

Innspill til høringsvar på rapporten “Tiltak for bærekraft i Helse Nord”. Fra ressursgruppe 6 Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten.

I Helse Nord har i styresak 26-2024 bedt administrerende direktør legge til rette for at det i høringen vurderes:

*«a. De foreslåtte tiltakene innen psykisk helsevern, rehabilitering og private tjenester og **samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten**.*

b. Andre forslag til tiltak i funksjons- og oppgavedeling ut over de som er foreslått i saken.»

Ressursgruppen har gjort følgende vurderinger

1. Helgelandssykehuset anbefaler mer konkrete, kortsiktige tiltak innenfor samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten.
2. Helgelandssykehuset anbefaler Helse Nord å synliggjøre reelle kostnader for overliggende døgn i kommunale senger og i spesialisthelsetjenestens senger. En differensiering av disse tallene kan også brukes til å bevisstgjøre personell om kostnadene ved å benytte mindre effektive omsorgsnivåer.
3. Det finnes allerede utprøvde løsninger som med fordel kan implementeres i sykehusene.
4. Helgelandssykehuset anbefaler en tydeligere ansvarsfordeling for innovasjon av samhandlingen, inkludert en avklaring om støttefunksjon fra det regionale helseforetaket.
5. Helgelandssykehuset etterlyser mer fokus på kompetansedeling, utover deling av årsverk.
6. Sykehusene kan være et koordinerende ledd i interkommunale samarbeider og funksjonen bør vurderes i fremtidig strategisk arbeid.
7. Et tettere og mer forpliktende samarbeid mellom sykehus og kommuner i forhold til pasient- og pårørendeopplæring bør vurderes.
8. Nye tiltak for bedring av samhandling bør følge et prinsipp om ikke å belaste personell i primær- eller spesialisthelsetjenesten med ytterligere arbeidsoppgaver.
9. Helgelandssykehuset anbefaler som konkret tiltak at utvalgte tjenesteforløp gjennomgås for å identifisere fordyrende faktorer og stasjoner for pasient- og pårørendeopplæring.
10. Helgelandssykehuset anbefaler som konkret tiltak at utvalgte tjenesteforløp innen pasient- og pårørendeopplæring (PPO) gjennomgås for å identifisere faktorer som stimulerer til gode kvalitetssikrede pasientforløp på tvers av fag, nivå og etat, med formål om bedre og mer effektiv pasient- og pårørendeopplæring.

Arbeidsgruppe 5 har foreslått fire utviklingsområder for samordning av tjenestene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Slik de leses, er modellene som er foreslått avhengig av gode fungerende samarbeider mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. Flere av de foreslåtte modellene vil sannsynligvis også være avhengige av politiske vedtak, som vil gi et lengre tidsperspektiv på å få slike løsninger i drift.

I vedtaksteksten bes sykehus og kommuner om å levere forslag på prosjekter som prøver slike samarbeidsformer. Ved Helgelandssykehuset er det flere prosjekter allerede pågående som kan falle under disse utviklingsområdene, men prosjektene støter på mange av de samme problemstillingene, som alle vanskeliggjør progresjon og en eventuell implementering i vanlig drift. Små, perifere

kommuner med små befolkningstall kan ha vansker med å anskaffe kompetansen som er nødvendig for å gjennomføre en vellykket implementering av nye tjenestemodeller, og Helgelandssykehuset etterlyser fokus på å kunne dele også slik kompetanse med kommunene.

Allerede fungerende løsninger

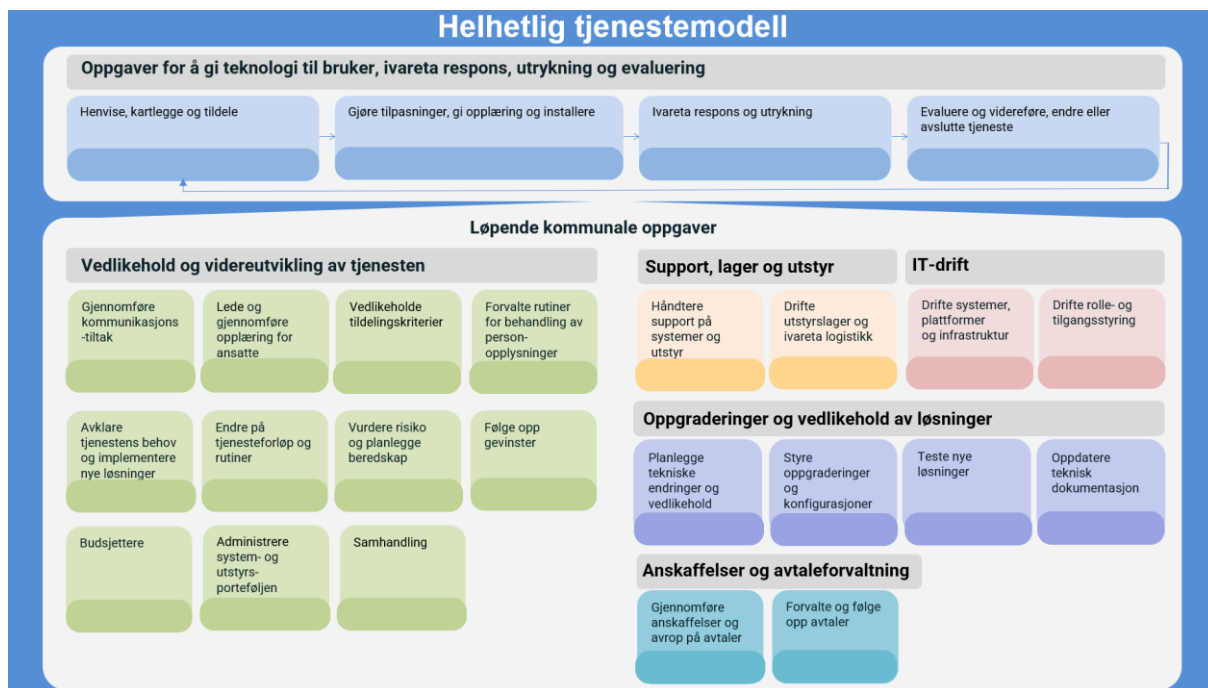
Helgelandssykehuset etterlyser støtte til implementering og utprøving av tiltak som nevnt i høringsnotatet. Flere av de foreslåtte modellene vil kunne være avhengige av avtaler om finansiering, drift og deling av datasystemer samt. Omfattende endringer i tjenesteforløpene. Helgelandssykehuset etterlyser en redegjørelse for hvor ansvaret for utarbeidelse av disse tjenestemodellene skal ligge. Dersom disse er tenkt brukt i flere områder i helseregionen, virker det å være mest tjenlig at dette ansvaret ligger hos det regionale helseforetaket for å unngå en større variasjon i tilbudet. Helgelandssykehuset har samarbeidsavtaler med 17 kommuner, og ikke alle kommunene vil kunne mobilisere den nødvendige kompetansen for å lage gjensidige, gode avtaler.

Mindre, mer kortsiktige tiltak

Som tidligere benevnt, så krever de foreslåtte utviklingsområdene prosjekter før en kan starte nye former for drift. Helgelandssykehuset ber om at også mindre tiltak kan konkretiseres, hvor det tas utgangspunkt i allerede fungerende løsninger som har vist seg å være effektive i samhandlingen mellom kommuner og sykehus, som ikke nødvendigvis ser på nye former for integrasjon av tjenestene.

Lokale initiativer på Helgeland har vist at målrettet arbeid kan medføre en betydelig reduksjon i utskrivningsklare døgn. Rana kommune har etablert et innsatsteam som stedlig vurderer pasientene på sykehuset under en innleggelse. Gjennom en god funksjonskartlegging har man sett en betydelig reduksjon i utskrivningsklare døgn ved at flere kan få oppfølging i hjemmet ved at teamet kartlegger hvilke ytterligere behov som har oppstått i forbindelse med innleggelsen. I Rana kommune har det blitt en drastisk nedgang i utskrivningsklare døgn etter innførselen av innsatsteamet, fra 49,5 per 1000 innbyggere i 2021 til 20,4 per 1000 innbyggere i 2022. Kommunenes gevinst er kjent, men for å vurdere hvor store ressurser som kan tildeles slike tiltak, er det fordelaktig å fremstille hvilke utgifter sykehuset har for utskrivningsklare døgn.

Spesialisthelsetjenesten er avhengig av god samhandling for å etablere og drifte gode samarbeidsprosjekter med kommunene. Små kommuner vil ha et annet utgangspunkt når det gjelder å mobilisere kompetanse for implementering og drift av nye teknologiske løsninger. Det kan tenkes at spesialisthelsetjenesten kan tilby deling av slik kompetanse med kommunene for å få tatt i bruk nye løsninger, i samarbeid med de eksisterende kommunale initiativene.



Figur 1: KS' helhetlige tjenestemodell og oversikt over roller og kompetanse som må dekkes for å gi teknologi til bruker, ivareta respons, utrykning og evaluering.

Sykehusene er også bedt om å foreslå tiltak innenfor samordning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som kan ha gevinster. Helgelandssykehuset foreslår at det også vurderes kortsiktige tiltak som kan gi gevinster. Dersom formålet primært er å øke den samlede bærekraften synes det nødvendig med en mer spisset prioritering enn de fem prioriterte pasientgruppene og analysere hvilke pasientforløp hvor en nærmere gjennomgang og en bedre samhandling kan gi ytterligere økonomiske besparelser.

Eksempler på kortsiktige tiltak som kan ha gevinster:

- Rammeverk for implementering av allerede utprøvde fjernkommunikasjonsløsninger i samarbeid med desentrale kommuner.
- Regional støtte for utvikling av fjernkommunikasjonsløsninger.
- Tydeligere, konkrete prioriteringer for utviklingsarbeid ifht. samhandling med kommunene.
- Sykehusene kan støtte vertskommuner og mer desentrale kommuner med å etablere innsatsteam eller andre metoder for funksjonsvurdering, som kan bidra til en lettere etterlevelse til BEON-prinsippet i kommunene og dermed redusere overliggende døgn og en bedre utnyttelse av kapasiteten i kommunene.
- I samarbeid komme til enighet om felles funksjonsvurderingsverktøy.
- Sikre at alle sykehusenheter har mulighet for videokonferanser ifht. utskrivning og oppfølging av pasienter.
- Kjentgjøring av allerede utførte tiltak som; dialogmeldinger, deling av dokumenter i kjernejournal og videokonsultasjoner.
- Sikre egnede kurslokaler med gode videoløsninger og egnet møblering som stimulerer til deling av kompetanse i grupper og til ekstern veiledning via video.
- Tilby desentraliserte diagnoseavhengige og diagnoseuavhengige pasient- og pårørende kurs i et samarbeid mellom kommunene og sykehuset

Styrking av kompetanse i kommunene

Deling av kompetanse kan synes viktig for å kunne tilby spesialiserte tjenester i kommunene. Vi har i dag ikke en fungerende løsning for deling av kompetansehevede e-læringskurs ved Helgelandssykehuset.

Sykehuset har erfaring med deling av personell innenfor jordmortjenester og diabetesomsorg, men løsninger for å styrke kompetanse i kommunene er i stor grad manglende, foruten frikjøp av personell for stedlig undervisning, eller deling av årsverk. Det er en økonomisk og helsemessig fordel at pasienten kan få sin behandling så nært hjemmet som mulig, men for at pasienter skal kunne få transfusjoner, infusjoner og andre behandlinger, kreves det oppdaterte, faglige kunnskaper som spesialisthelsetjenesten utvikler. For å kunne dele disse, synes det fordelaktig at det vurderes bedre systemer for en slik deling av kompetanse, og Helgelandssykehuset etterlyser et større fokus på kompetanseoverførende tiltak i den helhetlige planen. Med fordel kunne det blitt sett på å utarbeide felles kompetanseplaner mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Sykehusenes rolle i interkommunale samarbeid

Helgeland er en region med mange små kommuner. Tette samarbeider med enkelte, små kommuner kan være utfordrende, og det kan være noe gevinst i å oppfordre til interkommunale samarbeider for å sikre mer helhetlige og likeverdige tjenester. Erfaringer fra Helgeland har vist at sykehuset kan være en driver for innovasjon innenfor pasient- og pårørendeopplæring, samhandling og øvrig interkommunalt samarbeid.

Investering i bedre samhandling

Helgelandssykehuset har forsøkt å implementere sjekklister ifht. utskrivelse, men det oppleves utfordrende å jobbe med omfattende kvalitetshevede tiltak når disse tiltakene krever mer tidsbruk på sengepostene. Det bør vurderes i hvilken grad utvikling og implementering av eventuelle tiltak vil ha innvirkning på driften og et allerede høyt arbeidspress. På et generelt grunnlag, kan det være tjenlig å følge et prinsipp om at tiltak ikke skal øke arbeidstrykket på personellet.

Erfaringer viser gjentagende praktiske problemer

Helgelandssykehuset har erfaring med samhandlingsprosjekter som har sett på bruk av ny teknologi i undersøkelser og behandling. Enkelte problemstillinger oppstår gjentagende, og utfordringene omhandler i stor grad uforlikelige IKT-løsninger, juridiske avklaringer, ansvarsforhold og finansiering. Erfaringene viser at intern samhandling om avanserte tekniske undersøkelser (videooverføring, bruk av AR mm.) ofte lettere kan løses internt mellom sykehusets lokasjoner, men at det er betydelige sjikt som oppstår når slik teknologi skal brukes på tvers av nivåer. Arbeidsflyten på tvers av systemene kan være svært utfordrende å organisere, kvaliteten på utstyret kan være varierende, og bruk av teknologiske verktøy krever en egen kompetanse for å kunne brukes til diagnostikk.

Uklart ansvar medfører ofte uenighet

Det medisinske ansvaret blir i teorien todelt, men en juridisk avklaring synes nødvendig for å plassere hvilken behandler som står ansvarlig for en behandling på tvers av nivåer. Ved bruk av tjenestemodeller hvor pasienten undersøkes av generalist under veiledning av en spesialist via bruk av teknologiske løsninger, vil det være en forutsetning at det avklares hvem som står medisinsk ansvarlig for behandlingen og oppfølgingen.

Finansiering i de ulike modellene

Finansiering har ofte blitt diskutert i samhandlingsprosjekter på Helgeland. Uenighetene oppstår når et teknisk utstyr, eller en tjeneste, skal utføres i kommunehelsetjenesten, men ISF-refusjonen mottas av spesialisthelsetjenesten. I ytterste konsekvens, må de pasientnære tjenestene rekruttere mer personell for at utstyret skal kunne betjenes, noe som gir et høyere ressursbehov i kommunehelsetjenestene. I prosjekter med ekstraordinær finansiering, vil dette la seg løse gjennom prosjektmidler, men en plan for overføring av prosjekter til drift kan synes nødvendig.