

# Innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan

## Helseregion Sør-Gudbrandsdal

dato 14. sept 2022

Helseregion Sør-Gudbrandsdal viser til brev av 3. august 2022, der Helse- og omsorgsdepartementet har invitert kommunene til å gi skriftlig innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Kommunen støtter signalene om å endre navnet fra sykehusplan til samhandlingsplan, som signaliserer kommunene og sykehusene sitt likeverdige og helhetlige ansvar for å tilrettelegge helsetjenester.

Helseregionen sitt innspill til meldingsarbeidet har ikke vært mulig å behandle politisk innenfor tidsfristen. Det har samtidig vært ønskelig å benytte seg av muligheten til å komme med innspill, men kommunen tar forbehold, som følge av at disse kun er faglig- og administrativt forankret.

Helseregion Sør-Gudbrandsdal består av seks kommuner. Lillehammer (28 425 innbyggere), Øyer (5082), Gausdal (6079), Ringebu (4385), Sør-Fron (3064) og Nord-Fron (5628). Regionen har samarbeidet innen helse siden Samhandlingsreformen tredde i kraft og hatt eget prosjekter innen samhandling, TRUST prosjektet. Mye av dagens samarbeid er en videreføring av dette prosjektet.

### 1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

#### *Samhandling kommunene og helseforetak*

- Helsefelleskapet må videreutvikles slik at kommunene og SI blir likeverdige partnere som jobber mot felles mål. Vi har felles pasienter som skal ha gode tjenester.
- Ulik styringslinje, finansieringssystem, kapasitet og tilgang til personell og kompetanse, har bidratt til at det ikke er likeverd mellom partene. I dag er det en stor ubalanse mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene på tilgang til nøkkelressurser og kompetanse i felles tjenesteutvikling. Dette medfører at kommunene ikke har like stor kapasitet og ressurser som sykehuset, til å bidra med sitt perspektiv inn i felles prosesser. Dette medfører en stor risiko, for at sykehuset da tar definisjonsmakten for kommunene, som ikke understøtter likeverdige partnerskap. Generalistkompetansen i kommunene og spesialistkompetanse i sykehusene har samme verdi når vi skal utvikle fremtidige bærekraftige tjenester. Vi har felles brukere (pasienter) som skal ha gode tjenester, og brukerne forventer at kommuner og sykehus jobber godt sammen. I et godt partnerskap, spiller vi hverandre gode og vi ønsker å lykkes sammen.
- Helsepersonell i kommuner og i sykehus har varierende kjennskap til hverandre sitt samfunnsansvar og tjenester. Kommunene har fokus på å forebygge, mestre og utnytte egne ressurser hos innbygger, mens på sykehus er det tradisjonelt fokus på å utrede, diagnostisere og behandle pasienter. Ulike samfunnsoppdrag, krav til effektivisering i kommuner og sykehus, og ikke omforent felles forståelse av styringsparametere som understøtter begge samfunnsoppdragene og deres omstillingsbehov, gjør det krevende å forstå hverandres utfordring og behov.
- Det er fremdeles utfordringer rundt utskrivningsklare pasienter med tanke på å unngå svingdørspasienter.

#### *Digitalisering - Informasjonsutveksling og dokumentasjon i pasientforløp*

- Det er en stor utfordring at digitale journal løsninger ikke snakker sammen mellom kommuner og sykehus.
- I dag er det i liten grad mulig å sikre at relevant informasjon følger innbygger inn på sykehus, ut av sykehus, eller mellom tjenester i kommunen. Det er ikke tilrettelagt for at eks. individuell plan fra fastlege/kommunale tjenester er tilgjengelig for sykehuset og visa versa. Dette medfører

utfordring i oppfølging og kontinuitet i forebygging, mestring og behandling. I tillegg er dagens kodeverk ikke utviklet i tråd med ny tjenesteutvikling eller nye kartleggingsverktøy for funksjonskartlegging. Dette medfører at det kan være utfordrende for sykehusene å beskrive diagnosen enkelt. Dagens kodeverk understøtter ikke å sette diagnose eks. skrøpeligheit. For kommunene følger ikke kodeverket utviklingen av endret funksjonskartlegging, som vanskeliggjør enkel og korrekt informasjon på funksjon og endring av denne. Dette medfører at relevant informasjon om diagnose og funksjon ikke kan deles mellom aktørene, samt at oppfølging av funksjonsendringer hos innbygger kan bli mangelfull. Mangelfullt kodeverk og manglende funksjonalitet i dagens fagsystemer, som ikke følger utviklingen i klinisk tjeneste, medfører ekstra dokumentasjonstid for helsepersonell og mangelfulle effektive systemer for å fange opp endret i funksjon hos pasient.

### *Økonomi og oppgaveforskyvning*

- Kommunene og helseforetaket har ulike finansieringssystemer som ikke understøtter samhandling og nye måter å utføre tjenestene på. Dagens finansieringssystem gir den ene part definisjonsmakten i pasientflyten, som er uheldig. Dette understøtter ikke god pasientflyt og likeverd i samhandling. Nasjonale signaler om økt desentraliserte tjenester understøttes ikke i dagens finansieringssystem, som medfører oppgaveforskyvning uten kompensasjon til kommunal ramme. Disse forholdene kan medføre at nye gode initiativ til samhandling og tjenesteyting ikke blir gjennomført, som følge av at kommunen ikke har økonomi til dette.
- For å skape «det utadvendte sykehus» kan løsninger som digital hjemmeoppfølging og FACT-metoden også brukes i somatikken. Ved oppgaveforskyvning fra sykehus til kommune må rammefinansieringen til kommunene speile dette.
- Regjeringen og Helsedepartementet må være tydelig på hva helseforetak og kommuner skal prioritere i driften sin.
  - Prioriteringsmeldinger.
    - Hva skal vi gjøre mer av.
    - Hva skal vi gjøre mindre av.
    - Hvem skal ha ansvar for hva.

### *Digitalisering*

- Det er utfordrende for små kommuner å ha tilstrekkelig fagressurser, holde seg oppdatert og videreutvikle velferdsteknologi. Velferdsteknologi er viktig arbeid for å kunne jobbe smartere nå og i fremtiden med tanke på mangel på fagressurser og flere eldre.

### *Sykepleie- og fastlegemangel i kommunene.*

- Det er en stadig større utfordring å rekruttere og beholde fagressurser, samt at sykefraværet i deler av tjenesten er høyt. Erfaringer fra sommeren 2022, er at enkelte kommuner ikke har klart å rekruttere ferievikarer. Det er flere personellgrupper det er vanskelig å rekruttere eks. jordmor, sykepleier, vernepleier og ikke minst fastleger. I felles planlegging og tjenesteutvikling, er det spesielt kritisk at fastleger ikke har kapasitet til å prioritere sin deltakelse.
- Fastlegene er en bærebjelke i dagens helsevesen. Fastlegene skal samhandle med pasient/kommunehelsetjeneste/helseforetak. Fastlegene har en stor portefølje oppgaver. Tiltak kommunene har måtte se på er felles legevaktløsninger for å redusere vaktbyrden på legene. Videre skjer et skifte i organisering/tilknytningsform fra selvstendig næringsvirksomhet til fastlønnede leger. Dette er økonomisk utfordrende for kommunene.

### *Prosjekter og forskning*

- Prosjekter initiert fra Helsedepartementet, KS, FHI osv må samkjøres slik at det ikke blir flere lignende prosjekter. Det er mange små kommuner og få fagfolk å fordele prosjektarbeid på.

Prosjektarbeid kommer på toppen av eksisterende arbeid. Det er viktig for kommunene at resultatet av prosjekter skal føre til en bedre arbeidshverdag med god kvalitet for brukeren/pasienten.

- Dagens tilskuddsordninger gir ikke den investeringen som er nødvendig, for å sikre likeverdighet i felles tjenesteutvikling mellom kommuner og sykehus. Et større omfang av samhandlingsprosjekter mellom partnerne, medfører også systemer for å ivareta eierskapet og styring av disse. De skal følges opp med implementering og sikre effekt for innbygger.
- Kommunene har behov for økt innsikt i hva som virker. Det må satses på mer forskning innen forebygging, mestring og funksjon, samt pasientforløp og samhandling. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har ikke i dag likeverdige rammebetingelser for å sikre forskning innen sitt samfunnsoppdrag.

#### *Psykisk helse og rus*

- Det må jobbes med å tydeliggjøre ansvar og oppgaver. På systemnivå og fagnivå innen spesialisthelsetjeneste og kommune kan noen tjenester virke overlappende og like.
- Spesialisthelsetjenesten benytter sin prioriteringsveileder som god hjelp til rettighetsvurderinger. Kommunen burde ha tilsvarende for å sikre lik hjelp til innbyggere uavhengig av kommunetilhørighet.
- I dag er det lange ventelister i spesialisthelsetjenesten. Kommunene har lite ventelister. Er det en klar bevissthet knyttet til hvem som venter i hvilken kø?
- Nedbygging av sengekapasiteten i spesialisthelsetjenesten for pasienter med alvorlige psykiske lidelser er en utfordring for kommunene. I neste Nasjonale helse- og samhandlingsplan bør behovene til denne pasientgruppen beskrives med tanke på fremtidig kapasitetsbehov i kommunehelsetjenesten.

#### *Rehabilitering og mestring*

- Erfaringsmessig bør mest mulig av rehabiliteringen skje i kommunene, der pasienten skal bo og leve. Utfordringen er press på plasser og at rehab/korttidsplasser i stor grad blir belagt med svært dårlige pasienter, til dels «svingdørs-pasienter» mellom sykehus og kommuner.

#### *Akutt-tjenester*

- Det jobbes med utvidelse og forbedring av innholdet i Lillehammer Interkommunale Legevakt. Se pkt 3.

## 2. Hvilke tiltak er aktuelle?

#### *Samhandling*

- Samhandlingskoordinatorer i alle regionene i Helsefelleskapene. Dette for å samkjøre, jobbe mot felles mål og bedre samhandlingen mellom kommuner og sykehusene.
- Flere samhandlingsarenaer blant helsepersonell i utøvende tjeneste uansett forvaltningsnivå i de kritiske overgangene.
- Systematisk oppfølging av avvik- og kritisk hendelser fra overgangene på alle forvaltningsnivå eks. daglig samhandlingsarena, faglig- og administrativt nivå, øker felles innsikt.
- Felles styringsparametere som ivaretar begge perspektiver og ser hvordan omstillingsbehovet hos begge parter påvirker ressurs, kompetanse og kapasitet.
- Videreutvikle felles planlegging og prioritering på alle nivå.
- Informasjon mellom partene om hvor det er mulig å innhente oversikt over tjenestene.
- Felles modell for tjenesteutvikling som sikrer god oppstart og forankring, felles forståelse og beslutningspunkter i alle faser.

- Samarbeidsavtale som sikrer drøfting og avklaring av gevinster og konsekvenser før implementering av nye tjenester.
- Samarbeidsavtaler med definert oppgaver og ansvar for overgangene.
- Prioriteringsmeldinger.
  - Innen alle områder i kommunehelsetjenesten.

#### *Økonomi, prosjekter og forskning*

- Samhandling skal lønne seg. Videreutvikle finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten, fastleger og legevakt. Videokonsultasjoner må for eksempel kodes på lik linje med fysiske konsultasjoner.
- Finansieringssystemet må legge til rette for økt kvalitet i tjenestene, stimulere til økt tverrfaglig samhandling, pasientflyt og nye bærekraftige arbeidsformer.
  - Legge til rette for at kommuner og helseforetak får så like rammevilkår som mulig til felles planlegging, tjenesteutvikling, implementering og oppfølging av effekt.
- Øremerket forskningsmidler til pasientforløp, samhandling og nye arbeidsformer i regi av helsefelleskapene.
- Koordinering av like initiativ mellom departementer og etater, for å redusere omfang av parallelle utviklingsprosesser.

#### *Digitalisering - Informasjonsutveksling og dokumentasjon i pasientforløp*

- Kodeverk og funksjonalitet for dokumentasjon i dagens systemer må følge tjenesteutviklingen og oppdateres raskere.
- Digitale samhandlingsverktøy må følge utviklingen innen nye arbeidsformer og sikre at helsepersonell uansett forvaltningsnivå, innbygger og pårørende må kunne samhandle sømløst og sikkert.

#### *Utdanning og fagkompetanse*

- Innen helsefelleskap eller helseregioner kan det settes like vilkår for lønn, turnus og kompetanseutvikling.
- Det bør i større grad legges til rette for 100% stillinger til de som ønsker det.
- Vi må i større grad sikre at helsepersonell har oppgaver som er i tråd med sin utdanning, og flytte oppgaver eller etablere nye personellgrupper, for å beholde personell.
- Vi må tilstrebe å legge til rette utviklingsmuligheter til medarbeidere i tråd med ønsket karriereretning.
- Det kan etableres tverrfaglige team og hospiteringsordninger innen kommune, på tvers av kommune og mulig på tvers av kommuner og sykehus.
- Det bør vurderes økt desentralisert utdanning, og samtidig balansere poengkravene, slik at en ivaretar geografisk nærhet ved ønske om utdanningssted.
- Utdanningsinstitusjonene må utvikle sin praksisordning i tråd med tjenesteutviklingen i kommunene.
  - Utdanningsinstitusjonene er til dels i ferd med å legge om noen praksis feks fysioterapeutene som ikke lengre har klinikkpraksis på skolen. Dette øker etterspørselen etter praksisplasser ute.
- Øke antall sykepleierstudenter på høgskolene, men det er mangel på praksisplasser. Dette må løses på en annen måte enn dagens modell.
  - Dagens modell: 10 uker praksis i sykehus/kommune (7,5 t x 4 dager x 10 uker) = 300 t.
  - Forslag til fremtidens modell: Intensiv sykehuspraksis og mer simulering på høgskolen som en del av praksisen, vil føre til flere studenter gjennom forløpet.

Forslag til praksisperiode	Tidsrom	Sum timer
Sykehus/kommunehelsetjeneste	7,5 t x 5 dager x 5 uker	187,5
Hospitering	7,5 t x 4 dager	30
Simulering, oppgaver på høgskole, refleksjonsdager	7,5 t x 11 dager	82,5
		<b>300</b>

- Veiledning som en del av sykepleiestudiet slik at nyutdannende sykepleiere også kan lære opp sykepleierstudenter i praksis. Dette vil føre til flere praksisplasser i kommunen. Gode praksisplasser er en viktig rekrutteringsarena.
- Fastlegeordningen må stabiliseres og gjennomgås for å være en attraktiv arbeidshverdag for leger.

#### *Journalssystemer*

- Nasjonalt system der sykehus-, fastlege- og legevaktjournaler samkjøres.

#### *Fagutvikling*

- Egne tverrfaglige akutteam i akuttmottakene som håndterer geriatriske pasienter med akutt funksjonssvikt og forvirringstilstander for å gi rask avklaring og sikre riktig behandlingsforløp.

### 3. Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?

Kommunene på Innlandet har mange utviklingsprosjekter sammen med Sykehuset Innlandet, og vi viser til oversikten som er sendt inn som en del av innspillet fra Helsefellesskap Innlandet, fra april 2022. Eksempler derfra er:

- SAM-AKS er samhandling mellom kommunale sykehjem og alderspsykiatris avdeling i Sykehuset Innlandet innen demens.
- Talestyrt hodekamera med videokommunikasjon mellom kommuner og sykehuset for vurdering og behandling av pasienter.
- I et samarbeid mellom kommunene og Sykehuset Innlandet er det etablert lokalmedisinsk senter i Valdres (på Fagernes) og i Nord-Gudbrandsdal (på Otta), og et spesialisert senter på Hadeland.
- Det er etablert flere FACT-team på Innlandet.
- Legevaktsamarbeid er det største samarbeidet i Helseregion Sør-Gudbrandsdal. Lillehammer Interkommunale Legevakt er nå i gang med prosjektet Bo trygt hjemme – med integrerte tjenester. Intensjonen med prosjektet:
  - Styrke legevaktsdistriktets helseberedskap og helsetilbud til befolkningen.
  - Utvikle et akuttmedisinsk tilbud i samhandling med Sykehuset Innlandet.
  - Styrke og øke akuttmedisinsk-, vurderings- og observasjonskompetanse i kommunens helse- og omsorgstjenester. Samtidig må vi opprettholde en hensiktsmessig oppgavefordeling mellom kommune og prehospitaltjenester som legevakt og ambulanse.
  - Stimulere til rekruttering av helsepersonell, og hensiktsmessig oppgavefordeling mellom ulike fagprofesjoner.
  - Innfri krav i lov- og forskrift.
  - Effektiv ressursutnyttelse.
  - Økt pasient- og brukeropplevd kvalitet og tilgjengelighet.
  - Økt trygghet for pasienter ved akutt sykdom og skade, og ved forverring av kroniske tilstander.

- Sammenhengende tjenester som vektlegger samarbeid og samhandling på tvers av tjenester og forvaltningsnivå, der flere pasienter/brukere får hjelp i eget hjem og unngår unødvendig transport og unødvendige innleggelse i sykehus.
- Videreutvikle digitale løsninger tjenestene bruker i dag, slik som blant annet Gerica og System X, slik at disse i større grad legger til rette for samhandling mellom tjenestene.
- Gjennom bruk av blant annet VR-teknologi (hodekamera) og videokonsultasjon flytte medisinsk beslutningsstøtte ut til pasient.
- Undersøke muligheten for om legevakten kan bli et responscenter for Digital hjemmeoppfølging.

Bernt Tennstrand  
Kommunalsjef  
Lillehammer kommune

Britt Åse Høyveien  
Kommunalsjef  
Ringebu kommune

Bente Joten Skog  
Kommunalsjef  
Nord-Fron kommune

Inger-Ellen Walhovd  
Enhetsleder  
Gausdal kommune

Frode Fosbakken  
Kommunalsjef  
Øyer kommune

Christine L. Vaagen  
Kommunalsjef  
Sør-Fron kommune