
Innspel til ny Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027

Alle kommunar og helseføretak i landet er invitert til å koma med innspel til ny Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027. Helse- og omsorgsdepartementet oppmodar og inviterer særskilt helsefellesskapa til å koma med innspel til planen.

I Helse Bergen føretaksområde er ikkje helsefellesskapsmodellen vedteke, men gjeldande samhandlingsstruktur er nytta og kommunane og sjukehusa i føretaksområdet har samla seg om denne felles uttalen. I Helse Bergen føretaksområde har me hatt følgjande prosess:

- Kommunane i dei 4 samarbeidsutvala samt HDS og HB har kome med sine innspel på spørsmåla som er stilt i invitasjonen.
- Samhandlingssekretariatet (SSE) har på bakgrunn av innspela samanfatta og laga utkast til fellesskapet sine innspel til Nasjonal helse- og sykehusplan 2024 – 2027.
- Forslag til innspel er handsama i dei 4 samarbeidsutvala (8. – 11.mars)
- Innspel frå dei 4 samarbeidsutvala vert innarbeida i utkastet før arbeidsgruppa for helsefellesskapet godkjenner endeleg innspelsnotat.

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

I Helse Bergen føretaksområde er det lange og gode tradisjonar for samhandling mellom sjukehus og kommunar. Me har eit felles grunnlagsdokument og utarbeider årleg ein felles handlingsplan. Fungerande samhandlingsstruktur har over tid sørget for kontinuitet og aukande grad av tillit mellom partane. Strukturen sikrar gode og regelmessige kontaktpunkt som bidreg til at menneske møtes og får kjennskap til kvarandre, til ulike perspektiv, situasjonar, erfaringar og «verkelegheiter».

Her følgjer erfaringar og innspel:

Vårt mål er å ta vare på det vi har erfart fungera og vidareutvikle det, samtidig som vi justerer og endrar struktur og samarbeidsformer etter intensjonar og mål for etablering av helsefellesskap. Innspela frå kommunar og spesialisthelseteneste er prega av at vi no står midt i prosessen med å etablere vår helsefellesskapsmodell. Vi har hatt grundige prosessar og ser at samarbeidet har vorte betre både kommunane i mellom og mellom kommunar og sjukehus.

Under følger nokre av dei mest sentrale tilbakemeldingane kommunar og sjukehus har formulert:

- Nokre kommunar har undervegs i prosessen vore skeptiske til å la seg representere, andre ikkje. Vi trur at arbeidet i pandemikoordineringsgruppa i føretaksområdet har vert eit døme på nyttig og nødvendig samarbeid der me har fått til legitime og effektive avgjersler og framstått som koordinerte.
- Ulikt lovverk, ulike styringslinjer og finansieringssystem utfordrar samarbeidet og kan blant anna føre til at samarbeidet til tider ber meir preg av orienteringar enn avgjersler.
- Tilbakemeldingar frå kommunar og sjukehus er at grad av opplevd likeverd i samarbeidet er noko ulikt fordelt. Det kan vere krevjande å, utifrå oppgåve og ansvarsområda til kommunar

og spesialisthelsetenesta, einast om kva oppgåver helsefellesskapet skal prioritere oppgåver og løysingar som ligg i «gråsona» kan lettare nedprioriterast.

- Vedr. Etablering av felles prosjekt: I Helse Bergen sitt føretaksområde har vi gjennom å i fellesskap identifisere innsatsområde, mål og tiltak, opplevd i at vi har lykkas med å utvikla prosessar for konkrete utviklings- og forbetningsarbeid. Vi har derimot få erfaringar med større samhandlingsprosjekt initiert og drifta av fellesskapet. Dei erfaringar vi har er at det av ulike årsaker er krevjande å få til.
- Kommunar og sjukehus har over år etterspurd digitale løysingar for melding av avvik og uønska hendingar mellom nivåa. Ulike tiltak/ordningar som skal bidra til løysing på krevjande enkeltsaker er og tematikk som med jamne mellomrom vert drøfta, men som vi foreløpig ikkje har funne gode nok svar på.
- Samhandlingssekretariatet slik det er organisert i dag med representasjon frå både sjukehusa og kommunane er ein viktig ressurs. Det er eit ønskje om å behalda og styrka denne funksjonen når ein går inn i helsefellesskapet.

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

Nokre av poenga i svaret over gjeld også under spørsmål 2.

I tillegg melder kommunar og sjukehus følgande:

- Ei fastlegeordning i krise og mangel på fastlegar er utfordrande. Samtidig peikar sentrale myndigheiter på fastlegen som ein aktør som skal ha ei nøkkelrolle i samordning og koordinering. Dette vert opplevd som eit paradoks.
- Fastlegars manglande tilkopling og samarbeid med andre aktørar innan helse-, sosial- og omsorgsvesenet gjer samordning og koordinering krevjande.
- Det er behov for finansieringssystem som stimulerer til samhandling.
- Partane kan til tider oppleve utfordringsbildet ulikt, dette kan gjera det vanskelegare å einast om mål. Viktige målsettingar kan og gå på tvers av styrings- og finansieringsmekanisar.
- Fellesskapet manglar system for felles planlegging og dimensjonering av tenester og kapasitet.
- Kommunar og sjukehus bør i større grad kjenna til kvarandre sine tenester. Me har utvikla gode generiske samarbeidsmodellar, men strever ofte med å finna gode løysingar til dei få som trengjer det mest. Dette gjelder både på tvers av forvaltningsnivå, og internt i kommunar og sjukehus. Det er behov for meir samhandling og heilskapstenking i pasientnære tenester.

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

- Desentralisering av polikliniske tenester og helsetenester nærmare der pasienten bur, m.a. redusert reiseveg vil vere gunstig for fleire brukargrupper.
- Nettverk for barn som pårørande mellom sjukehus og kommunane har jobba godt med å få til betre samhandling på tvers av tenestenivåa for barn som er pårørande til ein sjuk forelder/føresett

- Psykisk helse og rus:
 - Godt samarbeid mellom BUP Fana og Austevoll kommune med tanke på barn og unge si psykiske helse. Samarbeidet har vart i ti år og kan vera ein mal for liknande type samarbeid.
 - «Øyanemodellen» tar utgangspunkt i Helsefelleskap som ein ny modell for korleis kommune, sjukehus og NAV kan møta brukarar med utfordringar knytt til psykisk sjukdom.
- Skrøpelege eldre: PLL (pasientens legemiddelliste) er eit viktig pasienttryggleiksstiltak, og spesielt viktig for skrøpelege eldre.

4. *Hvordan kan nasjonale myndigheter (departement, direktorater) støtte helsefelleskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilke justeringer i nasjonale virkemidler (faglige råd, regulering, styringsinformasjon, finansieringsordninger) vil bidra til å realisere målene? Hvilken støtte fra Helsedirektoratet og andre etater har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?*

- Lowverket må støtte samhandling
- Styrka fastlegeordninga
- Det er viktig å fortsetja arbeidet med nasjonale IKT løysingar og digitalisering for å skapa gode overgangar.
 - I samhandlingsarbeidet har me erfart at digitale prosjekter kan vera til hinder for konkrete forbetnings-tiltak og at det er behov for andre strategiar i påvente av digitale løysingar
- Viktig at når forventningar vert skapt frå nasjonalt hald så må tenestene og aktørane bli gitt tid og ressursar til å integrera det nye.
- Sikra finansiering, likare finansieringsordningar og forløpsfinansiering.
 - Auka kommunal innsats må finansierast. Kommunane tek stadig oftare over fleire komplekse oppgåver.
 - Det må vera gode tydelege økonomiske insentiv for å få til dei beste pasientforløpa. Det bør vera rom for tenester på tvers av partane og som går inn i «gråsonene».
 - Finansiering som støtter opp under samhandling
 - ulike prinsipp for finansiering av tenester gjer samhandlinga rundt dei enkelte pasientane vanskelegare, særleg ved inn- og utskrivning frå sjukehus.
- Nasjonale og regionale kompetansesenter og kunnskapsmiljø må kontinuerleg bli utfordra på kopling mot aktørane i Helsefelleskapet. Forskningsrådet har fleire strategiar og prosessar som dekker prioriterte tema i Helsefelleskapa, og der samansetninga av Helsefelleskapa difor kan utgjere eit relevant organ for vurdering av nytte og prioritering av kunnskapsbehov.
- Det må leggjast til rette for auka utdanningskapasitet innan ulike helsefaglege yrkesval.
- Nasjonale myndigheiter kan ta ei tydelegare rolle i aktiv deling av gode døme og modellar

5. *Hvordan kan regionale aktører (KS, regionale helseforetak, statsforvalteren) støtte helsefelleskapene i arbeidet med å nå sine mål? Hvilken støtte har vært spesielt nyttig så langt? Hvilken støtte savner dere?*

- Lytta ut helsefelleskapa og ta utfordringar vidare til sentrale myndigheiter
- Igangsetting av prosjekter frå regionale aktørar krev at desse er fleksible nok til å endra retning/justera seg undervegs når det er naudsynt.
- Det er eit ønskje at statsforvaltaren si rolle understøtter samhandling, og i større grad «samlar» alle aktuelle partar.

- Det er ønskje om støtte frå regionale aktørar, men me erfarer at dette ofte kunne vore meir koordinert:
 - Støtte og tilbod om deltaking i prosjekt og satsingar kjem frå mange ulike hald. Me opplever at dette ikkje alltid er samkøyrte
- Felles utdanningsprogram for helseleiing har vore nyttig

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

- Det trengs løysingar og tiltak i høve fastlegekrisa
- Måla me sett oss for samhandling må vera å skapa samanhengande tenester som er pasientnære og tenestenære.
- Tydelege økonomiske insentiv for å få til dei beste pasientforløpa, som fører til betre tenester til pasient/brukar.
- Desentraliserte spesialisthelsetenestetilbod og private avtalespesialistar lokalisert utanfor dei store byane er viktig for dei som har lang avstand til sjukehusa:
 - Innbyggjarane får eit betre helsetilbod/ spesialisthelsetenesta nærmare der dei bur,
 - «Grøn helse»: mindre transport av pasientar, redusere kostnader og miljøavtrykk,
 - Redusere belastninga for pasient og pårørande med lang reiseveg (mindre fråvær frå arbeid for pårørande som ofte må følgja pasientar til behandling).
- Kommunane er bekymra for ei utvikling som medfører færre døgnplassar i spesialisthelsetenesta. Sengekapasitet må sjåast i samheng med auke i den eldre delen av befolkninga.
- Ei aldrande befolkning og fleire pasientar med samansette lidingar(multisjuka) vil føre til eit press på helsetenesta som berre kan løysast i fellesskap. Det må etablerast naudsynte rammer som støttar opp om samarbeid og samhandling som sikrar pasientane nødvendig diagnostikk, behandling og gode overgangar mellom sjukehus og kommunehelsetenesta.
- Utdringar med manglande sengeplassar for personar med alvorleg psykisk lidingar/psykoselidingar og behov for tvangsbehandling må takast på alvor.