

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
22/2404

Vår ref. (saksnr.):
22/3126 - 11

Saksbeh.:
Bjørn Sletvold,

Dato:
15.09.2022

Nasjonal helse- og samhandlingsplan - Innspill fra Oslo kommune

Vi takker for Helse- og omsorgsdepartementets invitasjon til å gi innspill til regjeringens påbegynte arbeid med Nasjonal helse- og samhandlingsplan som sammen med ny folkehelsemelding og melding om helseberedskap vil utgjøre de overordnede rammene for helse- og omsorgspolitikken. Vi er glade for at arbeidet med nasjonal helse og samhandlingsplan blir realisert. Dette er et viktig arbeid og med mål om et best mulig arbeid i og samarbeid mellom sykehus og kommune. Vi støtter det overordnede målet om å sikre sømløse pasientforløp og gode tjenester og ser frem til fremlegging av meldingen og høringsrunde høsten 2023.

Byrådsavdelingen gir nedenstående innspill. Innspill fra andre virksomheter i Oslo kommune er vedlagt, inkludert fra Origo, Oslo kommunes digitaliseringsetat.

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Det betyr at kommunen har ansvaret for innbyggernes «sikkerhetsnett» hva gjelder helse- og omsorgstjenester, også der spesialisthelsetjenesten ikke prioriterer innbyggeren til spesialistbehandling etter prioriteringsforskriften.

Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering er tydelig, og roller og oppgaver knyttet til koordinator, barnekoordinator og koordinerende enhet må utvikles og profesjonaliseres for å være gode verktøy for økt samhandling. Habilitering og rehabilitering er sentrale i helhetlige pasientforløp med overganger mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

Tilsvarende har kommunen plikter innen andre viktige sektorer for eksempel hva gjelder bolig og livsopphold.

Spesielt for Oslo kommune er at kommunen må samarbeide med 4 sykehus, og at behandlinglinjene ikke følger kommunens sektorer hva gjelder en rekke spesialisthelsetjenester.

Målet om et lokalsykehus som skal behandle hele pasienten er krevende å oppnå. I tillegg gir kommunens oppbygging med 15 bydeler og kompleks styringsstruktur utfordringer i samhandling, da

enkelte kommunehelsetjenester som fastleger og fysioterapeuter behandler innbyggere på tvers av bydeler og sektorer.

Målsettingen i sykehusenes utviklingsplaner og i kommunens planer om at flere skal bo og behandles hjemme stiller strengere krav til samhandlingen mellom sykehus og kommunens tjenester. Samarbeid og samskaping må styrkes.

Det krever tydelig ansvars-/oppgavefordeling mellom kommune og sykehus. Samtidig er vi en utvikling der det er behov for helsepersonellressurser i både kommune og sykehus og fordelingen av ressursene må prioriteres godt i tiden fremover. Helsepersonellkommisjonens arbeid kan gi føringer her.

Sentrale forutsetninger for å lykkes med nødvendig utvikling og endring i helsetjenestene:

Tilgang på helsepersonell

- Aldersbæreevnen er nedadgående. Hvordan sikre tilstrekkelig bemanning til å dekket fremtidens behov for helse- og omsorgstjenester?
- Det er viktig at kommunen har tilstrekkelig kompetent personell da kommunen skal tilby tjenester også der spesialisthelsetjenesten ikke prioriterer innbyggeren. Dette får betydning også for samhandlingen, i fellesskap må vi enes om på hvilket nivå tjenestene skal gis slik at helsepersonellressursene brukes mest effektivt for innbyggeren.
- Der det gir best helseeffekt og der ressursbruken også følger behov for å tilby tjenester til de innbyggerne som trenger det mest. Vi ser at det er en stor sosial og geografisk ulikhet i helse i en by som Oslo.
- Samhandlingsstillinger mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten kan sikre at kompetent personell både kjenner tjenestene bedre og deler kompetanse i flere virksomheter. Det må legges til rette for at helsepersonell kan arbeide begge steder. Et område som er aktuelt er delte jordmorstillinger mellom kommune og sykehus. Dette krever juridisk og organisatorisk tilpasning.
- Omdømme og karrierevei: Gode lønns- og arbeidstidsforhold, samt gode opplæringsplaner og muligheter for videreutvikling av kompetanse.

Kompetanse- og kompetansedeling

- Riktig bruk av kompetanse: Oppgavedeling og delte stillinger (innad i kommune, mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, og mellom kommunehelsetjeneste og akademia)
- Praksisstudier og veiledning: Sikre gode veiledere med nødvendig og riktig kompetanse.
- Teamkompetanse er nødvendig for å jobbe i team, når man jobber i ulike virksomheter, der teammodell er rett for å samarbeide om pasientbehandlingen og pasientforløpene. Teamkompetanse inkluderer digital kompetanse. Flere digitale løsninger vil i større grad kreve at man jobber i team. Primærhelseteam bør videreutvikles.

Digitalisering

- Få fart på digitaliseringsarbeidet. Deling av DATA er en grunnleggende forutsetning for å kunne ivareta fremtidens behov. For å få til god og fungerende samhandling mellom aktørene også pasienten er det nødvendig å få dele informasjon, både data og deling. Dette er kritisk for å

helsepersonell skal kunne gi riktig pasientbehandling, og innbygger skal være informert og involvert i egen helse.

- Felles etablerte løsninger må videreutvikles for å sikre tilstrekkelig drift og videreutvikling. I tillegg til de nasjonale e-helse løsningene er det nødvendig å ha fungerende HelseID, tillitstjenester og andre nasjonale infrastrukturtjenester – som er en forutsetning for realisere målene og gevinstene for samhandling.
- For å øke utviklingstakten og tilrettelegge for innovasjon er det nødvendig at nasjonale løsninger tilrettelegges på en slik måte at andre, private og offentlige, kan koble seg på løsningene eller få tilgang til utvalgte data for å skape merverdi for tjenesten og innbygger.
- Tilgjengelighet, som i tillegg til konfidensialitet og integrert, er et av de tre områdene som utgjør informasjonssikkerhet må også prioriteres slik at nødvendig informasjon blir tilgjengelig for helsepersonell ved behov. Tilgjengelighet er viktig for pasientbehandling, og det skal etableres et sikkerhetsnivå som er egnet med hensyn til risikoen (ref. pasientjournalloven §24)
- Det er behov for bedre digitale verktøy for å styrke samhandlingen. Må få til større åpenhet mellom kommunen og sykehusene, vite mer om hverandre, dele kunnskap og strategiske dokumenter. Må dele gode eksempler, saker hvor man har lyktes. Ikke kun ha fokus på problemene. Ex FACT, ambulerende team, kompetansebroen.
- Digitalisering krever kompetanse, kapasitet, kapital m.m. Utviklingen tar for lang tid, det må skapes tydelig rammebetingelser, mulighetsrom og kultur for at også private aktører kan bidra med å løse digitaliseringsutfordringene for den offentlige helsetjenesten i Norge.
- Anbefalinger på digitaliseringstiltak må ta hensyn til endringene som har vært i helse- og omsorgssektoren de siste årene, hvor driftsmodellene har vært under endringer – og at man kan forvente eller stille krav til høy tilgjengelig – og redusere behov for å kopiere data.
- Digitalisering og velferdsteknologi: bygge teknologisk kompetanse hos ansatte og inkludere nye yrkesgrupper inn i sektoren, eks teknologer. Kunnskap om digitale løsninger må inn i grunnutdanningene.

Tilpasning og fortolkning av lov-, forskrifter og juridisk rammeverk

- Juridiske spørsmål må avklares, med fokus på deling av sensitiv informasjon, datadeling (digitalt), samarbeid-jobbe sammen-delte stillinger/ikke kun hospitere, men jobbe sammen om pasienten.
- I tillegg til å etablere teknisk og organisatorisk samhandling er det nødvendig med en felles juridisk fortolkning av hva som kan deles og mellom hvilke aktører. Dette inkluderes lik tolkning av hva som er tjenestebehov og hvordan dette ev. kan etterprøves
- Tilstrekkelig kapasitet hos departement, direktorat og andre for å prioritere arbeid med lov- og forskriftsarbeid – og sikre felles tolkning for helse- og omsorgssektoren. Dette for å sikre tilstrekkelig fremdrift, og at det ikke velges sub-optimale løsningsvalg for samhandling – som vil føre til begrensninger i videreutvikling, økt kostnader og risiko.

Helhetlige pasienforløp

- Det må skapes helhetlige pasientforløp, med god "overlevering" fra spesialist- til kommunehelsetjeneste og omvendt.

- Fokus på samarbeid og samskaping. Tett samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og universiteter og høyskoler. Dagens finansieringsordninger gjør samarbeidet utfordrende. Kommune- og spesialisthelsetjenesten må sees på som to likeverdige parter. God samskaping aktiverer ressurser på tvers av samfunnet. Det er viktig med tidlig involvering av bruker og pårørende.
- Utfordringene er særlig knyttet til pasienter med sammensatte behov – somatikk, psykisk helse og rus.
- Innbygger, både som pasient, pårørende eller frivillig, er en ressurs som kan benyttes i større grad. Digitale løsninger gir nye muligheter, ikke begrenset av fysiske barrierer, og dette bør i større grad kunne være del av løsningene. Delta mer aktivt i egen helse, og mulig bremse/avlaste noen av kapasitetsutfordringene i presset offentlig helsevesen.
- Respekt for brukere, pasienter, og pårørende må være en selvfølge, med god kjennskap til bla kultur og helse, økende omfang av innvandrere i (hele) befolkningen (ikke bare i Oslo). Grunnleggende for reelt samarbeid om helhetlige pasientforløp og teamarbeid er gjensidig respekt for andre profesjoners og sektors bidrag. Dette må gjennomsyre organisasjoner og virksomheter på alle nivåer for å lykkes.

Gode eksempler som departementet bør være kjent med:

- Felles læringsplattformer for spesialist- og kommunehelsetjenesten. Kompetansebroen som eksempel.
- Se til Skatteetaten – hva har de gjort for å lykkes med sitt digitaliseringsarbeid (deling av informasjon mellom etater). Sørg for effektiv deling av forvaltningsdata på tvers av offentlige tjenester og nivåer.
- Brobyggerstipendiater – eksempel på at kommunen kan påvirke hva det skal forskes på.
- Strategisk rekrutterings- og kompetanseplan for bærekraftige helse- og omsorgstjenester i Oslo kommune.
- Utviklingen i samlet helse- og omsorgssektoren har gått og går for sakte for å møte forventningene og behovene i sektoren og innbyggerne. Samhandling er krevende men mulig å løse. Det er viktig å se på virkemidler for å løse utfordringene i alle lagene av rammeverket for samhandling (ref. Digitaliseringsdirektoratet / EIF: European Interoperability Framework). Dette er imidlertid ikke nok, men krever også styring – og her bør man se på hvordan man gjør det i EU (og mulig EØS) med EHDS og USA med ONC Interoperability Rule.

Helseetaten

Helseetaten i Oslo kommune har spilt inn følgende:

Samhandlingsmidler

- Helsefelleskapet har for 2022 besluttet å videreføre ordningen med tildeling av samhandlingsmidler til aktuelle og relevante samhandlingsprosjekter til de prioriterte gruppene. Midlene er begrensede og prosjektarbeidet ressurskrevende med tanke på iverksetting og realisering av disse når det mangler finansiering eller den er svært begrenset i omfang og tid. Ulike finansieringsordninger skaper utfordringer med å gå over fra prosjekter til etablering av nye tjenester eller nye måter å levere tjenester på. Mange prosjekter er også finansiert med andre

eksterne midler, og det er krevende å finne finansiering til videre drift i de lokale budsjettprosessene i henholdsvis kommune/bydel og helseforetak. Det er et strukturelt problem som helsefelleskapene ikke kan løse alene. Det bør vurderes fra nasjonalt hold å bevilge helsefelleskapene en finansiering som initierer innovasjon og utviklingsprosjekter i større omfang eller tilpasse tilskuddsordninger som går over minst 2-3 år slik at helsefelleskapene reelt kan vurdere effekt og gevinst slik at det gir anledning til å ha gode forankringsrunder, beslutninger inn mot budsjettprosessene i linjene.

Finansiering

- Dagens finansieringsordninger kan være til hinder for god samhandling. En utfordring er at sykehus er delvis innsatsfinansiert, mens kommuner/bydeler er rammefinansiert. En annen utfordring er kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i sykehus som er medvirkende årsak til hvilket tilbud pasienter får etter utskrivelse. Andre områder kan være knyttet til etablering av «1 1/2-linjetjenester» og takster både i DRG-systemet og hos fastleger som ikke stimulerer til hensiktsmessig samhandling og oppgavedeling. Dersom sykehus skal bli mer utadvendte må finansieringsordningene støtte opp under en slik utvikling.

Planlegging og utvikling av tjenester til felles brukere

- Nytt lovfestet krav til felles planlegging og utvikling av tjenester til felles brukere kan stimulere helsefelleskapet til større åpenhet om planer i egen organisasjon. Vi opplever ikke at det har vært manglende vilje til dette før, men ser nå en tendens til økt forståelse for hva dette innebærer. Helsefelleskapet skal være pådriver for at alle ledd i et pasientforløp er kjent for samarbeidspartnere. Et skritt på veien er at sykehuset får kjennskap til bydelenes tildelingsbrev og andre planer, og at bydelene gir innspill til revisjon av sykehusets utviklingsplan. Deling av og samarbeid om planer på alle nivåer vil være et satsingsområde fremover.

Kunnskap om hverandre

- Det er en utfordring at samarbeidspartnerne ikke har tilstrekkelig kunnskap om hverandres tjenester. Det har vært jobbet i flere år med å avklare forventninger til hverandre og skape god kommunikasjon, for å sikre gode overganger mellom omsorgsnivåene. Dette er et arbeid som vil fortsette også fremover. En suksessfaktor er å involvere hverandre, fremfor kun å informere. For pasienter med kroniske lidelser er det særlig viktig med godt samarbeid.

Annet

- Ønske om at både forebygging, rehabilitering løftes opp som sentrale tema i neste Nasjonal helse og sykehusplan. Det bør være et større fokus på forebyggende helsearbeid, slik at behovet for behandling og reparasjon kan reduseres. Det bør i større grad tydeliggjøres hvordan samarbeid omkring dette, mellom sykehus og kommune, kan struktureres. Forebygging og folkehelse er oppfølging som tradisjonelt sett har sin hovedvekt i kommunene, men i ny Nasjonal helse- og sykehusplan bør det tydelig beskrives hva som er spesialisthelsetjenestens rolle og ansvar knyttet til dette. Et viktig grep er tiltak knyttet til økt helsekompetanse i befolkningen. Dette må få en økt oppmerksomhet i både spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- Det vil være viktig å se samarbeid på tvers av sektorer, blant annet gjennom å styrke samarbeidet mellom helse og skole, for tjenester som gjelder barn og unge. Tettere samarbeid mellom for eksempel helsetjenester, politi, barnevernstjenester og NAV bør i større grad løftes frem. I tillegg bør familieperspektivet ha en større plass i utforming av helsetjenester og samarbeid om pasienter. Her kan samarbeid på tvers av sektorer og tjenestenivåer, om tiltak knyttet til vold i nære relasjoner nevnes som eksempel. Tiltak som styrker pasienten skal ikke begrenses av at det må samarbeides på tvers av sektorer, og dette er elementer som må løftes frem i ny plan. Et vesentlig hinder for god samhandling på tvers av tjenestenivåer i dag, er mangel på IKT-verktøy og løsninger som fungerer på tvers. Informasjonsdeling i sanntid er særlig viktig overfor pasienter med sammensatte og komplekse problemstillinger – der felles og samtidige tiltak må være målet.
- Samarbeid om utstyr og løsninger for digital hjemmeoppfølging, i tilfeller der pasienten følges opp av både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste, bør i større grad belyses i ny plan.

- Etablering av nye tjenestemodeller som omfatter både spesialist- og primærhelsetjenesten innebærer opplevde barrierer fordi det kan være usikkerhet knyttet til regelverk og ansvar som ligger på den enkelte tjeneste. Det er behov for tydeligere nasjonale veiledere og grunnstandarder for etablering av tjenester på tvers av spesialist- og kommunehelsetjeneste.
- Fremtidens pasienter vil ha behov for veiledning og ulike former for mestringstiltak. Den medisinske utviklingen vil gi stadig flere mennesker mulighet til å leve videre med eller oppleve å bli friske av alvorlig sykdom. Det er behov for systematisk arbeid med læring og mestring, både på sykehuset og i primærhelsetjenesten, men også i samarbeid på tvers av tjenestenivåer. Det bør i ny plan fokuseres på hvordan samarbeid om læring- og mestringstiltak kan struktureres. I iverksettelse av slikt utviklingsarbeid i tjenestene er det avgjørende at eksterne økonomiske midler tilføres, slik at samarbeid om tiltak og mestringsfokus i pasientbehandling, får en større plass.
- Ivaretagelse av mangfold- og migrasjonsperspektivet handler om både holdninger og kompetanse. Kultursensitivitet er et viktig element her. Det må sikres at informasjon som gis er forstått av den som har mottatt den. Mangfolds- og migrasjonshelse er viktig for bydelene. Som et eksempel har bydel Stovner i underkant av 60 % innbyggere med innvandrerbakgrunn (inkluderer norskfødte med innvandrerbakgrunn). Deler av disse gruppene (Pakistan, Sri Lanka) er som nevnt ovenfor overrepresentert når det gjelder forekomst av diabetes type II og overvekt (Pakistan, Somalia), og mange har D-vitaminmangel. Dette kan handle om både kulturelle forhold og genetikk. Migrasjons- og mangfoldshelse forutsetter at man tar hensyn til kulturelle forhold og betraktninger i behandlingen av den enkelte pasient. Synet på aldring og helse er kulturelt betinget og påvirkes også av andre sosioøkonomiske forhold. Kunnskap om dette er nødvendig for å kunne gi likeverdige helsetilbud.
- Det er behov for tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene. Kommunene organiserer fastlegeordningen. De fleste fastlegene er selvstendig næringsdrivende, og har dermed ikke noen direkte tilknytning til tjenestene i kommune/bydel. Fastlegeordningen er under stort press og arbeidsmengden beskrives av fastlegene som utfordrende. Pasienter skrives også raskere ut fra sykehusene. Disse pasientene trenger ofte tett medisinsk faglig oppfølging i kommunehelsetjenesten, både av fastlege og av øvrige kommunale tjenester. Dette fordrer et tett samarbeid, både mellom fastlegene og tjenestene i kommune/bydel, og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Med vennlig hilsen

Svein Lyngroth
kommunaldirektør

Heidi Engelund
konstituert seksjonssjef

Vedlegg:

Bydel Østensjøs innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan – Administrative høringsinnspill

Innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan

Invitasjon til å gi innspill, Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Invitasjon til å gi innspill, Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Byrådsavdeling for helse, eldre og
innbyggertjenester
Rådhuset
0037 OSLO

Deres ref.:
22/3126 - 3

Vår ref. (saksnr.):
22/81155 - 4

Saksbeh.:
Suban Yusuf Mohamood,

Dato:
02.09.2022

Innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan

Det vises til brev med ønske om innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan. Her følger noen innspill fra bydel Søndre Nordstrand.

Samhandling, desentralisering og brukerperspektiv.

- Samhandlingsreformen har ført til et økt behov for bedre flyt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at kommune- og spesialisthelsetjenesten samarbeider for å finne de beste løsningene for å sikre gode og lett tilgjengelig tjenester for brukere som har størst behov, og brukere som har vanskeligheter med å navigere og nyttiggjøre seg av de ulike helsetjenestene. Bydelen ser at det i større grad er behov for ambulante og arenafleksible løsninger for å sikre sømløse pasientforløp.
- Samhandlingsreformen har medført en oppgavefordeling fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten uten i tilstrekkelig grad å sikre en tilsvarende ressursfordeling. Dette gjenspeiles i en ressursfordeling med fortsatt sterk vekst spesialisthelsetjenesten.
- Fastlegenes oppgave har blitt vesentlig viktig for å sikre god samhandling. Samhandlingsreformen har tillagt fastlegenes en større rolle i ulike pasientforløp uten å styrke ressurstilgangen tilsvarende. Bydelen ønsker på bakgrunn av dette å melde om en økende bekymring vedrørende fastlegesituasjonen og manglende

ressurser allokert til å styrke og sikre en robust og god fastlegetjeneste fremover.

Psykisk helse

- Kommunen har i større grad overtatt ansvaret for pasienter med kroniske psykiatriske lidelser. Det er viktig å etablere gode samhandlingsrutiner med spesialisthelsetjenesten for å sikre at pasienter får ivare tatt sine rettigheter og tilgang til spesialisthelsetjenesten ved behov, og sikre samarbeid og pasientmobilitet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Personell og kompetanse:

- Helsetjenestene i bydelen melder at det er vanskelig å rekruttere tilstrekkelig personell, og personell med riktig fagkompetanse. Dette gjelder særlig personell med høyskole-/universitetsutdanning. Fremtidens utfordringer vil ikke bare kreve en demografisk fordeling av ressurser, men en fordeling av ressurser som vektlegger kjente forskjeller i helseutfordringer og behov knyttet til blant annet sosioøkonomiske forskjeller.

Digitalisering

- Det er behov for felles digitale plattform mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten nasjonalt.
- Kommunen har fagsystemer som ikke er kompatible og baserer seg på gamle og tidkrevende elektroniske løsninger. Dette er en utfordring som kan være til hinder for god samhandling mellom tjenestene internt i kommunen og samhandling med spesialisthelsetjenesten.

Med vennlig hilsen

Anne Stine Garnes

bydelsoverlege

Suban Yusuf Mohamood

ass. bydelsoverlege

Mottakere:

Byrådsavdeling for helse, eldre og
innbyggertjenester

Rådhuset

0037

OSLO

Vår tilnærming til innspillene:

Det bes om innspill på en rekke tema innen helsesektoren. Oslo Origo besvarer denne forespørselen som digitaliseringsetat. Vi har ikke tatt utgangspunkt i spesifikke pasientgrupper eller tjenestetilbud, men snarere i den grunnleggende utfordringen at helseopplysninger er låst til systemet de registreres i, og derfor ikke er tilgjengelige for behandlende helsepersonell med tjenstlig behov. Dette påvirker pasientsikkerheten og effektiviteten i tjenestene, og dermed også tjenestetilbudet i stort.

Hva er de viktigste utfordringene å adressere?

Det er essensielt for pasientsikkerhet og effektivitet i helsetjenestene at vi får vesentlig forbedret samhandling mellom tjenestene og at vi setter pasienten i sentrum for behandling og oppfølging. Det er flere utfordringer som bremser denne utviklingen i dag. Blant dem er at vi ser ut til å veie konfidensialitet og taushetsplikt tyngre enn pasientsikkerheten som ligger i tilgjengelighet på helseopplysninger for behandlende personell (se f.eks <https://tidsskriftet.no/2022/06/kronikk/kunstig-intelligens-i-klinikken-en-industri-uten-ravarer>).

I dag tolkes lovverket separat i hver enkelt virksomhet og innenfor hver enkelt tjeneste, og det betyr i praksis at minste felles multiplum er strengeste fortolkning og dette blir felles norm. Dette er en stor utfordring og et hinder for effektiv utvikling av løsninger som støtter informasjonsutveksling mellom ulike helsetjenester og (helse)virksomheter. Streng tolkning av lovverk gjør oss risikoaverse, og mer risikoaverse enn hva som sannsynligvis er formålstjenlig. Når vi i tillegg ikke sammenligner nyutvikling med status quo, der risiko for informasjonssikkerhets- og personvernbrudd ofte er vesentlig større ved status quo, blir vi sittende med dårligere løsninger enn vi kunne hatt. Det fører også til at ansatte i helsetjenestene bruker uforholdsmessig mye tid på dårlige systemer og samhandling i et allerede sprengt system. Dette er selvsagt uheldig med tanke på utfordringene helsetjenestene står ovenfor hva gjelder å få tilgang til kompetente folk til å levere tjenestene vi har behov for - nå og i fremtiden. Eksempelvis bruker våre dyktige klinikere tid på å sitte i telefonkø for å få opplest journal fra en annen lege på et sykehus eller å løpe opp og ned mellom etasjer for å bruke faks, fysisk arkivere papirer m.v.

I tillegg er det sentralt at utvikling av lover og forskrifter kan gå raskere enn det gjør i dag, når det er behov for det. Vi har sett under pandemihåndteringen at dette er mulig å få til i praksis. FHIs labsvardatabase fikk hjemmel i lov i løpet av få dager. Til sammenligning er det forespeilet mange års arbeid med hjemmelsgrunnlag til NHN for at de kan sitte på kopier av labsvar og sammenstilling av disse, slik at vi får realisert Pasientens prøvesvar (tidligere NILAR). Samtidig har NHN en fungerende testversjon av Pasientens prøvesvar i sitt utviklingsmiljø som våre klinikere roper etter.

Optimalt sett er det ikke nødvendig for NHN å ha egne hjemler for å samle inn eller sammenstille data som skal benyttes til helsehjelpsformål (primærformål). Det burde ikke være nødvendig med lovarbeid for at vår felles nasjonale aktør besitter helseopplysninger som våre klinikere sårt trenger for å levere riktig og effektiv helsehjelp. Her bør vi være vesentlig mer fremoverlente og se helhetlig på hvordan vi får et regelverk som støtter at

NHN har departementet i ryggen og kan levere gode løsninger for helsepersonell på tvers av forvaltningsnivåer og sektorer (for dette gjelder ikke bare helsesektoren, men også i utstrakt grad sosialområdet og kunnskap/oppvekst). Det bør være det tjenstlige behovet som ligger til grunn for hvem som konsumerer opplysningene, og her forventer vi at dette løses gjennom en felles tillitsmodell. Vi forventer en helt annen innstilling fra Helse- og omsorgsdepartementet i fremtiden hva gjelder regelverksutvikling. Det betyr blant annet at vi ikke regulerer tekniske løsninger (slik som Kjernejournal-forskriften er et eksempel på), men at vi regulerer data til primær- og sekundærformål.

Videre er det en utfordring at vi ikke har større grad av standardisering på tvers av systemer for helsesektoren i dag. Dersom vi skal få mulighet til å utveksle strukturerte data i større grad enn vi gjør i dag, stiller dette store krav til standardiseringsarbeidet. Det er en utfordring at dette arbeidet går for sakte, og ser ut til å bli nedprioritert når større prosjekter får stor plass i Direktoratet for e-helse. Her er det også behov for operativt arbeid og å få NHN mer på banen.

Hvilke tiltak er aktuelle?

Det må gjøres et arbeid for å sette lista for hva som er bra nok med tanke på informasjonssikkerhet og personvern, særlig ved deling av helseopplysninger på tvers av virksomheter. Det må også kreves at alle risikovurderinger tar inn over seg risikoen ved å *ikke gjøre noe*. Forbedret samhandling vil kreve at vi i større grad tar utgangspunkt i pasientenes behov og i mindre grad tar utgangspunkt i egen virksomhets behov. Et viktig tiltak er at vi lykkes med felles tillitsmodell og at behovene til pasientene og helsepersonellet selv står i sentrum i utvikling av denne modellen.

Et annet viktig tiltak er digital hjemmeoppfølging og at dette kan skaleres ut og brukes av team på tvers av virksomheter (spesialist, primær, fastlege). Dette vil kreve en helt annen tilnærming til risiko- og sårbarhetsvurderinger, bruk av verktøy på tvers av virksomheter og reell samhandling - både fysisk og digitalt.

Vi må få til en overgang til en pasientsentrisk modell for datalagring og datadeling, som legger til rette for innbyggers styringsrett over egne data, i tråd med forslag til ny EU-forordning (EHDS, <https://europolov.no/rettsakt/forordning-om-europeisk-helsedataomrade/id-28695>). Dette krever en annen tilnærming til vurdering av personvern og GDPR. Det vil være en kulturell endring, der pasienten i større grad eier helseopplysninger og virksomheter i mindre grad er portvoktere for dem.

Fra nasjonalt hold må det tydeliggjøres og konkretiseres at sentral lagring hos NHN er helt greit, så lenge vi realiserer konkrete, kliniske behov som gjør det mer effektivt å behandle pasienter på en god og riktig måte.

Konfidensialitet bør i større grad ivaretas av brukere selv, gjennom sperringsløsningene på Helsenorge. Dette vil kreve at mer helseopplysninger tilgjengeliggjøres for pasienter på Helsenorge og at Helsenorges brukervennlighet blir vesentlig bedre slik at det er enkelt for pasienter å forstå hvordan de kan forholde seg til og begrense tilgangen til egne

helseopplysninger for enkelte helsepersonell, virksomheter, tjenester eller type opplysninger. [Evalueringen av dokumentdeling](#) viser at det er vanskelig å navigere på Helsenorge, at personverninnstillingene oppleves som skjult og at det er vanskelig å forstå konsekvensen av ulike personverninnstillinger. I tillegg mener vi at pasienten selv kan være en meget god kontrollør av hvem som slår opp i dens opplysninger, men dette vil også kreve bedre brukeropplevelse på Helsenorge enn hva man har i dag.

Direktoratet må sette tydelige krav til standardisering, gjerne gjennom en stegvis tilnærming som tar for seg de høyest prioriterte områdene først – knyttet til pågående digitaliseringstiltak i sektoren (Pasientens legemiddelliste bør være meget høyt prioritert her sammen med tiltakene i Program for digital samhandling). Direktoratet for ehelse må ivareta sin rolle som normerende virksomhet. Det betyr blant annet å være ansvarlig for forutsigbar forvaltning av de ulike standardene, gjennom dokumentasjon, versjoneringsløp, organisere fora av interessenter, RFC-løp m.v.

Dokumentasjonen bør inneholde referanseimplementasjon. Direktoratet bør også delegerer ansvar for teknisk forvaltning av standarder til NHN. Det betyr blant annet bevilgninger til support, testmiljø og innføring.

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

Arbeidet med Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP, <https://portal.vkpnorge.no/>) har gjennom flere år vist nytten av å dele data for å knytte nye tjenester som velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging (med deres tilhørende IT-systemer) sammen med det eksisterende tjenestetilbudet. Samtidig har initiativet vært et eksempel på kontinuerlig produktutvikling med hyppige leveranser som gir nytte til helsetjenesten, samt bidratt til å utvikle standarder for datadeling. Vi forventer en økt satsing på videre produktutvikling for VKP fremover, for å kunne understøtte behovet for datadeling på tvers av helsetjenestene for digital hjemmeoppfølging. Vi forventer også at flere initiativ følger i VKPs fotspor hva gjelder standardisering, tett leverandørsamarbeid, hyppige leveranser og det å tenke stort, men starte smått.

Oslo Kommune Byrådsavdeling For Helse Eldre Og
Innbyggertjenester
RÅDHUSET
0037 OSLO

Deres ref.:
22/3126

Vår ref. (saksnr.):
22/2659 - 3

Saksbeh.:
Frøydis Rikenberg,

Dato:
01.09.2022

Invitasjon til å gi innspill, Nasjonal helse- og samhandlingsplan

Sykehjemsetaten takker for muligheten til å gi innspill til regjeringens påbegynte arbeid med Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Sykehjemsetaten ønsker å gi følgende innspill til byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester:

- Det er utfordringer knyttet til informasjonsutveksling i pasientoverganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Utfordringene kan dreie seg om:
 - Utydelig ansvars- og ressursfordeling
 - Manglende kunnskap om tjenestetilbud i kommunen
 - Institusjoner i kommunehelsetjenesten får ikke dekket utgifter til H-resept
 - Manglende standardisering og harmonisering av EPJ-systemer mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
- Midler til forskning og samhandlingsprosjekter som går på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør økes.
- Midler til forskning innenfor kommunehelsetjenesten bør økes.
- Potensiell overvurdering av endringskapasitet er en utfordring i en tid der kommunehelsetjenesten tar imot pasienter fra spesialisthelsetjenesten tidligere og både hjemmeboende og beboere på institusjon har sammensatte sykdomsbilder som krever tett medisinsk behandling og oppfølging. Et samtidig krav til kontinuerlig digitalisering, oppgaveglidning, innføring av nye teknologier, kompetanseheving, omstillinger etc. kan være utfordrende å få til med eksisterende bemanningsnorm, for eksempel i langtidshjem og helsehus.

Med vennlig hilsen

Helge Jagmann
etatsdirektør

Johnny Advocaat
avdelingssjef

Mottakere:

Oslo Kommune Byrådsavdeling For
Helse Eldre Og Innbyggertjenester

RÅDHUSET

0037

OSLO

Tilleggsinnspill til ny helse og samhandlingsplan 2024-2027 fra Helsefelleskap Oslo

Det bes om innspill på:

1. Hva er de viktigste utfordringene å adressere?
 - a. **Forbedret samhandling** mellom tjenestene, med pasienten i sentrum.
 - b. Overgang til en **pasientsentrisk modell for datalagring og datadeling**, som legger til rette for innbyggers styringsrett over egne data, i tråd med forslag til ny EU-forordning (EHDS, <https://europalov.no/rettsakt/forordning-om-europeisk-helsedataomrade/id-28695>).
 - c. Balansen i avveininger mellom pasientsikkerhet og konfidensialitet i spørsmål om å få **tilgang til helseinformasjon**. Lovverket tolkes forskjellig av aktørene – det betyr i praksis at et minste felles multiplum i form av strengeste tolking blir felles norm, og dermed blir en barriere som hindrer økt deling og bruk av helsedata.
 - d. Styrke tidlig innsats for unge innen psykisk helse. Også her er deling av relevant informasjon på tvers av helsetjenestene en del av utfordringen, f.eks. informasjonsflyt fra helsesykepleier via fastlege til BUP (og tilbake igjen, den andre veien).
 - e. Det er viktig at alle innbyggere får like muligheter uavhengig av digital kompetanse – digitale løsninger må ha en alternativ inngang (bl.a. gjennom fullmaktbasert representasjon) slik at også ikke digitale innbyggere får tilgang eller kan få hjelp til å ivareta sine interesser.
 - f. Den **digitale utviklingstakten** i helsesektoren er for lav – det går altfor sakte med ferdigstillelse av viktige tiltak, som for eksempel Pasientens legemiddelliste.
 - g. Akutt-tjenestene i Oslo (kommunal legevakt og akuttmottak på sykehus) brukes av langt flere enn Oslo sine innbyggere, hvordan få tilgang til relevante data på tvers av kommunegrensen? Ref. alle som jobber i Oslo kommune men bor i andre kommuner.
2. Hvilke tiltak er aktuelle?
 - a. **Forbedret samhandling og pasientsentrisk modell for datadeling**: Digital hjemmeoppfølging vil være sentralt element i utviklingen av framtidens helsetjeneste. Det er viktig å få på plass modeller som skaper helhetlige team rundt pasienten, med deltakelse fra ulike helsetjenesteaktører: Spesialisthelsetjeneste, fastlege, kommunale helsetjenester.
 - b. **Forbedret samhandling, pasientsentrisk modell for datadeling og tilgang til helseinformasjon**: Et godt eksempel er behovet for en felles, digital svangerskapsjournal som kobler sammen innbygger, sykehus/fødeavdeling, fastlege og helsestasjon.
 - c. **Pasientsentrisk modell for datadeling, tilgang til helseinformasjon og digital utviklingstakt**: Det er behov for lovendring som tydeliggjør muligheten for å samle pasientdata i nasjonal kontekst, og dermed frigjør innbyggers helsedata fra innlåsing hos enkeltaktører / virksomheter i sektoren.
 - d. **Tilgang til helseinformasjon**: Konfidensialitet kan i stor grad ivaretas selv av pasient gjennom å bruke de fire ulike sperringene i helsenorge.no. Konsekvenser av innbyggers valg her må være tydelig og forståelig, brukervennligheten er per nå ikke god nok.
 - e. **Digital utviklingstakt**: Direktoratet må sette tydelige krav til standardisering, gjerne gjennom en stegvis tilnærming som tar for seg de høyest prioriterte områdene først – knyttet til pågående digitaliseringstiltak i sektoren (Pasientens legemiddelliste, Program for digital samhandling). Direktoratet bør ha ansvar for at det utarbeides referanseimplementasjoner, og sikre et godt samspill med Norsk Helsenett rundt teknisk forvaltning av standardene.

- f. **Digital utviklingstakt:** Den framtidrettede modellen for digitalisering baserer seg på kontinuerlig teambasert produktutvikling, ikke tidsavgrensede prosjekter med usikker og varierende finansiering. Dagens finansieringsmodell for e-helse gjør det utfordrende å få til en mer forutsigbar og helhetlig digital utvikling som vil være enklere for aktører i sektoren å forholde seg til og støtte opp om. Et aktuelt tiltak er å sikre økt grunnfinansiering av Norsk Helsenett som nasjonal tjenesteleverandør, knyttet til en portefølje av prioriterte produkter som utgjør grunnsteiner i det nasjonale e-helselandskapet. Prosjektmidler kan benyttes til innovasjon og utforskning av nye muligheter, som i noen tilfeller kan bli til nye varige e-helseprodukter.
3. Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?
- a. **Forbedret samhandling, tilgang til helseinformasjon og digital utviklingstakt:** Arbeidet med Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP, <https://portal.vkpnorge.no/>) har gjennom flere år vist nytten av å dele data for å knytte nye tjenester som velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging (med deres tilhørende IT-systemer) sammen med det eksisterende tjenestetilbudet. Samtidig har initiativet vært et eksempel på kontinuerlig produktutvikling med hyppige leveranser som gir nytte til helsetjenesten, samt bidratt til å utvikle standarder for datadeling. Vi forventer en økt satsing på videre produktutvikling for VKP framover, for å kunne understøtte behovet for datadeling på tvers av helsetjenestene for digital hjemmeoppfølging.

31.8.2022

Byrådsavdeling for helse, eldre og
innbyggertjenester
Rådhuset
0037 OSLO

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):
22/81065 - 3

Saksbeh.:
Kjersti Strømnes Lindegård,

Dato:
01.09.2022

Bydel Østensjøs innspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan – Administrative høringsinnspill

Det vises til brev fra Byrådsavdeling for helse, eldre og innbyggertjenester datert 18.08.2022 der det bes om høringsinnspill til nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Bydelen erfarer at samhandlingen i helseforetakene involverer kommunene i for liten grad når det gjelder samarbeidsområder i pasientforløpet og arbeidsdelingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dersom samhandling med kommunene skal skje innen rammen av helseforetakene, så må kommunene få en tydeligere rolle for å sikre et sammenhengende pasientforløp og for å nå målet om å skape samordnede og koordinerte tjenester mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Generelt ønsker bydelen å fremheve at, etter samhandlingsreformen, har primærhelsetjenesten fått overført oppgaver og ansvar for pasienter med komplekse og sammensatte helseutfordringer. I forlengelsen av dette har det særlig vært en utfordring å sikre rett kompetanse og ressurser i tjenesten.

Samordning av somatisk og psykisk helse til et helhetlig behandlingstilbud og sømløse pasientforløp krever at det sikres gode overganger mellom ulike avdelinger i sykehuset og god informasjonsflyt, samt pasientmedvirkning. Bydelen ser at det i dag er mangel på døgnplasser innen psykisk helse for personer med alvorlige psykiske lidelser. Bydelen erfarer at enkelte pasienter, de som er en fare for seg selv og spesielt de som utgjør en fare for andre, trenger andre rammer enn det kommunene er i stand til å gi ut fra dagens lovverk. Antall døgnplasser bør øke slik at de som har behov for skjerming og behandling kan ivaretas på best mulig måte. Behovet for samordnede, koordinerte tjenester og sikre tilstrekkelig kapasitet i

spesialisthelsetjenesten, blant annet døgnbehandling er et viktig tema som bør omhandles i meldingen.

Videre opplever tjenestene i bydelen at spesialisthelsetjenesten tar rollen som premissleverandør i de kompliserte sakene og at det er mindre rom for samhandling nå sammenlignet med tidligere. Det kan være at innføring av pakkeforløp har ført til større sirkulasjon og kortere behandlingstid innen psykisk helse. Det er i dag større trykk på bydelene om å overta oppfølgingen, både fra døgnavdelinger og fra poliklinikk, før pasientene er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Utviklingen med høy sirkulasjon av pasienter i spesialisthelsetjenesten gjør seg også gjeldende for somatikken. Bydelen opplever at pasienter ved somatiske avdelinger skrives fortere ut av sykehuset. Dette kan være en av årsaken til mange reinnleggelser ved sykehusene.

Digitalisering og ny teknologi bidrar til nye arbeidsformer og muliggjør behandling utenfor sykehuset og i pasientens eget hjem. Med digitalisering og ny teknologi vil behandling i hjemmet påvirke kommunehelsetjenestens ansvar og oppgaveportefølje. Oppfølgingsansvar og håndtering av akutsituasjoner vil raskt kunne overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Fastlegetjenesten er allerede en presset tjeneste og har ikke kapasitet til å fungere som en forlenget arm av spesialisthelsetjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er også en presset tjeneste og er ikke rustet til å håndtere oppgaveoverføringer fra spesialisthelsetjenesten med dagens ressursituasjon. Det er derfor nødvendig at kommunene er med som en likeverdig part fra drøftingsstadiet og dermed reell mulighet for medvirkning via helsefellesskapene.

Departementet ønsker også innspill til pågående arbeid, eller gode eksempler som kan benyttes inn i arbeidet med meldingen. Her ønsker bydelen å trekke fram mulighetene digitalisering gir for å endre arbeids- og samhandlingsformer. Bydel Østensjø har god erfaring med bruk av verktøyet Join til gjennomføring av digitale nettverksmøter med pasienter, pårørende og sykehuset. Videre har PLO meldinger forenklet kommunikasjonen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Bydel Østensjø har et eget team i hjemmetjenesten som arbeider med alvorlig syke pasienter. Bydelen erfarer at samhandlingen mellom team alvorlig syke og spesialisthelsetjenesten fungerer svært godt.

Bydelen imøteser stortingsmelding «nasjonal helse- og samhandlingsplan».

Med vennlig hilsen

Lars Henrik Bøhler
bydelsdirektør

Rannveig Renolen
avdelingsdirektør

Mottakere:

Byrådsavdeling for helse, eldre og
innbyggertjenester

Rådhuset

0037

OSLO