Terje Ulvedal  
Helge Robert Midtbø  
Terje Olav Øen  
Børge Tvedt  
Trine Hunskaar Vingsnes  
Anne Kristin Kleiven  
Asle Kjølraug  
Tom Guldhav  
Arne Skjelten  
Øystein Hellesteth  
HELSE VEST RHF

HELSE VEST RHF

v/Bjørn Egil Vikse

<b>Deres ref.:</b> 2022/759	<b>Vår ref.:</b> 2022/3099 - 27762/2022	<b>Saksbehandler:</b> Haldis Johanne Økland Lier	<b>Dato:</b> 01.09.2022
--------------------------------	--	---	----------------------------

## **Ønske om innspel til nasjonal helse- og samhandlingsplan**

Viser til brev datert 05.08.2022 der Helse Vest ber om innspel til ny nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Helse Fonna ønsker å komma med desse innspela:

### Fastlegeordninga

Ein må sikre stabilitet i fastlegeordninga, og sikre samhandling mellom desse og spesialisthelsetenesta. I helseføretaket ser ein ei auke i tal tilvisingar frå kommunar som manglar fastlegar og har mange vikarar. Ei god fastlegeordning er nødvendig både for å sikre gode helsetenester i kommunane og for best mulig bruk av spesialisthelsetenesta.

God samhandling mellom fastlegar og spesialisthelsetenesta er avgjerande for å sikre samanhengande helsetenester og velfungerande pasientforløp

### Samhandling

Det må sikrast god samhandling innad i kommunane slik at fastlegar først sikrar pasienten kommunale tenester, før tilvising til spesialisthelsetenesta. Særleg gjeld dette tilbod til barn og unge.

### Økonomi

Ein må sikre at helseføretaka kan ta betaling for all kommunikasjon ein har med pasienten, også digital kommunikasjon. Dette gjeld også kommunikasjon med 1. linje tenesta.

### Rekruttere og behalde kompetanse

Sjå heile helseregionen i samheng i kompetanseløp. Det kan og sikre meir standardiserte løp, og betre oppfølging av læringsmål, men og sikre kompetanse og kunnskapsoverføring til dei mindre føretaka/sjukehusa.

Spesialisthelsetenesta manglar i dag spesialistar innan fleire fagfelt. Opptrapping av spesialistkompetanse i kommunane må dimensjonerast slik at dette ikkje gir redusert pasientbehandling i spesialisthelsetenesta.

Det må sikrast nok utdanningskapasitet for legar i Norge.

### Funksjonsfordeling

Ei forventning om bredde i fagområde ved mindre sjukehus gjer det utfordrande å rekruttera og å halde på kompetanse. Det bør vurderast om det kan gjerast nasjonale tilrådingar om funksjonsfordeling som ivaretek nasjonale føringar med tanke på til dømes akuttberedskap og fødetilbod. Slik funksjonsfordeling er til dømes gjort i Helse Vest sin region i forhold til kreftbehandling.

### Samhandling

Helsefellesskapa er under etablering. Det må avklarast kva forventningar det er nasjonalt til kva arbeidsoppgåver og ansvar desse samhandlingsfora skal ha. Forventningsnivået må samsvare med tilgjengelege økonomiske og personalmessige ressursar i helsefellesskapa. Arbeidet med felles utvikling av pasientforløp og trygge overgangar mellom institusjonar ved inn- og utskriving er ressurskrevjande og vil krevje god koordinering og tett oppfølging.

Samhandling og samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetenesta er tema som bør vektleggast i utdanninga av helsepersonell.

Samarbeid mellom helseføretak, kommunar og andre aktuelle aktørar om nye tekniske løysingar og nye eller endra tenester. Reell brukarmedverknad må sikrast.

Vennlig hilsen  
Fag og forskning

Haldis Johanne Økland Lier  
Fagdirektør

*Dokumentet er elektronisk godkjent*



HELSE VEST RHF

**Deres ref.:**  
2022/759 -  
6591/2022

**Vår ref.:**  
2022/7198 - 79509/2022

**Saksbehandler:**  
Sissel Hauge

**Dato:**  
02.09.22

## Ønske om innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan

Viser til brev av 3.august hvor helseforetakene inviteres til å gi innspill til meldingsarbeidet vedrørende Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Helsefelleskapet i Sør-Rogaland var invitert til å gi innspill til samme plan høsten 2021, med frist 1.april 2022, hvor enkelte av disse områdene ble berørt og tas med i svaret der det er aktuelt.

### Samhandling

God samhandling og oppfølging av pasienter etter BEON- prinsippet (beste effektive omsorgsnivå) er en forutsetning for å kunne tilby en god sømløs og helhetlig helsetjeneste. I møte med en aldrende befolkning, og mål om at pasientene i større grad skal motta helsetjenester i hjemmet fremfor institusjon, vil spesialisthelsetjenesten slik tjenestene er organisert i dag, være førstevalget for innleggelse ved sykdom for pasienter som ikke kan håndteres i de kommunale øyeblikkelig hjelp sengene.

Dette utfordringsbilde, sett i sammenheng med en truet fastlegeordning og utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten, vil kunne medføre at de pasientene som trenger det mest, ikke vil få et tilfredsstillende tilbud i spesialisthelsetjenesten og i de mest pressede periodene true forsvarligheten.

Det vil i fremtiden være avgjørende at kommunene gjøres i stand til å motta sine utskrivningsklare pasienter fortløpende, at utfordringen med manglende fastleger finner sin løsning og at de kommunale øyeblikkelig hjelp sengen har kompetanse og ressurser til mottak av pasienter som kan håndteres der.



Dagens forskrift «vilkår for at en pasient er utskrivningsklar» utfordrer planlagte og sømløse overganger grunnet tidspress. Innføring av en karensdag og gradvis økende betaling for utskrivningsklare liggedøgn, ville kunne medføre bedre planlegging/samhandling ved utskrivelse av pasienter hvor det er viktig med god planlegging for å få til et best mulig pasientforløp. I tillegg ville det kunne hindre at de mest ressurskrevende utskrivningsklare pasientene ble liggende å vente på et tilbud i kommunen.

### **Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet**

God kvalitet i helsetjenesten forutsetter blant annet god styring og internkontroll. Den enkelte avdeling på alle nivå i sykehusene må kjenne egne resultater i pasientbehandlingen og jobbe systematisk og kontinuerlig med å bli bedre. Dette krever kompetanse innen forbedringsmetodikk og at ulike behandlingsdata er lett tilgjengelig og benyttes i det kontinuerlige kvalitets-forbedringsarbeidet. Opplæring i forbedringsmetodikk og enkel tilgang til behandlings data, herunder pasienter og brukeres erfaringer, vil fortsatt være viktig når helsetjenesten skal fornyes, forenkles og forbedres. Dette er også essensielt for arbeidet med de fire prioriterte pasientgruppene i helsefelleskapene, der en bør vurdere om kvalitetsindikatorer som favner hele forløpene er aktuelle virkemidler i forbedringsarbeidet.

Den nasjonale meldeordningen 3-3 ble avvirket i 2019. Meldeordningen hadde et betydelig tilfang på uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten som ble brukt til å identifisere området med fare for svikt. Det ble utarbeidet nasjonale læringsnotat som opplevdes som relevante og nyttige, og som bidro til læring på tvers og forbedring av tjenestene. Det er fortsatt behov for en slik ordning som også med fordel kunne omfatte kommunehelsetjenesten.

### **Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp**

For pasienter med komplekse forløp internt i sykehusene er det et kjent behov for bedre koordinering på tvers av klinikker og ut mot kommunen. Nødvendig koordinering på tvers av klinikkene for pasienter med et klart behov for sammenhengende og koordinert pasientforløp er et viktig pasientsikkerhetstiltak. De fleste sykehus har prosedyrer for oppnevning av koordinator men disse er i varierende grad implementert. (jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a)

I Helse Vest er det tatt initiativ til et prosjekt som har som mål å styrke samarbeidet med kommunene gjennom bedre implementering av koordinator- ordningen i sykehusene. Prosjektet, som skal ledes av Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, har som mål å ferdigstilles i juni 2023. Dette vil være et viktig arbeid for å bedre koordinatorrollen i sykehusene samt bidra til at tjenestene er samordnet i spesialisthelsetjenesten ved overgang til hjemkommunen. Også i denne sammenhengen vil kvalitetsindikatorer kunne være hensiktsmessig.

### **Kirurgi/ortopedi**

Selve den operative delen av kirurgisk-/ortopedisk behandling er i mindre grad egnet for desentralisering. Kvalitet er i mange sammenhenger knyttet til robuste fagmiljøer, som også er en forutsetning for god rekruttering og utvikling av spesialisthelsetjenesten.. Utforming av pasientforløpene bør skje i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Forløpende må være

mest mulig strømlinjeformet, noe som sparer pasienter og ansatte for unødige konsultasjoner og reiser.

Helsetjenestene må bygge opp under pasientens mulighet og evne til aktivt å bidra i det postoperative forløpet.. Standardiserte forløp med god informasjon i forkant, vil kunne bidra til at behandlingsforløp og forventninger fra pasientene i større grad samsvarer. Det er lettere for pasientene å akseptere, forstå og bidra til rask utskrivelse eller dagkirurgisk behandling når forløpene er nøye beskrevet og de vet hva som forventes, hva som er trygt, og hva som er normalt. Slikt informasjonsmaterieell må omtale alt fra hvordan smerte og andre postoperative symptomer kan håndteres, til praktisk informasjon om hvilke matvarer det er hensiktsmessig å ha handlet inn i forkant av operasjonen. Informasjonen bør være tilgjengelig både på papir og elektronisk, på flere språk. Det sistnevnte vil også i noen grad kunne redusere behov for tolketjenester. Servicetelefonnummer som pasientene og hjelpeapparatet i kommunene kan henvende seg til ved spørsmål og uklarheter postoperativt er en selvfølge. Det trygger pasientene og øker evnen til egenomsorg.

### Psykisk helse og rus

PBU Helse Stavanger har pilotert og evaluert en modell med avklaringsmøter ved tvil om rettigheter ved vurdering av henvisning. Beskrivelsen av dette arbeidet er tidligere oversendt HOD. En intern revisjon av avslagene som gjøres i klinikken på basis av skriftlig henvisning viser at den store majoriteten av avslag tilsynelatende er riktige. Vi er opptatt av at vurderingssamtaler ikke brukes som virkemiddel for å kompensere for manglende samordning av tjenestene fra myndighetenes side, ettersom overflødige vurderingssamtaler tar ressurser fra pasienter med rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Løsningene som skal implementeres bør ha vært utprøvd på flere og ulike poliklinikker for å vise at løsningen lar seg skalere opp. For å følge nye krav til vurderingssamtaler lagt til spesialisthelsetjenesten blir det nødvendig med:

- a. Resurser til at spesialisthelsetjenesten kan klare tilstrømming av henvisninger samt tid til god nok vurdering
- b. Rett henvisningspraksis fra kommuner samt anerkjennelse av rett oppgavedeling mellom etatene.

### Digitalisering

Digital kommunikasjon:

Det er behov for videre utvikling av digitale samhandlingsløsninger for å sikre kommunikasjon både internt i sykehuset og mellom primærhelsetjenesten og helseforetak for å ivareta helhetlige pasientforløp. Helsefaglig dialog på tvers av nivå og yrkesgrupper vil være nødvendig for å sikre kvalitet, samarbeid og oppfølging i pasientbehandlingen. Det finnes pr. i dag ikke et egnet meldingssystem for toveis kommunikasjon mellom poliklinikker/ dagbehandling og kommunenes pleie og omsorgstjeneste når pasient ikke er innlagt heldøgn i sykehuset.

Integrasjoner:

For å sikre at nødvendige helse- og personopplysninger er tilgjengelig på rett tid og sted må det stilles krav om integrasjoner mellom informasjonssystemene. Dersom viktige opplysninger registreres manuelt i flere system er det fare for både feilregistreringer og

mismatch av informasjon. Kritiske opplysninger bør kunne registreres i et system og videreføres til andre systemer via tekniske integrasjoner som i større grad sikrer god kvalitet og oppdatert data i pasientens journal. Integrasjoner mellom systemene bidrar til større grad av trygghet for at helsepersonell til enhver tid har riktige opplysninger, og dermed bedre pasientsikkerhet. Dersom helsepersonell kan unngå å registrere samme informasjon i flere systemer vil det også kunne bidra mer effektiv ressursbruk.

#### Informasjonsdeling:

Integritet er en forutsetning for god og forsvarlig helsehjelp. Det er behov for retningslinjer for hvordan deling av pasientinformasjon og helseopplysninger kan skje mellom virksomheter. Epij-systemene er mange og forskjellige, og har ulike løsninger for å ha oversikt (logger) over hvem som har hatt tilgang til helse- og personopplysninger og annen informasjon med betydning for informasjonssikkerheten.

#### Digitale helsetjenester:

Den store omstillingen som helsetjenesten står overfor med flere eldre som vil ha behov for helsehjelp og færre yrkesaktive, forutsetter at tjenestene digitaliseres og automatiseres i et større tempo enn vi har sett til nå. Det krever også en funksjonalitet som gjør det mulig å samhandle med og omkring pasientene, selv om en jobber på ulike nivåer, eller i ulike sektorer. Vi trenger fortsatt å satse på utvikling og bruk av elektroniske løsninger for digitale helsetjenester, slik som asynkron oppfølging, hjemmeoppfølging, videokonsultasjon, og systematisk bruk av pasientrapporterte data.. Denne utviklingen må følges av kontinuerlig evaluering og kunnskap om resultat og effekt slik at vi sikrer en kunnskapsbasert utvikling av samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Helsefelleskapet i sør-Rogaland har søkt og fått tildelt tilskudd fra H-dir med tanke på digital hjemme oppfølging (DHO). Det anses som særlig viktig å foreta en behovskartlegging som grunnlag for videre arbeid med bakgrunn i tidligere erfaring fra utprøving som ikke ble videreført. Det legges vekt på å utvikle en bærekraftig tjeneste som dekker reelle behov hos pasient og tjeneste. En velfungerende fastlegeordning, sammen med kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, vil være avgjørende for å kunne ta i bruk DHO som skal sikre et godt tjenestetilbud til kronisk syke og bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåer og sektorer.

#### Personell og kompetanse

Personellbehovet i helse- og omsorgstjenestene forventes å øke med 35% for kommunehelsetjenesten og 13% for spesialisthelsetjenesten fram mot 2035. Allerede i dag er utfordringene store, noe som forsterkes ved at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten konkurrerer om de samme fagpersonene. Incentiver for å rekruttere og beholde helsepersonell vil være særlig viktig i årene fremover, men framfor alt trengs det incentiver og styringssignaler som bidrar til utvikling som sikrer rett kompetanse på rett sted til rett tid. Det gjelder både internt i spesialisthelsetjenesten og mellom kommune og spesialisthelsetjeneste Det krever en god prioriteringsprosess slik at en økning i årsverk et sted ikke fører til utilsiktede konsekvenser et annet sted. Svangerskaps- og fødselsomsorgen kan tjene som et eksempel innenfor et fag, men betraktningen gjelder også på overordnet nivå. En vekst i årsverk innen svangerskapsomsorgen i kommunene vil kunne gi en svært god svangerskapsomsorg, men hvis dette går på bekostning av rekruttering av jordmødre til fødeavdelingene, så kan det ha utilsiktede og alvorlige konsekvenser for fødselstilbudet for mor og barn.

Rett kompetanse på rett sted handler også om å vurdere oppgavedeling mellom ulike profesjoner. Mye av arbeidet i spesialisthelsetjenesten er ferdighetsbasert, tilpassede opplæringsprogram gjerne gjennom simuleringsbasert læring vil kunne bidra til at oppgaver kan flyttes mellom ulike profesjoner. Dette forutsetter også en gjennomgang av ansvar og fullmakter.

Nye og innovative løsninger i samhandlingen mellom tjenestenivåene må løftes inn i utdanningene, da fremtidsbildet krever effektivisering av tjenestene. Oppgaver som i dag utføres av spesialisthelsetjenesten vil utføres av primærhelsetjenesten, og en større del av oppfølgingen fra både sykehus og kommune vil foregå i pasientens eget hjem, ved hjelp av digitaliserte tjenester, der pasienten selv har en aktiv rolle.

Det er behov for økt strategisk satsing på utdanningsløp som gir tilgang på legespesialister, sykepleiere med spesialutdanning samt tilsvarende for annet nøkkelpersonell/helsepersonell - med utdanningsløp som i større grad enn i dag møter de reelle behovene som fremkommer i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Forskning og innovasjon bør få en vesentlig plass i utdanningene som skal ivareta framtidens helsetjenester.

Det må også legges til rette for målrettet kompetanseheving som har realistisk handlingsrom gjennom nasjonal strategisk satsing og finansiering, samt gode bilaterale hospiteringsordninger internt, regionalt og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Interkommunalt samarbeid må etterspørres der det er nødvendig og i større grad enn i dag, med deling av kompetanse som en sentral premiss.

Sambruk av ressurser/ delte stillinger, kan være en løsning der det er særlig krevende å rekruttere fagfolk, eks. jordmødre og psykologer.

### **Rehabilitering og mestring**

Målgruppen for habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) i spesialisthelsetjenesten er en særst sårbar pasientgruppe med store sammensatte behov. Det er behov for å styrke fagområdet for å sikre tilgang på robuste- og spesialiserte tjenester uavhengig av bostedsadresse.

Dette er en gruppe med sammensatte og langvarige tjenestebehov på tvers av nivåene. Samtidig som de ikke naturlig faller inn under en av de fire prioriterte tjenestemodellgruppene. Styrking av tjenestene og fokus på pasientforløp på tvers av nivåene bør adresseres i helse- og samhandlingsplan.

Eksempel fra Helse Stavanger foretaksområde på gode tiltak innen fagfeltet:

[Lokalt fagnettverk om psykiske lidelser og utfordrende atferd hos personer med utviklingshemning ParkinsonNet \(ihelse.net\)](https://www.ihelse.net/)

### **Svangerskaps-, føde- og barselomsorg**

Svangerskap, føde- og barseltilbudet er selve definisjonen på samhandling der helsetjenesten i fellesskap tilbyr helsehjelpen gjennom hele svangerskapet. Primært spesialisthelsetjenesten i fødsel og starten av barsel - primærhelsetjenesten resten av tiden.

I Helse Stavanger forsøker kvinne klinikken å få til en ordning der flere jordmødre jobber ved SUS i tillegg til i kommunen (sambruk av ressurser). Dette for å tilføre ressurser der det er nødvendig, samt å bidra til å styrke kvaliteten i tjenesten. Kontinuitet i svangerskaps-, føde- og barsel omsorgen er et gode som fremmer naturlig fødsel.

Det er i dag svært krevende å rekruttere jordmødre til spesialisthelsetjenesten når det samtidig bygges opp tjenester i kommunene ved øremerking av midler. Det er som kjent en nasjonal jordmormangel, og med øremerkede midler til jordmor i kommunen, benyttes disse ofte til flere oppgaver som muligens kunne vært håndtert av andre (eks. oppfølging av sårbare mødre med barn fram til 2-årsalderen). Et tettere samarbeid der flere av jordmødrene jobber begge steder, vil gjøre det lettere å la kvinner reise tidlig hjem, fordi jordmor i kommunen har oppdatert kunnskap om dette.

Vennlig hilsen  
Seksjon samhandling

Sissel Hauge  
Fagsjef

Dokumentet er elektronisk godkjent



HELSE VEST RHF

**U.off.:offl. § 13 jfr fvl § 13.1.1**

<b>Dykkar ref.:</b>	<b>Vår ref.:</b>	<b>Sakshandsamar:</b>	<b>Dato:</b>
	2022/11374 - 91903/2022	Randi-Luise Møgster	01.09.2022

## **Innspel til nasjonal helse- og samhandlingsplan frå Helse Bergen HF**

### **Innleiing**

Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen HF takker for invitasjonen til å komme med innspel til arbeidet med Nasjonal helse- og samhandlingsplan, som skal ta for seg regjeringa sine ambisjonar om å vidareutvikle vår felles helse- og omsorgsteneste.

Vi har merka oss at formuleringa “vår felles helse- og omsorgsteneste” blir brukt i mange samanhengar. Det er viktig at det blir tydeleggjort kva ein legg i denne formuleringa dersom det skal brukast som eit gjennomgåande grep i planen. Det må kome fram at helse er eit breitt samfunnsansvar og må inn i all samfunnsplanlegging på same måte som kommunane har krav om “helse i plan”, jf. Folkehelseloven. Vi meiner at tendensen til at livets utfordringar skal løysast i helsetenesta er uheldig, og at dette bør vere eit tema som blir drøfta i planen.

Vi er også usikker på om ordet saumlaust er eit godt omgrep i eit helsevesen som er samansett av mange ulike delar. Kan saumlaust bli erstatta med ordet samanhengande?

### **Innspel til arbeidet**

Kva er dei viktigaste utfordringane å adressere?

- Knappare tilgang på ressursar krev omstilling i både kommunane og spesialisthelsetenesta
- Auke i tilstrøyming til tenestetilbodet, særleg grunna psykiske plager, utan at budsjettrammene til helsesektoren aukar
- Det er ikkje nok kompetent personell om vi held fram å jobbe slik vi gjer i dag
- Vi treng digitale løysingar som oppfyller krav i helselovgivinga og personvernlova, og legg til rette for samhandling og forbetrar tenestene

Kva tiltak er aktuelle?

- Krav om førebygging og folkehelseiltak i alle samfunnssektorar
- Konkretisering av behovet for prioritering i overordna planverk, med ein tydeleg forventning til alle nivå om openheit om kva som blir prioritert og kva ein ikkje kan prioritere i vår felles helseteneste

- Elektronisk pasientjournalssystem som understøtter pasientforløp og styrkar samhandling mellom tenestene
- Økonomiske insentiv som bidrar til god utnytting av dei samla ressursane til helsetenesta, og legg til rette for førebygging, desentralisering og digitalisering

Pågåande arbeid eller gode eksempel som departementet bør være kjent med:

- Prosjektet “Mind the gap”, er eit samarbeid mellom Alver kommune og BUP Nordhordland for å etablere gode rutinar for overføring av barn og unge som er i risiko for å hamne *mellom* spesialisthelsetenesta og kommunen eller *mellom* dei kommunale tenestene, utan å få den hjelpa dei har behov for.
- Sjølvbetjent innsjekk og betaling i poliklinikkane i Helse Vest avlastar personellet
- Pasientstyrt oppfølging i poliklinikk via digitale skjema involverer pasientane og reduserer ventelistene
- Ryggpasientar får raskare vurdering og oppfølging ved hjelp av telefonkonsultasjonar i Nevrokirurgisk avdeling
- Samlokalisering av tenester frå kommunane og spesialisthelsetenesta i etablerte helsehus i Region Nordhordland, Øygarden kommune, Voss Lokalsjukehusområde og Bergen kommune
- “Sammen på vakt” er eit samhandlingsprosjekt mellom kommune- og spesialisthelsetenesta (Ulvik herad, Bergen kommune og Helse Bergen HF) knytt til akuttmedisinske tenester. Målet er å styrke samhandlinga mellom tenestenivåa for å sikre gode og berekraftige akuttmedisinske tenester, samt for å styrke tryggleik mellom nivåa og dei ulike aktørane. Ein har felles digitale vaktskiftemøter for å sikre riktig bruk av ressursar på riktig sted

### **Samanheng mellom det overordna målet, planar og regelverk**

Haukeland universitetssjukehus sin [Utviklingsplan 2022-2035 - Helse Bergen \(helse-bergen.no\)](https://www.helse-bergen.no/utviklingsplan-2022-2035) vart godkjend av vårt styre 30. mars 2022 og skal justerast om lag kvart fjerde år. Vi meiner vår utviklingsplan beskriv utfordringsbiletet godt og viser til kva mål vi jobbar mot. For oss er det viktig at regelverk og overordna planverk gir støtte til å jobbe fram dei krevjande endringane som er nødvendige for å møte dei utfordringane vi står ovanfor.

For å klare å yte helsehjelp av god kvalitet til dagens og framtidens pasientar, treng vi regelverk og overordna planar som bidreg med ein stø kurs, og samtidig gir rom for forbetningsarbeid. Vi ønskjer at Nasjonal helse- og samhandlingsplan har overordna mål, vektlegg samheng på tvers av samfunnssektorar og styringsnivå og har ein tidshorisont som gjer det mogleg å jobbe med endringar over tid.

Haukeland universitetssjukehus vil gjerne bidra til å utdjupe våre innspel i eit møte med representantar frå arbeidsgruppa, dersom det blir aktuelt seinare i prosessen.

Vennleg helsing  
Foretaksledelse sekretariat

Randi-Luise Møgster  
Viseadministrerende direktør

*Dokumentet er elektronisk godkjent*





Solli DPS

Egenverdi – tillit – kunnskap – rettferdighet

## Helse Vest RHF

**Deres ref.:**  
2022/759 - 6592/2022

**Vår ref.:**  
2022/379

**Dato:**  
31.08.2022

## Innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan fra Solli DPS

Solli DPS takker for invitasjonen til å komme med innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan, og ønsker å fremme følgende utfordringer og forslag til mulige tiltak.

### Vår felles helsetjeneste

#### Utskrivningsklare pasienter opptar en betydelig andel av døgncapaciteten

Det er i dag en vesentlig utfordring at pasienter ikke alltid kan motta behandling på riktig omsorgsnivå. Særlig kan dette forekomme mot kommunene, da det tar tid å bygge opp bemannede eller ubemannede boliger for pasienter og brukere som har behov for dette. Konsekvensene av at pasienter og brukere blir værende igjen i spesialisthelsetjenesten er imidlertid store, både for de aktuelle pasientene, og pasientene i systemet for øvrig.

Kommunen bør utvikle handlingsrom til å bosette pasienter og brukere uten bosted på relativt kort varsel, slik at kapasitet til å ta imot pasienter med høyere omsorgsbehov frigis på spesialisthelsetjenestenivå. Frem til denne kapasiteten forekommer, kan et tiltak innenfor psykisk helsevern være at kommuner oppretter intermediaære boliger med støttes fra lokalt FACT-team.

#### Tilgang for alle grupper

Enkelte grupper er i dag underrepresentert innenfor psykisk helsevern; eksempelvis menn, eldre og etniske minoriteter. Det bør vurderes om det er behov for tiltak i førstelinjen for å hjelpe flere i underrepresenterte grupper til å oppsøke den hjelpen de trenger for langvarig god fysisk og psykisk helse. Kommunene kan også vurdere, sammen med brukergruppene og frivillig sektor, å utvikle lavterskel mestringstilbud som disse oppsøker og velger å ta imot.

#### Hjelp til meningsfull aktivitet er et underbrukt og samfunnsnyttig behandlingstiltak for mennesker med psykiske lidelser

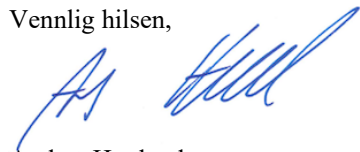
Noen av de viktigste risikofaktorer for utvikling og opprettholdelse av psykiske plager er utenforskap, mangel på sosial støtte og mestringsopplevelser ([Myklestad, 2008](#)). Dette krever tett samarbeid mellom kommuner, spesialisthelsetjenesten og frivillig sektor, og burde være et felles satsningsområde på tvers av tjenestenivå.

## Tillitsreformen

### **Fagfolk og administrasjon bruker mye tid på dokumentasjon og rapportering**

Nasjonale dokumentasjons- eller rapporteringskrav bør ikke rulles ut før tilfredsstillende tekniske løsninger er etablert eller hensiktsmessige veiledere, prosedyremaler eller rapporteringsrutiner er på plass. Tidsbruken og verditapet ved at samtlige lokale foretak skal utforme egne veiledere, prosedyrer eller få opplæring i mangelfulle eller uferdige tekniske løsninger kan ellers bli svært stor. Lovfesting av en evidensbasert tilnærming før innføring av nasjonale og regionale rapporteringskrav vil kunne sortere nyttig og unyttig dokumentasjon og rapportering. Hvert dokumentasjonskrav må vurderes basert på beste tilgjengelige kunnskap om hvilken reell effekt tiltaket vil ha på målet. Deretter må opplevd nytte og kostnader kartlegges sammen med aktuelle interessenter. Før innføring bør det vurderes gjennomført en kost/nytte-analyse.

Vennlig hilsen,



Anders Hovland

Direktør v/ Solli DPS