

Delrapport 5

«Tid for samordning»

- Rapport fra arbeidsgruppe 5

14. november 2023



Innhold

Ordliste/definisjon av begreper	3
Sammendrag	5
Innledning.....	6
Bakgrunn	6
Arbeidsprosess og medvirkning	7
Arbeidsgruppens fortolkning av mandatet	8
Utviklingstrekk og utfordringsbilde	10
Utviklingstrekk - overordnet	10
Utfordringsbildet i Nord-Norge – de fire prioriterte pasientgruppene.....	11
Tilgang på personell	13
Utfordringsbildet – sett fra brukerperspektivet.....	15
Digital samhandling og teknologisk utvikling.....	16
Kunstig intelligens	20
Grad av integrering av tjenester - trappetrinnsmodell	21
1. Avklart ansvars- og oppgavedeling. God informasjonsutveksling.....	21
2. Utvidet veilednings- og beslutningsstøtte mellom tjenestenivå.....	21
3. Kjøp av tjenester hos hverandre og delte stillinger	22
4. Felles tjenestemodeller/forpliktende spleiselag	22
5. Fullt integrerte tjenester innenfor ett fagområde	22
6. Full integrering/ett tjenestenivå	22
Dagens situasjon.....	23
Tjenestemodeller med høy grad av samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om pasienttilbud	23
Desentraliserte helsetjenester	23
Pasientsentrerte helsetjenesteteam (PSHT)	24
FACT/FACT-ung/D-FACT	26
Sykestuene i Finnmark	28
KAD/ØHD	29
Fastlegens rolle.....	32
Utskrivningsklare pasienter.....	32
Formelle samarbeidsstrukturer.....	33
Tjenesteavtaler	33
Finansiering av samhandling	33
Helsefellesskapene	34
Samhandlingslegeordningen	35

Arbeidsgruppens anbefalinger	35
Begrunnelse.....	35
Modeller for samordning av tjenester	37
A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse	37
B: Fleksibel bruk av senger i døgneheter på tvers av tjenester	40
C. Kommunale døgneheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten.....	43
D: Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy.....	46
1. Økt bruk av teammodeller basert på tilgjengelig teknologi (modell a)	46
2. Økt bruk av team med hjelp av framtidens teknologi og digitale løsninger (modell b)	49
Felles satsningsområder	52
1. Teknologi og digital samordning	52
2. Utdanne, beholde og rekruttere personell	53
3. Økt helsekompetanse i befolkningen, inkludert samordning av læring- og mestringstiltak	54
Konklusjon	55
Eksempler, figurer og tabeller	57
Figur/tabelliste	57
Referanseliste.....	58
Vedlegg.....	61
Vedlegg 1. Anførsel til rapporten fra medlemmer i arbeidsgruppen.....	61
Vedlegg 2. Arbeidsgruppe 5 – Møter høsten 2023	62
Vedlegg 3. Utdypende om sykestuene i Finnmark.....	63
Vedlegg 4. Prehospitale tjenester og pasientreiser	64
Vedlegg 5 Beskrivelse av Helsefellesskapene i Nord-Norge	68
Helsefellesskap Helgeland.....	68
Helsefellesskap Lofoten, Vesterålen og Salten	69
Helsefellesskap Ofoten og Troms.....	69
Helsefellesskap Finnmark.....	70

Ordliste/definisjon av begreper

Samordning

Samordning forstås i dette arbeidet som et formelt og avtafefestet samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om pasientrettede tilbud og tjenester der tjenestene tilpasses opp mot hverandre.

Likeverdighet

Helseforetakenes formål er etter helseforetakslovens § 1 å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning. Begrepet likeverdighet er ikke entydig definert i lovverket. Det er en vanlig forståelse at likeverdige tjenester er av god kvalitet og tilpasset den enkelte, med mål om resultatlikhet ved samme sykdomsbilde.

Bærekraft

FN har definert bærekraftig utvikling som en utvikling som dekker befolkningens behov i samtiden, uten å redusere mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov. Det er ikke entydig definert hva dette betyr i helsetjenesten. Begrepet brukes ofte i helsesektoren om det å tilrettelegge tjenestene slik at vi kan ta i bruk ny avansert behandling og kunnskapsbasert praksis i både primær- og spesialisthelsetjenesten innenfor de økonomiske rammene som er gitt, og sikre at vi har tilgjengelig bemanning og kompetanse i dag og i fremtiden. Et viktig mål i arbeidet er at ny funksjons- og oppgavedeling skal gi en bærekraftig økonomi. Økonomisk bærekraft er definert slik: "Økonomisk bærekraft handler om å bruke ressursene på en slik måte at dagens økonomiske utvikling ikke går på bekostning av fremtidig økonomisk utvikling."

Tilgjengelighet

Et av spesialisthelsetjenestens formål er å bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene. Tilgjengelighet for pasienten innebærer en øvre grense for geografisk avstand og ventetid. God tilgjengelighet innebærer også tilstrekkelig tilgang til kunnskapsbasert og effektiv utredning/behandling. Med avstand menes reisetid til behandlingssted, som typisk ikke bør være for lang for tilbud som skal benyttes ofte, men som kan være lengre unna for tjenester som benyttes sjeldnere. Ventetid gir uttrykk for om tjenesten faktisk er tilgjengelig innenfor frister som er satt i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere, for eksempel har flere allmennpsykiatriske poliklinikker (Tromsø, Bodø, Harstad og Stokmarknes) i nåsituasjonen svært lange ventetider og fristbrudd.

Kvalitet

For helse- og omsorgstjenestene innebærer god kvalitet at tjenestene:[\(7\)](#)

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Helsefellesskap

En samhandlingsarena hvor representanter fra helseforetak og tilhørende kommuner i et gitt område møtes for å planlegge og utvikle helsetjenestene sammen. Fastleger og brukerrepresentanter for pasienter/pårørende inviteres også som representanter i helsefellesskapene.

Tjenesteavtaler

Tjenesteavtalene skal gi mer detaljerte bestemmelser om områder det skal samhandles om på tvers av tjenestene, for eksempel samhandling når ansvaret for en pasient flyttes mellom spesialisthelsetjeneste (sykehus) og primærhelsetjeneste (kommune). Avtalene beskriver blant annet ansvar- og rollefordeling og partenes informasjons- og veiledningsansvar [\(34\)](#).

PSHT

Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) er et tverrfaglig team som jobber for å styrke helsetjenesten til pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer gjennom god samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

FACT/ACT

FACT/ACT-team er en samhandlingsmodell mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Dette er modeller utviklet for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk og eventuell samtidig voldsproblematikk.

BEON

Beste effektive omsorgsnivå (BEON) betyr rett pasient på rett sted til rett undersøkelse/behandling til rett tid.

KAD/ØHD

Sengeplasser kalt "Kommunale akutte døgnenheter" eller "Øyeblikkelig hjelp døgnopphold". Hensikten med KAD/ØHD er blant annet å unngå innleggelse i sykehus når dette ikke er nødvendig eller ønskelig.

Transaksjonskostnad

I denne sammenhengen handler dette blant annet om merkostnader og økt ressursbruk som følge av overføring av oppgaver og pasienter mellom tjenester.

Generalistkommune

En generalistkommune er rettssubjekt der kommunestyret har ansvaret for å løse et bredt antall offentlige oppgaver innenfor sitt territorium [\(9\)](#).

"Hus-hytte-modell"

Kombinerte stillinger, hvor den ansatte har flere arbeidssteder. Det innebærer at arbeidstaker har hovedstilling ett sted, og en bi-stilling et annet sted der hen arbeider av og til [\(3\)](#).

Sammendrag

Primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge har et felles ansvar for at befolkningen får dekket sitt behov for helhetlige helse- og omsorgstjenester. Tjenestene er i stort enige om utfordringsbildet vår felles helsetjeneste står overfor, og vi har et felles mål om at pasienter i Nord skal ha tilgang på likeverdige helsetjenester av god kvalitet. Vi må også se etter kortvarige og mer langsiktige løsninger sammen, samarbeide klokt og planlegge i fellesskap, med en bærekraftig og rettferdig ressursbruk.

Primær- og spesialisthelsetjenesten må tilpasses hverandre, både når det gjelder kapasitet, koordinering, kommunikasjon og planlegging. Vi har et felles utfordringsbilde med hensyn til mangel på personell, den demografiske utviklingen i Nord-Norge med spredt bebyggelse og lange avstander. Arbeidsgruppe 5 har sett på de fire prioriterte pasientgruppene, men hatt et særlig fokus på gruppen skrøpelige eldre. Forbruk av tjenester for gruppen er stort og framskrivninger viser at behovet vil øke i framtiden, både for innleggelses på begge tjenestenivåer og for koordinert oppfølging.

Fire modeller er foreslått basert på identifiserte drivere for bærekraft, men også ut fra kunnskap om de nord-norske kommunenes ulike forutsetninger for å kunne tilby tjenester:

- A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse
- B: Fleksibel bruk av senger i døgneheter på tvers av tjenester
- C: Kommunale døgneheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten
- D: Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

Arbeidsgruppe 5 har i tillegg holdt fram tre områder vi mener tjenestene bør satse på i fellesskap; (1) teknologi og digital samhandling, (2) utdanne, rekruttere og beholde personell samt (3) økt helsekompetanse i befolkningen, inkludert samordning av læring- og mestringstiltak.

Ingen tiltak alene kan bidra til bærekraftige helsetjenester i Nord-Norge. Bedre samhandling og samordning av tjenestene vil bare være en del av løsningen. Modeller for samordning av tjenester, felles satsninger, gode eksempler og eksisterende verktøy for samhandling må sees i en sammenheng og som en helhet.

Vi må utvikle en mer felles kultur for samhandling mellom nivåer og enheter, med vekt på felles virkelighetsforståelse og verdier. Arbeidsgruppe 5 ser på oppdraget vi har fått som et innledende arbeid der vi har fått anledning til å se på muligheter for bedre samarbeid, samhandling og samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge.

Innledning

Bakgrunn

For å lykkes med å sikre likeverdige felles helsetjenester til befolkningen i Nord-Norge må vi samarbeide og legge til rette for nye måter å arbeide på. Vi må samordne innsatsen.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023(1) og *NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse*(2) peker på at kvaliteten i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten varierer. To hovedutfordringer beskrives: 1) kapasiteten mellom de to sektorene er ikke avstemt eller sees helhetlig og 2) riktig kompetanse settes ikke alltid inn til riktig tid, på riktig sted og med rett kompetanse, inkludert tverrfaglighet (2). Helsepersonellkommisjonen peker på at utfordringen med å bedre samordningen av primær- og spesialisthelsetjenesten vil forsterkes av mangel på helsepersonell (3).

I Helse Nord RHF's styresak 11-2023(4) ble det vedtatt at ett hovedmål i arbeidet med funksjons og oppgavedeling er å «*Tilpasse tjenestene og samarbeidet med kommunene*» og en hovedakse omtalte samarbeidet mellom tjenestene direkte: «*Vurdere forsøk med organisatorisk sammenslåing av primær- og spesialisthelsetjenesten i ett eller flere helseforetak etter avklaring med nasjonale myndigheter*». I senere styresak (57-2023)(5) ble oppdraget nærmere beskrevet og administrasjonen i Helse Nord RHF ble bedt om å gå videre med utredning av flere områder for å sikre framtidig bærekraft i regionen, blant annet «*Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten*».

Styrets vedtak er i tråd med tidligere vedtatte Regionale utviklingsplan (2023-2038)(6) som holder fram at Helse Nord blant annet skal:

- Utrede hvilke områder som kan samordnes på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste.
- Utrede pilot for én felles, integrert tjeneste mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste innen et avgrenset geografisk og/eller faglig område.
- Støtte opp under helsefellesskapene og bidra inn i deres prosesser.

Arbeidsgruppe 5 har basert sine anbefalinger på offentlige utredninger og rapporter, styresak 11-2023 i Helse Nord RHF(4), regional utviklingsplan(6), framskrivninger, innspill fra kommuner og foretak, data fra en rekke kilder samt innhenting av erfaringer fra ulike måter å drifte tjenestene på. Data fra styresaker i Helse Nord RHF vises til, men gjentas ikke i delrapporten. Framskrivningsdata som fremkommer i andre delrapporter vises til, men gjengis ikke. For å få en oversikt over FACT-team i Nord-Norge har arbeidsgruppen sammenstilt data som framkommer i samarbeidsavtaler mellom foretak og kommuner om tiltaket. Gode eksempler på samhandling i Nord-Norge presenteres i egne bokser gjennom delrapporten.

Arbeidsgruppe 5 har hatt begrenset tilgang til oppdaterte data om forbruk av tjenester. Data og analyser som kunne understøttet våre konklusjoner kunne blant annet vært tilgang til sammenstilte forbruksdata fra primær- og spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsprosess og medvirkning

Medlemmer i arbeidsgruppe 5

Kari Bøckmann	seniorrådgiver – samhandling, Helse Nord RHF (leder)
Cecilie Henriksen	rådgiver, stabs- og administrasjonsavdelingen, Helse Nord RHF (sekretariat)
Knut Hartviksen	Regionalt brukerutvalg, Helse Nord RHF
Kari Baadstrand Sandnes	konserntillitsvalgt, Helse Nord
Siw Blix	samhandlingssjef, Finnmarkssykehuset HF
Markus Rumpsfeld	senterleder, E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret (ESI), Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
Trude Kristin Kristensen	samhandlingssjef, Nordlandssykehuset HF
Knut Roar Johnsen	samhandlingssjef, Helgelandssykehuset HF
Frode Berg	kommuneoverlege, Rana kommune
Torill Mørkhagen	kommunalsjef helse- og omsorg, Meløy kommune
Britt Larsen Mehmi	kommuneoverlege, Vadsø kommune
Mona Rinaldo	helse- og omsorgssjef, Kvæfjord kommune
Michelle Isabelle Hokland	rådgiver, Helse Nord IKT
Pettersen Sture	seniorrådgiver – innovasjon, Helse Nord RHF

Arbeidsprosess og metode

Arbeidsgruppen har hatt møter i perioden 6. september til 10. november 2023 ([møteplan vedlagt](#)). I utredningsarbeidet er det benyttet metodikk fra kontinuerlig forbedring, blant annet nominell gruppeteknikk og driverdiagram for å komme fram til en felles forståelse og avgrensning av oppdraget. Gruppen videreutviklet en «trappetrinnsmodell for grad av integrasjon av tjenester» som tydeliggjør forskjellen på samarbeid om og samordning av tilbud og tjenester til brukere og pasienter.

Det ble besluttet at anbefalinger i rapporten omtales modeller for samordning av tjenester. Arbeidsgruppens vurdering er at modellene er å anse som framtidsrettet tjenesteutvikling og ikke bør planlegges som avgrensede prosjekter med en sluttdato. Målet er varig bedret samordning av tjenester. Arbeidsgruppen har i tillegg anbefalt felles satsningsområder for økt bærekraft.

Alle i arbeidsgruppen har bidratt med innspill til anbefalte modeller for økt samordning. Økt bærekraft, særlig med hensyn til tilgang på personell, er hovedmålet med våre anbefalinger.

I mandat vedtatt av styret i Helse Nord RHF i styresak 57-2023(5) ble det anført at arbeidsgruppe 5 skal kartlegge og eventuelt utrede forslag til samorganisering, som blir foreslått gjennom det øvrige utredningsarbeidet. Arbeidsgruppe 1 akutt, føde og planlagte (elektive) tilbud har bedt arbeidsgruppe 5 se på omfang og bruk av KAD/ØHD og Sykestueplasser. Dette beskrives nærmere på s. 29 og fra s. 40.

Rapport fra ROS-analysen er ikke ferdigstilt ved publisering av denne rapporten. Momenter fra drøftingene i ROS-analysen er tatt med under omtalen av foreslåtte modeller for samordning av tjenester.

De fleste av medlemmene i arbeidsgruppen har innhentet innspill gjennom sine nettverk i prosessen. Medlemmene fra helseforetakene hadde egne referansegrupper i sine foretak. Brukerrepresentanten har hatt ukentlige møter med brukerrepresentantene i gruppe 1-4 i utredningsperioden.

Seks av arbeidsgruppens medlemmer har en anførsel vedrørende arbeidets tidsfrister (vedlegg 1).

Brukermedvirkning

Representant oppnevnt fra Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF har deltatt på alle møter. Ungdomsrådene i regionen har kommet med eget innspill til arbeidet. Regionens pasient- og brukerorganisasjoner har vært invitert til informasjonsmøter med mulighet for dialog.

Innspill fra kommunene ved oppstart av arbeidet:

God medvirkning og involvering av primærhelsetjenesten og kommunene i utredningsarbeidet var tydeliggjort i styrevedtak (Styresak 57-2023 i Helse Nord RHF)(5). Gjennom dialogkonferanser med kommunene (3. og 8. mai 2023) samt skriftlige innspill, ga kommunene tilbakemelding om områder de ønsket nærmere beskrevet med hensyn til samhandling/samordning. I alt 68 av regionens 80 kommuner ga innspill, enten via brev, dialogkonferansene, eller i begge forane. Følgende områder ble holdt fram:

- Akuttberedskap og prehospitale tjenester
- Samarbeid om spesialisthelsetjenester utenfor sykehus
- Oppgaveoverføring fra Tromsø/Bodø til lokalsykehus
- Bedre samhandling om de fire prioriterte pasientgruppene
- Beredskap i krise og konflikt (totalforsvaret)
- Folkehelse og forebygging
- Felles innsats for rekruttering og stabilisering av helsepersonell.

Innspillene fra kommunene er benyttet i arbeidsgruppens arbeid.

Arbeidsgruppens fortolkning av mandatet

Arbeidsgruppens oppgave er å identifisere aktuelle områder for bedre samordning av primær- og spesialisthelsen med mål om økt bærekraft i vår felles helsetjeneste.

Samordning forstås i dette arbeidet som et formelt og avtalefestet samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om pasientrettede tilbud og tjenester der tjenestene tilpasses opp mot hverandre. Vellykket samordning forutsetter en omforent forståelse av utfordringsbilde og målsetting samt enighet om hvordan utfordringene kan møtes i fellesskap, på kort og lenger sikt.

Arbeidsgruppen skal ha de fire prioriterte pasientgruppene i Nasjonal helse- og sykehusplan som hovedmålgruppe [\(1\)](#); barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. Arbeidsgruppen skal ikke omtale samordning av tiltak/tilbud som omhandler føde- og akutt.

Det er et uttalt mål at pasienter, brukere og pårørende skal oppleve helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester der tiltak blir igangsatt på riktig tidspunkt, på riktig sted og med riktig kompetanse og at samordningen så langt som mulig, tar utgangspunkt i pasientens behov og preferanser. Arbeidsgruppens anbefaling om modeller for samordning av tjenester skal ikke føre til en reduksjon av faglig kvalitet.

Arbeidsgruppen skal foreslå fremtidsrettet tjenesteutvikling på tvers av primær- og spesialisthelsetjeneste. Manglende finansiering eller gjeldende lovverk er derfor ikke satt som en absolutt begrensning for anbefalingene. Generalistkommuneutvalget [\(9\)](#) foreslår interkommunale løsninger som en mulighet for at kommuner med få innbyggere skal kunne ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift. Arbeidsgruppen vil ikke gå inn på kommunelovens bestemmelser og om eventuelt samarbeid vil kunne organiseres via interkommunale selskap (IKS), kommunalt oppgavefellesskap eller ut fra bestemmelser om vertskommuneforpliktelser. Også finansieringsløsninger må ivaretas i en senere utredning. Respekten for at primær- og spesialisthelsetjenesten er likeverdige parter med ulike oppgaver og føringer er grunnleggende i det videre arbeidet.

Arbeidsgruppen vektlegger betydningen av teknologisk utvikling og økte muligheter for digital samhandling som viktig for en bærekraftig samordning. Arbeidsgruppen har i utredningsarbeidet gjort en vurdering av dagens muligheter og framtidens behov for digital integrasjon mellom kommuner og sykehus.

Hovedmålet med arbeidsgruppe 5 sitt arbeid er å anbefale tiltak som kan bidra til økt bærekraft gjennom bedre systemer og kultur for samhandling. Arbeidsgruppen har vurdert følgende 8 drivere som særlig sentrale:

- Felles planlegging og samordning som bidrar til effektiv og **riktig bruk av kompetanse**, inkludert bedre oppgavedeling og sambruk av helsepersonell på tvers av tjenester. Ved samarbeid må det ikke involveres flere helsepersonell enn nødvendig
- Bidra til at pasienter får tjenester på **best effektive omsorgsnivå** (BEON). Dette inkluderer at tjenestene i fellesskap reduserer transaksjonskostnader, reduserer overutredning, overdiagnostisering og at behandlinger med liten effekt elimineres
- Bedre muligheter for **pasientens medvirkning** gjennom tettere dialog om egen sykdom, opplæring, egenmestring, aktiv behandling og monitorering i eget hjem med utgangspunkt i «Hva er viktig for deg?»
- Forebygging av innleggelse, blant annet gjennom **proaktiv oppfølging** av pasienter med omfattende koordineringsbehov
- Felles strategi for at innbyggere skal kunne motta tjenester og **behandling nært der de bor**

- Felles **innovasjonsprosesser for tjenester og teknologi** som sikrer rask og riktig utvikling, inkludert effektivisere kommunikasjon og samhandling som bidrar til unødige rapportering og digitale tidstyver
- **Tidlig intervensjon** og sekundærforebygging
- Systematikk i involvering av **pårørende og likepersoner/frivillige**

Rapporten er å anse som et innledende arbeid for å drøfte og identifisere mulighetsrommet for økt bærekraft gjennom bedre samordning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge.

Utviklingstrekk og utfordringsbilde

Utviklingstrekk - overordnet

I styresak 11-2023 (4) redegjøres det for utviklingstrekkene som ligger til grunn for behovet for endring i oppgave- og funksjonsfordeling i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Det samme utfordringsbildet beskrives i NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus(2) og NOU 2023:4 Tid for handling(3). Også Folkehelsemeldinga (Meld. St. 15 (2022–2023))(8) med sine seks hovedsatsningsområder har forebygging av helsesvikt og økt egenmestring som mål, faktorer som vil ha betydning for en bærekraftig felles helsetjeneste i framtiden.

Arbeidsgruppe 5 har i sitt arbeid også sett til Generalistkommuneutvalgets utredning, *NOU 2023:9 Generalistkommunesystemet – likt ansvar – ulike forutsetninger*(9). Utvalgets oppdraget var å kartlegge og analysere dagens generalistkommunesystem, vurdere forutsetninger og rammer for å kunne være en generalistkommune i dag og framover samt vurdere alternativer til generalistkommunesystemet. De fant at jo færre innbyggere og mer usentral kommunen er, jo lavere grad av lovoppfyllelse. Hovedårsaken ble beskrevet som mangel på kapasitet og kompetanse. Utvalget anbefaler at generalistkommunesystemet opprettholdes men peker samtidig på særskilte utfordringer i kommuner med store avstandsulemper, særlig i nord. Interkommunale løsninger og økt statlig tilrettelegging foreslås som tiltak.

Det er mange små kommuner i Nord-Norge, og befolkningen bor spredt. I alt 60 av 80 kommunene har færre enn 5 000 innbyggere. Små og usentrale kommuner utgjør 85 prosent av kommunene i Nord-Norge, og i dem bor 39 prosent av innbyggerne(9). Kun 10 % av kommunene i Nord-Norge hadde en befolkningsvekst fra 2019 til 2022.

Kommunestørrelse (innbyggere)	Fordeling Norge	Nord-Norge	Helgelandssykehuset	Helse Finnmark	Nordlandssykehuset	Universitetssykehuset i Nord-Norge
Under 2 000 innb.	2 %	9 %	21 %	12 %	6 %	6 %
2 000 - 4 999 innb.	6 %	16 %	9 %	23 %	16 %	16 %
5 000 - 9 999 innb.	9 %	16 %	20 %	21 %	24 %	6 %
10 000 - 19 999 innb.	12 %	13 %	17 %	15 %	16 %	8 %
20 000 - 49 999 innb.	24 %	19 %	34 %	29 %	0 %	24 %
50 000 innb. og over	48 %	27 %	0 %	0 %	38 %	40 %

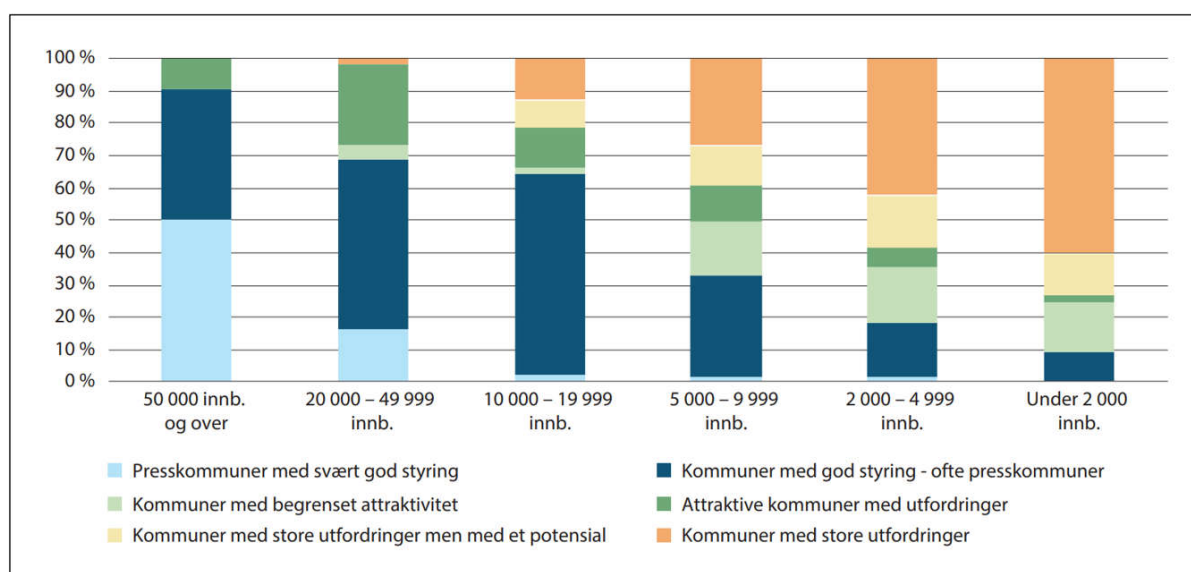
Tabell 1. Prosentvis fordeling av antall innbyggere per kommunestørrelse (2022, Helse Nord)

Generalistkommuneutvalget så på kommunenes demografiske bærekraft. Den demografiske bærekraften ble vurdert ut fra fire indikatorer: fødselsoverskudd, nettoinnflytting, forsørgerindeks og befolkningens utdanningsnivå. Summen av de fire indikatorene gir et overordnet bilde på en kommunes potensiale for å håndtere den demografiske utviklingen. Kommunene i Nordland, Troms og Finnmark skårer i gjennomsnitt dårligst. I alt 15 av kommunene i Nordland ble vurdert å ha en skåre på 0.

Antall innbyggere	Demografisk bærekraft
50 000 innb. og over	3,75
Mellom 20 000 og 49 999 innb.	3,45
Mellom 10 000 og 19 999 innb.	2,79
Mellom 5 000 og 9 999 innb.	2,14
Mellom 2 000 og 4 999 innb.	1,30
Under 2 000 innb.	0,99
I alt	2,00

Kilde: SSB (tabell 06913, 07459 og 09429). Beregninger av utvalget

Tabell 2. Gjennomsnittlig demografisk bærekraft etter antall innbyggere (s. 135 i generalistkommuneutvalgets rapport [\(9\)](#))



Figur 1. Kommunetyper etter innbyggertall, 2020. Kilde: KS Framtidsverktøy 2040. Bearbeidet av utvalget. (Figuren er hentet fra Generalistkommuneutvalgets rapport s. 136 [\(9\)](#))

Generalistkommuneutvalget har videre vurdert kommunene i Norge med tanke på kommunenes status og utviklingen fram mot 2040. Kvalitative og kvantitative data er sammenstilt og vektet ut fra fire indikatorer; kommunal sårbarhet, bostedsattraktivitet, næringsliv og stedege ressurser. Mer enn 70 prosent av de minste kommunene og nær 60 prosent av kommuner med mellom 2 000 og 5 000 innbyggere er klassifisert som kommuner med store utfordringer. Generalistkommuneutvalget beskriver at det er en tydelig trend at små distriktskommuner har større utfordringer enn større og mer sentrale kommuner.

Økte krav til samhandling og samordning med spesialisthelsetjenesten vil for mange små kommuner være vanskelig å møte ut fra dagens ressursituasjon og demografiske bærekraft.

Utfordringsbildet i Nord-Norge – de fire prioriterte pasientgruppene

Nasjonal helse- og sykehusplan [\(1\)](#) peker på at svikt i samhandlingen mellom helsepersonell fra ulike tjenester svekker tilbudet til pasientgrupper med kroniske og sammensatte sykdommer. En nylig publisert studie viser at to tredjedeler av de økonomiske ressursene i norske sykehus brukes på 10% av pasientene [\(36\)](#). SKDE presenterte i 2015 en rapport om storforbrukere av helsetjenester i

spesialisthelsetjenesten i Helse Nord(10). Den viste at de fem prosent av pasientene med det største forbruket brukte ca. 50 prosent av ressursene. I arbeid med å øke bærekraft i tjenestene bør denne pasientgruppen derfor ha et særlig fokus.

Hoveddelen av disse pasientene tilhører de fire prioriterte pasientgruppene i Nasjonal helse- og sykehusplan. De har det til felles at mange lever med sykdom over tid. Kjennetegn på pasientgruppene er:

- De har mange diagnoser eller en helsesituasjon som må forstås i et helhetlig perspektiv
- De har behov for helse- og omsorgstjenester fra både kommuner og spesialisthelsetjeneste
- De har særskilt høyt behov for god samhandling innad i tjenestene og på tvers av nivåene
- Hver enkelt diagnose kan skjule store variasjoner i hjelpebehov, mellom ulike pasienter og mellom ulike stadier i sykdomsforløpet.

Helsedirektoratet(11) har utviklet definisjoner og kartlegger pasientgruppenes omfang samt forbruk av ulike helse- og omsorgstjenester i dag. Rapporter er utarbeidet om [Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser \(2021\)](#), [Barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjenester \(2022\)](#) og [Pasienter med alvorlige psykiske lidelser \(2022\)](#). Rapportene kan benyttes som grunnlagsdokumenter og støtte til felles planlegging i Helsefelleskapene for å tilpasse tjenestenes samlede tilbud.

Vi vet også noe om hvordan utfordringsbildet vil se ut i framtiden. Framskrivninger av behov innen både somatikk(28) og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling(37) gir et bilde på hvilken kapasitet helsetjenesten må planlegge sine tjenester ut fra.

Beskrivelser av framskrivning somatikk er omtalt i delrapport 1. Framskrivning av psykisk helsevern og Tverrfaglig redusert rusbehandling (TSB) beskrives i delrapport 2.

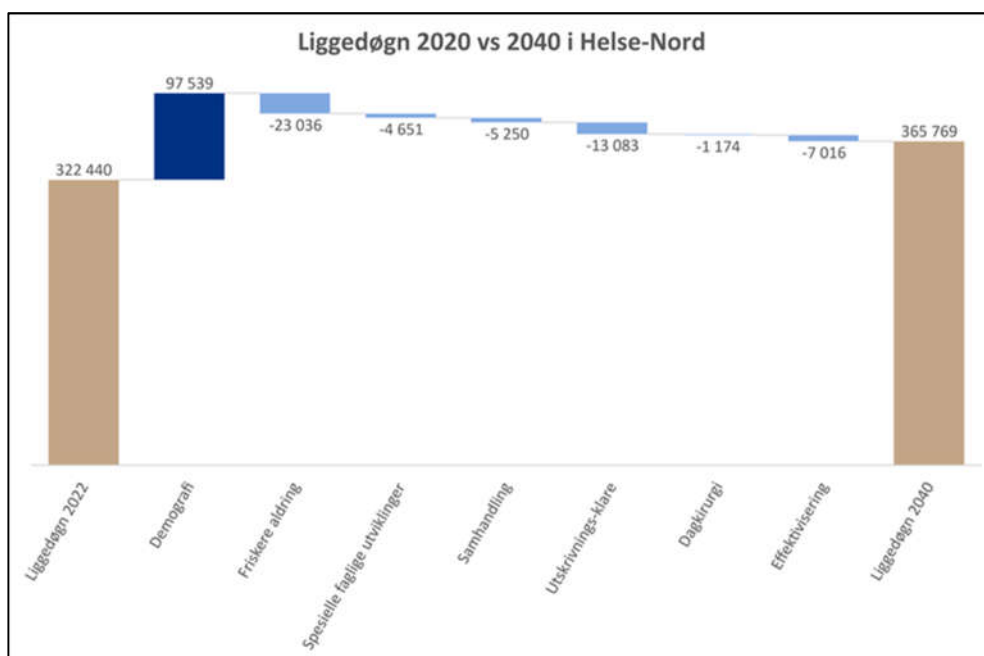
Noen hovedpunkter fra framskrivningene:

- Kapasiteten innen Psykisk helsevern for barn og unge bør styrkes generelt, med en særlig styrking av det polikliniske og tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser.
- Innen psykisk helsevern for voksne er det behov for en særlig satsning på hele behandlingsforløpet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, inkludert døgnkapasitet og FACT eller tilsvarende ambulante modeller.
- Nord-Norge har det største omfanget av pasienter vurdert som skrøpelige eldre i 2022 (n=13 291) sammenlignet med resten av landet og Finnmarkssykehuset er de som har prosentvis størst andel.

Opptaksområde (RHF)	Opptaksområde (HF)	Andel av 75 år og eldre som er skrøpelig eldre	Andel av eldre med svært dårlig funksjonsnivå
Helse Nord RHF	Finnmark	32 %	7,8 %
	Helgeland	28 %	7,3 %
	Nordland	29 %	6,9 %
	UNN	30 %	7,2 %
Helse Nord Totalt		30 %	7,2 %
Helse Midt-Norge RHF		29 %	6,5 %
Helse Vest RHF		28 %	6,6 %
Helse Sør-øst RHF		26 %	6,1 %
Hele Norge		27 %	6,4 %

Tabell 3. Andel skrøpelige eldre i pr. opptaksområde i 2022

- Den demografiske utviklingen med flere eldre gir seg også store utslag for behov for døgnkapasitet fram mot 2040. SSBs befolkningsframskrivninger(12) justert for blant annet friskere aldring, effektivisering og samhandling gir samlet sett en forventet økning av liggedøgn i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge på 13% (0,7% per år).



Figur 2. Økning i antall liggedøgn for skrøpelige eldre basert på demografisk framskriving og justert for friskere aldring, bedre samhandling mv.

Det er ikke alltid helt klart om det beste behandlingsintensitetsnivået til pasientene i disse gruppene vil være i spesialisthelsetjenester eller helse- og omsorgstjenester. Mange vil trenge bistand fra både primær- og spesialisthelsetjenesten samtidig, i korte eller lenger perioder. Tjenestene har et felles ansvar for å sikre sammenhengende, proaktive og helhetlige pasientforløp med god pasientmedvirkning til disse pasientene. Dette stiller krav til planlegging og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenestene.

Tilgang på personell

Tilgangen på helsepersonell er også en felles utfordring. Helsepersonellkommisjonen (NOU 2023:4)(3) viser til at Norge har den høyeste andelen sysselsatte i helse -og

omsorgstjenesten i EU/EØS og en høy dekning av helsepersonell relativt til befolkningen. Den høye dekningen kan forklares med spredt befolkning, lange avstander og desentraliserte tjenester, men også at vi har høy kvalitet i tjenesten. Samtidig er Helse Nord den helseregionen med de høyeste innleiekostnadene.

Data fra spesialisthelsetjenesten beskrives i andre delrapporter i Helse Nord sitt utredningsarbeid. Vi har få tall på utfordringsbildet i kommunene, men data fra KS viser kommunenes vurdering av utfordringer med å rekruttere nøkkelpersonell. I alt 25 av 80 kommuner har svart. Tallene må tolkes med forsiktighet.

Rekrutteringsutfordringer i Nord-Norge, N = 25.						
	Meget utfordrende	Ganske utfordrende	Litt utfordrende	Ikke utfordrende	Vet ikke	
Helsefagarbeidere	24 %	48 %	28 %	0 %	0 %	
Vernepleiere	44 %	40 %	16 %	0 %	0 %	
Sykepleiere	56 %	28 %	16 %	0 %	0 %	
Leger	40 %	24 %	28 %	4 %	4 %	
Psykologer	48 %	16 %	20 %	8 %	8 %	
Fysioterapeuter	12 %	28 %	44 %	12 %	4 %	
Ergoterapeuter	20 %	28 %	40 %	4 %	8 %	

Kilde: Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2023

Tabell 4: Rekrutteringsutfordringer i 25 kommuner i Nord-Norge (2023)

Felles utfordringer kan legge til rette for felles strategier. Vi har sett noen eksempler på samarbeid om rekruttering mellom spesialisthelsetjenesten i Helse Nord og kommunehelsetjenesten. Helsefelleskapet Troms Ofoten har opprettet et Faglig samarbeidsutvalg (FSU) med dette som tema og i Vesterålen pågår det et samarbeid om å rekruttere leger til regionen.

Eksempel

Rekrutteringsprosjekt Vesterålen

«God og riktig rekruttering og stabilisering av leger i Vesterålen – et vinnende lag» er et samarbeidsprosjekt mellom lokalsykehuset i Vesterålen og de fem kommunene som søker til sykehuset. Både lokalsykehuset og kommunene mangler legespesialister.

Forskning viser at enkelttiltak for å bedre rekruttering og stabilisering av helsepersonell ikke har dokumentert effekt, men at de sammen kan være virksomme. Prosjektet er derfor utviklet med hjelp av og bruker et, kunnskapsbasert rammeverk for å implementere felles systematiske langsiktige tiltak basert på kunnskap om lokale forhold.

Prosjektet er forankret i Helsefelleskapet og er et nybrottsarbeid med potensiell stor overføringsverdi for andre yrkesgrupper og fagområder. Prosjektet startet i november 2022 og det er planlagt ni ulike tiltak som sammen skal bidra til å oppnå målsettingen i prosjektperioden (2022-2025). I 2023 er følgende tiltak prioritert: nettverksarbeid, støtte til utarbeidelse av plan for

Figur 9. Rammeverket for rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt

legetjenesten, felles lederveiledning, kontinuerlig statusoppdatering (vikarbruk), og utvikling av en felles digital informasjonsplattform.

Prosjektet er finansiert av Statsforvalteren og Nordlandssykehuset [\(18\)](#)

Utfordringsbildet – sett fra brukerperspektivet

For brukere, pårørende og pasienter er det aller viktigste å få gode tjenester når det trengs, slippe å reise om det ikke er nødvendig, og få god informasjon og bli lyttet til. For brukere er det ikke så viktig hvem som gir helsehjelp men at tjenestene er av god kvalitet, er helhetlige og henger sammen. Ulike tjenester som jobber med helse og omsorg må samarbeide bedre og samordnes slik at pasienter og pårørende kan ha en hverdag hvor sykdommen tar så liten plass i livet som mulig. Ungdomsrådene i Helse Nord sier dette om behandling: «*Best er viktigst når noe er alvorlig eller skal skje sjeldent. Nært er viktigst når noe skal skje ofte. Jo oftere behandlingen skal skje, jo viktigere er det at det kan gjøres lokalt eller digitalt*»[\(13\)](#). Pasienter som er mellom behandlingsløp eller venter på behandling må ha en sømløs tjeneste som fanger opp deres behov og gir dem de tjenestene de trenger.

Arbeidsgruppe 5 har valgt å ha særlig oppmerksomhet rettet mot de fire prioriterte pasientgruppene, personer med langvarige og sammensatte tilstander som har behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten ofte. Dette er pasientgrupper som i dag har for lite fokus. Mange opplever tjenestene som lite sammenhengende og at de eller deres pårørende må være sin egen koordinator. Pasient- og brukerombudet peker på at samhandlingen i spesialisthelsetjenesten og mellom sykehus og kommunehelsetjenesten ikke er god nok[\(14\)](#). Brukerne forventer at tjenestene i større grad følger anbefalingene i Helsedirektoratets veileder om oppfølging av mennesker med store og sammensatte behov[\(15\)](#).

Fra brukerperspektivet har følgende vært særlig viktig å spille inn i arbeidsgruppe 5 sitt arbeid:

- Helsetjenester som trengs ofte må tilbys pasienten så nært som mulig eller digitalt for å gi mindre belastning i forbindelse med reise og fravær fra familie, skole, arbeid mv.
- Dersom pasienten må til behandling, må de kunne velge å ha med seg sine nærmeste
- Behandlingen planlegges med minst mulig ventetid
- Når pasienten skal til kontroller, må undersøkelser, prøver og resultater sees i sammenheng og benyttes og viderefremmes mellom tjenestene
- Tjenestene må samarbeide om læring og mestringstiltak, økt helsekompetanse i befolkningen, og forebyggende tiltak
- Pårørende må involveres men ikke overbelastes

For å nå disse målene må primær- og spesialisthelsetjenesten samordne sine tilbud bedre til beste for pasienter, pårørende og brukere. Det er brukerne, pasientene og pårørende helsetjenestene er til for¹.

Digital samhandling og teknologisk utvikling

Tilgang på kompetanse er den største utfordringen for å sikre en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet i framtiden. Helsepersonell må bruke sin tid og sine ressurser riktig. Dette innebærer at helsepersonell må ha tilgang på brukervennlige teknologi, integrert pasientinformasjon og digitale samhandlingsløsninger som understøtter koordinerte behandlingsforløp. Behovet for innovative tjenesteleveranser, planlegging, utvikling, og effektiv ressursbruk fremheves i Helse Nords digitale strategi (26).

Nasjonale initiativer som Digital samhandling(38), Pasientens legemiddelliste(39) og Felles kommunal journal(38) er nødvendige forutsetninger for bedre digital samhandling. For Helse Nord RHF er prosjektet Digitale innbygger- og samhandlingstjenester (DIS) (40) en realisering av nasjonale initiativer. Prosjektet har et særlig fokus på forbedret samhandling og informasjonsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

En samordning av primær- og spesialisthelsetjenester krever en digital transformasjon. Digital transformasjon kan beskrives som prosesser der organisasjoner bruker digitale løsninger til å etablere nye samarbeidsmodeller med bakgrunn i teknologiske muligheter. Kjernen i en digital transformasjon er:

- Brukerfokus og pasientopplevelsen
- Optimal utnyttelse av digital teknologi
- Redesign av virksomheten på alle nivå – folk, prosesser, teknologi og styring

Digital transformasjon medfører ofte radikale endringer i måten arbeidsoppgavene utføres og organiseres. Transformasjonen er avhengig av vilje til å organisere arbeidet på en annen måte, vilje til å endre etablerte arbeidsprosesser og krever derfor samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Utfordringer med dagens digitale samhandling

I dag har ikke helsepersonell tilstrekkelig tilgang på nødvendige helseopplysninger om pasientene fra andre deler av helsetjenesten(3). Dagens digitale løsninger er i stor grad fragmenterte, og opererer som siloer som konserverer pasientdata. Dette medfører:

- Pasienter og pårørende blir ofte formidlere av sin egen helseinformasjon mellom ulike helseinstitusjoner, og mangler digitale verktøy.
- Helsepersonell må bruke tid på å innhente informasjon selv, og veksle mellom flere systemer for å få komplett oversikt over pasienten.
- Helsepersonell må dobbeltregistrere og manuelt overføre informasjon mellom systemer som blir tidstyver, årsak til frustrasjon, og stjeler tid fra pasientarbeid.

¹ Innhold i teksten er utformet av brukerrepresentant i arbeidsgruppe 5 Knut Georg Hartviksen.

- Pasienter og helsepersonell har digital tilgang til informasjon (f.eks. timeavtaler, journal, brev), men det er i mindre grad lagt til rette for at pasienten selv kan følge opp, igangsette aktiviteter, gjennomføre oppgaver og lignende.

Fragmenterte digitale løsninger bidrar til dårlig utnyttelse av de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten og kan også ha konsekvenser for pasientsikkerheten.

Digitale løsninger som er under utvikling og innføring i helsetjenesten

Direktoratet for e-helse har i sin strategi og målbilde [\(27\)](#) for digitalisering i helse- og omsorgssektoren fem strategiske mål og satsinger, hvorav ett handler om en enklere arbeidshverdag for helsepersonell som skal ha tilgang til nødvendig informasjon og brukervennlige digitale

Flere digitale løsninger for å forbedre samhandling er under utvikling og implementering:

Samarbeid med lyd og bilde (synkron kommunikasjon)

I Helse Nord brukes videokonsultasjoner aktivt for å forbedre tilgangen til helsetjenester. Pasienter får tilbud om spesialistkonsultasjoner, oppfølging etter behandling, og terapi og slipper lange reiser. Videokonsultasjoner brukes også til møter og veiledning, etterutdanning og opplæring.

Eksempel

Helserom Helgeland – Lokal helsehjelp med avstandsoppfølging er et forsknings- og innovasjonsprosjekt med fokus på samhandling og bruk av teknologi. Partnerne i prosjektet er Helgelandssykehuset (prosjektledelse, utvikling og piloter), Sintef (FoU ansvar), CheckWare (utvikling) Brønnøy kommune (administrativt ansvarlig, utvikling og piloter), Dønna kommune og Rødøy kommune (utvikling og piloter). Alle partnerne i prosjektet har kontrakt med Norges forskningsråd. Gjennom Helsefelleskap Helgeland innhentes innspill fra kommunene.



Formålet med prosjektet er å utvikle og forske på en tjenestemodell som egner seg for rurale strøk, med mål om å levere likeverdige helsetjenester uavhengig av innbyggernes avstand til nærmeste sykehus, egen helsekompetanse, økonomi og digital kompetanse. Modellen skal bidra til et felles kompetanseløft og endrede samarbeidsmetoder for kommuner, fastleger, sykehus, pasienter og pårørende. Et helserom kan være i et rom på et sykehjem, fastlegekontor, i hjemmet, i sykehuset, ambulanse eller i en ambulansebåt. Det er kompetansen og teknologien som fins i helserommet som er viktig.

Prosjektet er nå i en fase hvor ulike teknologier som kan egne seg for samhandling mellom sykehus, kommuner, fastleger og hjemmetjeneste testes ut.

Prosjektet har midler frem til våren 2025. [\(24\)](#)

Dialogmeldinger (asynkron kommunikasjon)

Dialogmeldingene tillater helsepersonell å utveksle informasjon som ikke naturlig passer inn i epikriser eller henvisninger.

Eksempel

Desentralisert vakt samarbeid ved bruk av videokonferanse (DeVaVi)

Distriktpsikiatriske sentre (DPS) utenfor Tromsø benytter Desentralisert vakt samarbeid med videokonferanse (DeVaVi). Dette systemet tillater overleger fra forskjellige DPS å delta i en steduavhengig vaktordning, hvor de via sanntids video kan konsultere, vurdere og veilede behandlingen av akutt pasienter 24/7. Dette sikrer at pasienter får tilgang til spesialistvurderinger uten forsinkelser, og styrker DPS' rolle som en sentral aktør i samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Kjernejournal er en portalløsning og skal tilrettelegge for at helsepersonell får tilgang til pasientinformasjon på tvers av sykehus og kommune.

Pasientens journaldokumenter (dokumentdeling via Kjernejournal) er en informasjonstjeneste som sikrer tilgang på dokumenter via kjernejournal for helsepersonell. Eksempler er epikriser og henvisninger. Dokumentdeling via kjernejournal gir helsepersonell mulighet til å lese pasientens journaldokumenter på tvers av helsetjenesten basert på tjenstlig behov. I dag har fastleger i hele landet og utvalgte enheter i Bodø kommune (for eksempel legevakt, sykehjem og KAD) tilgang til journaldokumenter fra sykehusene i Helse Nord. Tjenesten har vært svært godt tatt imot av helsepersonell(41), og planen er å utvide tjenesten til flere aktører.

Pasientens prøvesvar skal gjøre det mulig å dele laboratorie- og radiologisvar på tvers av helsetjenesten i hele landet(59). Helse Nord har planlagt oppstart av utprøving høsten 2024.

Pasientens legemiddelliste skal etablere en felles nasjonal oversikt over pasientens legemiddelbruk (39). Utprøving i Bergen forventes ferdig i 2024. Helse Nord planlegger utprøving etter dette.

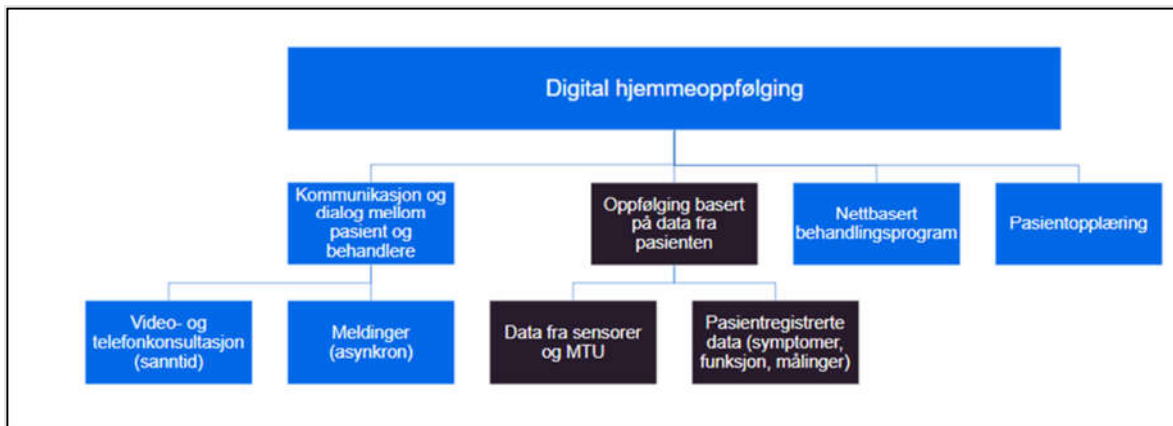
Velferdsteknologi er teknologisk assistanse (f.eks. digital trygghetsalarm, elektronisk dørlås, elektronisk medisineringsstøtte, digitalt tilsyn, lokaliseringstjenester) som kan gi personer med hjelpebehov økt trygghet og større mulighet til å klare seg selv på egenhånd.

Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) er en tjeneste for integrasjon mellom velferdsteknologiske løsninger (inkludert digital hjemmeoppfølging) og elektronisk pasientjournal.

Digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner (DBEP) / Pasientens plan innebærer én felles plan om behandlings- og egenbehandlingstiltak for pasienten der alle involverte kan samarbeide om planen i sanntid. Pasienten kan legge informasjon i planen via Helsenorger. Helse Nord og fire kommuner har pilotert en begrenset løsning via Kjernejournal i regi av et nasjonalt prosjekt ledet av Helsedirektoratet (42)

Digital hjemmeoppfølging (DHO) innebærer at pasienten følges opp i hjemmet gjennom f.eks. egenmåling, automatisk måling, og pasientrapporterte opplysninger om egen helse.

Resultatene sendes digitalt og følges opp av helsetjenesten, primært gjennom digitale verktøy. Se figur nedenfor for nærmere beskrivelse av DHO:



Figur 3. Oversikt over ulike former for digital hjemmeoppfølging

Flere kommuner og sykehus i Nord-Norge har tatt i bruk DHO. Erfaringene så langt er at DHO kan forbedre pasientutfall og bidra til bærekraft med hensyn til forbruk av tjenester.

Pågående utvikling og innføring av digitale samhandlingsløsninger er organisert i ulike programmer og prosjektet. Listen over er ikke uttømmende.

Sammen om digital samhandling i Nord

Det er mange aktører som jobber for å øke digital samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i nord. I statsbudsjettet for 2024² vil regjeringen opprette en egen helseteknologiordning. Ordningen skal gjøre det mer gunstig for kommunene som går foran og tar initiativ til å investere i helseteknologi som journalløsninger og velferdsteknologi.

I Nord har Helse Nord IKT ansvaret for drift, forvaltning og utvikling av felles IKT-systemer for alle helseforetakene. For kommunene er det KS som har rollen som premissleverandør for digital utvikling, felles standarder og virksomhetsarkitektur for kommunal sektor [\(12,13\)](#). KS jobber også med å etablere tverrsektorielle regler for sertifisering og godkjenning av leverandører som leverer teknologi i kommunal helse- og omsorgssektor. Det mangler imidlertid en samordnet nasjonal kommunestrategi innenfor e-helse, både for å ta i bruk løsninger og for felles dialog med leverandørmarkedet. Dette jobbes det med sentralt i KS [\(44\)](#).

Hovedstyret i KS har vedtatt en felles plan og rammeverk for kommunal sektors ambisjoner på e-helseområdet [\(57\)](#), [\(58\)](#). Regionale digitaliseringsnettverkene (Digi Troms og Finnmark, og Digi Nordland) fått ansvar for å ta det helhetlige strategiske ansvaret for å koordinere og samordne alle områder, prosjekt og oppgaver innenfor e-helseområdet.

Utvikling og implementering av systemer som sikrer digitale samhandlingsløsninger fordrer samarbeid mellom ulike IT-organisasjoner/-miljøer på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Innovasjonskraften hos private leverandører og utbredelse av nye

² Prop. 1 S (2023–2024)

behandlingsmuligheter kan bremses av at helsetjenesten er avventende til å anskaffe nye løsninger som ikke samhandler sømløst med eksisterende. Tjenestenes samlede behov for bedre samhandlingsløsninger for å sikre bærekraft tilsier at innovasjonstakten burde øke.

Eksempel

LINKEN eHelselab er et samarbeidsprosjekt mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset hvor alle mulige løsninger og systemer innen spesialist- og primærhelsetjenesten er på plass. I LINKEN kan ulike helseaktører sitte i samme rom, og i sanntid observere hvordan informasjon som sendes fra ett system blir mottatt i et annet.

I dag har både fastlege, legevakt, sykehus og hjemmetjeneste egne systemer, og alle registrerer «sine» data. Vi deler for lite data oss imellom, og som fører til at pasienten til informasjonsbærer og alt for dårlig samhandling på tvers av helsetjenesten.



På LINKEN er det gjenskapt et autentisk pasienthjem med velferdsteknologi og e-helseløsninger, en typisk sykehusseng på sengepost tilkoblet utstyr som finnes på sykehuset, et vaktrom med alle sykehusets systemer, alle kommunale systemer, en arbeidsplass for fastlege og en for digital hjemmeoppfølging (deles av sykehus og kommunens responscenter).

LINKEN er en arena for innovasjon, utprøving og kvalitetssikring av E-helseløsninger. Laben benyttes i tillegg som en avansert treningsarena for digitaliserte pasientforløp. Hovedmålet er å kunne forbedre samhandling mellom spesialist og primærhelsetjeneste. LINKEN gir oss unike muligheter for å få verifisert og testet løsninger i sanntid.

Kunstig intelligens

Det skjer for tiden en rivende utvikling av kunstig intelligens som verktøy med stort potensiale for å avlaste helsepersonell. Det gjelder både på felter som forebygging, diagnostikk, behandling og monitorering, men også innen administrative funksjoner som planlegging, logistikk og rapportering. Internasjonalt er nok løsninger for bildeanalyse (radiologi, patologi, undersøkelse av øyebunn mv.) kommet lengst. Flere norske sykehus tar nå i bruk KI, og Helse Nord har i løpet av de siste to-tre tatt aktive strategiske initiativ for å forberede implementering av slike løsninger. Også i Helse Nord forberedes nå anskaffelser av løsninger som forventes implementert i løpet av 2024-25.

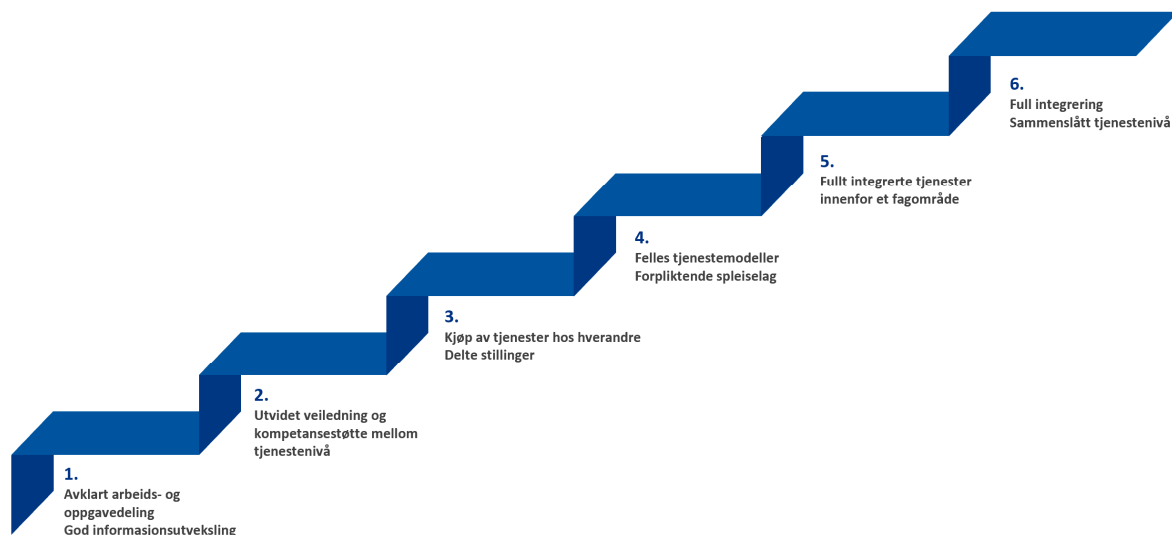
Enkelte norske kommuner er begynt å ta i bruk kunstig intelligens i helsetjenesten, men heller ikke her er KI vanlig eller tatt i bruk i storskala. KS har derfor startet opp et FoU-prosjekt for å fremskaffe et kunnskapsgrunnlag for å identifisere forutsetningene for ansvarlig i bruk KI. Prosjektet skal også synliggjøre «hvilke muligheter og gevinster som kan realiseres ved økt bruk av KI i kommunal sektor»[\(49\)](#).

Dagens KI-løsninger bygger primært på data fra ett av nivåene, men det forventes at framtidens løsninger i større grad vil bygge på data fra hele- pasientforløpet, på tvers av nivåer og enheter. Dermed vil KI-løsningene bli mer samhandlingsrelevante. Det er derfor viktig at utvikling og bruk av KI inngår i det repertoar av virke midler som kan styrke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenester i Helse Nord. Vi vil

eksempelvis anta at KI-løsninger for risikostratifisering vil kunne gi relevant beslutningsstøtte for vurdering av hvilke pasienter som vil kunne ha nytte av ulike tiltak på ulike nivåer.

Grad av integrering av tjenester - trappetrinnsmodell

Samordning er et uklart og overordnet begrep. Ved en gjennomgang av samhandlingsprosjekter i regionen så arbeidsgruppen at samarbeid ble organisert på mange ulike måter, med varierende grad av formaliserte avtaler og ulik finansiering. Arbeidsgruppen sorterte samordningstiltakene ut fra grad av integrering og utviklet en modell for dette til bruk i sitt videre innsiktsarbeid. Trappetrinnsmodellen går fra differensierte tjenester med klar ansvars- og oppgavedeling og med god informasjonsutveksling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, til fullt integrerte tjenester med felles faglig og organisatorisk ledelse. I dette kapittelet beskrives trinnene i modellen nærmere.



Figur 4. Trappetrinnsmodell som viser grad av integrering av tjenester mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Modellen kan være uavhengig av digital samordning og samlokalisering.

1. Avklart ansvars- og oppgavedeling. God informasjonsutveksling

Oppgaver og ansvar er avklart og tjenestene er klart avgrenset organisatorisk, administrativt, faglig og økonomisk. Kommunikasjon om pasientforløp går via formelle henvisninger, epikriser og PLO-meldinger. Primær og spesialisthelsetjenesten har ansvar for ulike deler av eller ansvarsområder i pasientforløpet. Tjenestene tilbys gjerne i kjede men kan også foregå samtidig. Hoveddelen av dagens tilbud og tjenester i helse- og omsorgstjenesten utføres på dette nivået av integrering. Samhandlingen reguleres gjennom lovverk og tjenesteavtaler.

2. Utvidet veilednings- og beslutningsstøtte mellom tjenestenivå

Oppgaver og ansvar er avklart og tjenestene er klart avgrenset organisatorisk, administrativt, faglig og økonomisk. På dette trinnet i integreringstrappen er det utvidede avtaler om veiledning, kompetansedeling og beslutningsstøtte. Trinnet inkluderer veiledning fra

spesialist ved behandlingsintensitetsbeslutninger og oppfølging. Veiledningen kan foregå både ambulant og gjennom digitale løsninger. Veiledning og kompetanseheving med faste møtepunkt mellom spesialist og fastlege/sykehjemslege kan inngå i dette trinnet. Tverrfaglige tilbud og fast veiledning på tvers av tjenester i arbeid med enkeltpasienter kan også være aktuelt, for eksempel ved barnepalliasjon. Bedre muligheter for digital samhandling og bruk av teknologiske løsninger har gjort at dette trinnet sannsynligvis vil benyttes i økende grad i framtiden.

3. Kjøp av tjenester hos hverandre og delte stillinger

I dette trinnet inngår desentraliserte tilbud der tjenester tilbys nært der pasienten bor. Dette er særlig viktig når innbyggere har lang reise og krevende demografi. Tiltaket har vært benyttet ved ambulansedistrikt, legevakt og kommunale helse- og omsorgstjenester med jordmortjenester, DMS, DPS samt desentraliserte spesialisthelsetjenester og rehabiliteringstjenester. Ved kjøp av tjenester hos hverandre kan en se samlet kompetanse innenfor et geografisk område under ett. I kommuner med lavt folketall kan kjøp av tjenester og samarbeid bidra til at personell kan tilbys heltidsstillinger.

4. Felles tjenestemodeller/forpliktende spleiselag

Dette trinnet beskriver tilbud og tjenester der helsepersonell fra både primær og spesialisthelsetjenesten deltar i utredning, behandling og oppfølging av de samme pasientene. Tjenesten er som regel organisert i form av team og kan gjelde både en pasientgruppe men også en gruppe av pasienter innenfor et gitt geografisk område. Disse tjenestemodellene finansieres gjennom forpliktende spleiselag og kan inkludere felles budsjetter for pasientrettede samarbeidstiltak⁽⁴⁵⁾. Vesentlige punkter ved forpliktende samarbeid er avtaler om:

- Formell organisering av samarbeidet
- Tjenestebeskrivelser med kompetansekrav
- Finansieringsansvar og økonomisk ansvar

5. Fullt integrerte tjenester innenfor ett fagområde

Primær- og spesialisthelsetjenester organiseres som ett nivå innenfor ett fagområde. Tjenestene kan samlokaliseres og/eller være virtuelle der den daglige kontakten foregår digitalt. På dette trinnet blir samlet tilgang på spesialisthelsetjenester og helse- og omsorgstjenester innenfor fagområdet sett under ett i ett geografisk område (lokalsykehusområde/helsefellesskapsområde). Integreringen kan sikre bæreevne med tanke på tilgang på personell, felles kompetanseutvikling innenfor fagområdet, sikre riktige prioritering og helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Sammenslåingen vil være organisatorisk, økonomisk og faglig.

6. Full integrering/ett tjenestenivå

Primær- og spesialisthelsetjenester organiseres som ett nivå. Tjenestene kan samlokaliseres og/eller være virtuelle. Samlet tilgang på spesialisthelsetjenester og helse- og omsorgstjenester ses under ett i ett geografisk område (lokalsykehusområde/helsefellesskapsområde) for å sikre samfunnet bæreevne med tanke på tilgang på personell og stabil beredskap. Sammenslåingen er organisatorisk, økonomisk

og faglig. Modellen sørger for at pasienter møter ett helsevesen. Felles organisering, ledelse, fag og utøvelse bidrar til best effektive omsorgsnivå (BEON), god logistikk, riktig bruk av helsepersonell, reduserte transaksjonskostnader samt gode pasientforløp.

Dagens situasjon

I dette kapitlet beskrives tilbud og tjenester til pasienter på tvers av primær- og spesialisthelsetjeneste i dag. Også korttids akutt døgn (KAD)/Øyeblikkelig hjelp døgn (ØHD), fastlegens rolle og sykestuene i Finnmark omtales. Til slutt i kapitlet gis en kort beskrivelse av formelle samarbeidsstrukturer, inkludert arbeidsgruppens anbefaling om forhold som bør sees på ved videreutvikling av Helsefellesskapene i Nord-Norge.

Tjenestemodeller med høy grad av samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om pasienttilbud

Desentraliserte helsetjenester

Desentrale helsetjenester tilbys i alle helseforetakene i Nord-Norge i dag. Tjenestene har ulike former og modeller. Ved desentrale spesialisthelsetjenester i kommunen benyttes kommunalt helsepersonell opplært av sykehusene. Kommunalt personellet dokumenterer i spesialisthelsetjenesten journalsystem og lønn refunderes av spesialisthelsetjenesten. Tilbudene avvikles og opprettes ved behov. Eksempler på dette er dialysesattelitter, transfusjonsmedisin og medikamentell behandling som spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for.

Spesialiserte tjenester forekommer også i form av felles bruk av kompetanse/delte stillinger, for eksempel diabetessykepleiere som forsterkning ved legekantor. Tilbudet kan dermed gis nært der pasienten bor, samtidig som det kan bidra til kompetanseheving innenfor diabetesområdet. Det er også eksempler i nord på ambulerende spesialister til kommunale helsesentre. Der helsesenter kan tilrettelegge for polikliniske spesialisthelsetjenester, kan tjenester tilbys lokalt. Dette kan også gi synergieffekter for kompetanseutvikling og arbeidsmiljø når spesialisten inkluderes i legekantorets arbeidsmiljø, og blir kjent med fastlegene og annet personell i kommunen.

Noen pasienter kan tilbys spesialisert behandling i eget hjem. Peritonealdialyse, infusjoner og sårbehandling kan med fordel utføres i hjemmet. Fordelene med hjemmebehandling er flere; pasienten slipper reisetiden og risikoen for infeksjon reduseres. Dersom behandling i eget hjem medfører at spesialisthelsetjenesten må bruke uforholdsmessig mye av sin arbeidstid på å reise. Et avbøtende tiltak for dette vil være kompetanseoverføring eller bruk av digitale hjelpemidler for veiledning av personell fra primærhelsetjenesten. Arbeidsgruppe 5 vurderer at denne måten å yte tjenester på bør skaleres opp med tanke på økt bærekraft i framtiden.

Eksempel

Ansvarsavklaring er viktig når nye tjenestetilbud etableres.

I samarbeidet mellom Finnmarkssykehuset og kommunene Nordkapp og Vadsø, er det inngått en avtale som avklarer ansvarsforhold rundt behandling med cytostatika og andre infusjonsmedisiner. Det kan synes særs viktig med slike ansvarsavklaringer i tilfeller hvor det er flere risikoer forbundet med en behandling. Noen risikoer kan være relatert til infusjonen, andre for valg og bruk av det

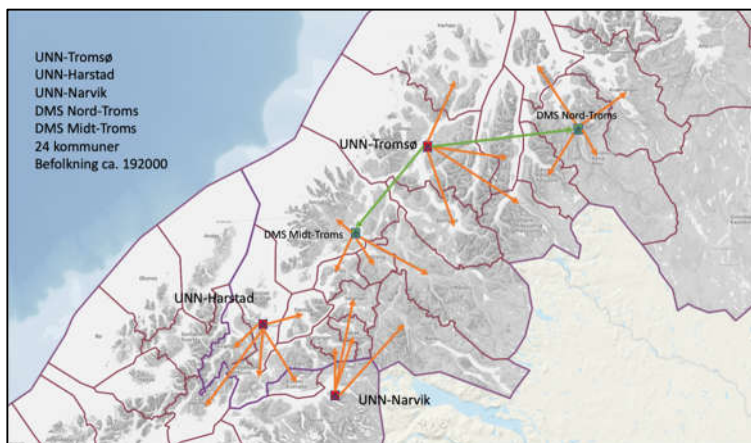
enkelte medikamentet. Hvem som står ansvarlig for henholdsvis infusjonsprosedyren og hvem som står ansvarlig for valget av medikamentet kan i slike tilfeller være to forskjellige parter, som krever en redegjørelse for ansvar. Gode faglige utredninger og medvirkning fra fastleger burde vektlegges i inngåelse av avtaler om desentraliserte spesialisthelsetjenester.

Pasientsentrerte helsetjenestetteam (PSHT)

Pasientsentrerte helseteam (PSHT) er tverrfaglige team mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene. Formålet med teamene er å styrke helsetjenesten til pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer. Dette gjøres ved å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp, basert på en pasientsentrert tilnærming og spørsmålet "hva er viktig for deg?". Teamet bidrar til tidlig vurdering og intervensjon, tidlig støttet utskriving og oppfølging av pasienten etter utskriving. PSHT støtter og styrker tjenestene som allerede er involvert i pasientforløpet.

Målet for pasienter henvist til PSHT er å etablere proaktive tiltak og en plan som bidrar til å redusere kriser. Dette muliggjøres ved å utarbeide en personsentrert plan som implementeres i pasientens forløp med alle involverte inkludert pasient og pårørende.

Det er etablert bærekraftige teammodeller med hver av UNNs 24 kommuner. Disse sikrer skalerbarhet og lokal tilpasning av kompetanse og pasientbehov (se figur10).



Figur 5. Kontaktnett mellom PSHT-enhetene og kommunene fra Stormottakerrapporten UNN HF(20)

Berntsen et al(46)² har vist at antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser gikk ned med 10% blant pasienter som fikk oppfølging fra PSHT-team. Også antall liggedøgn i sykehus relatert til øyeblikkelig hjelp-innleggelser ble redusert med 32% for disse pasientene. Berntsen og medarbeidere konkluderte med at den tilsiktede økningen i bruk av polikliniske konsultasjoner sikret en mer proaktiv oppfølging av PSHT-pasientene. I en oppfølgende replikasjonsstudie av forskningsresultatene til Berntsen og medarbeidere basert på NPR- og KPR-data, bekreftet en arbeidsgruppe i regi av Helse Sør-Øst - i forbindelse med nasjonal revisjon av framskrivningsmodell for somatikk - resultatene av PSHT-effekten. Gruppen gjennomførte også en analyse av kommunale data og «...fant i tillegg en relativ redusert anvendelse av korttidsopphold i kommunen og en relativ økning i hjemmebaserte tjenester.

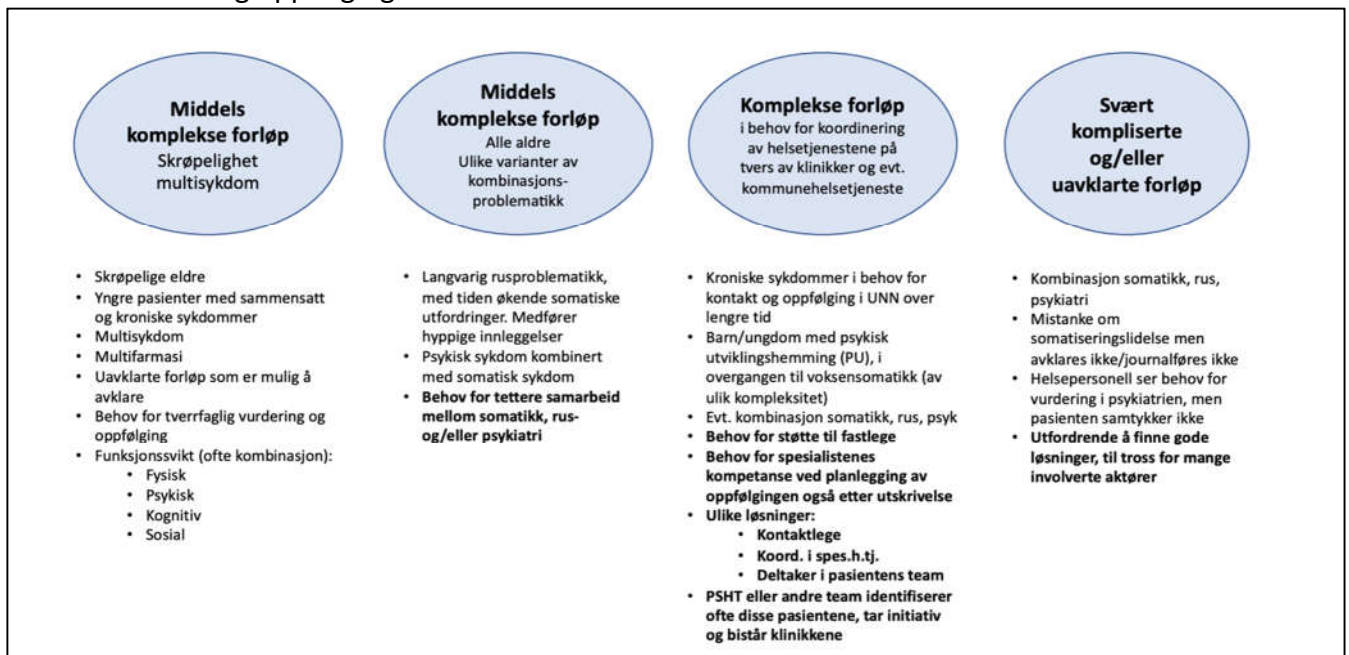
² Gro Berntsen, M. Dalbakk, J. Hurley, T. Bergmo, L. Spansvoll, J. G. Bellika, S. O. Skrøvseth, T. Brattland, M. Rumpsfeld, Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial : [BMC Health Services Research](#) volume 19, 682 (2019)

Dette indikerer at vi kan forvente effekter av målrettede tiltak med integrerte helsetjenester, i både spesialist- og primærhelsetjeneste».

Basert på aktivitetsdata fra UNN, estimerte analysegruppen at PSHTs tiltak resulterte i en nedgang på 2400 liggedøgn – en effekt av kortere liggetid og færre akuttinnleggelsler. Dette innebærer en reduksjon i behovet tilsvarende 6,58 senger årlig, gitt utfordringene UNN opplevde i 2022. UNN behandlet 871 henvisninger det året, noe som utgjør cirka 60% av den mulige kapasiteten på 1500 henvisninger, noe som indikerer et betydelig vekstpotensial for henvisninger i årene som kommer. Den tidligere publiserte positive effekten på redusert dødelighet blant PSHT-pasienter⁴ ble også bekreftet i en ny analyse. Nå med en effekt opptil 12 måneder⁴.

Aktivitetstall fra akuttmottakene ved UNN (2021 og 2022) viser at andelen pasienter over 80 år er lavere enn i 2017, til tross for en økende andel eldre i befolkningen. Dette til forskjell fra andre sykehus, som opplever kapasitetsproblemer med eldrebølgen i akuttmottakene.

Stormottakerprosjektet ved UNN(20) har kartlagt grader av komplekse pasientforløp og deres behov for helhetlig oppfølging.



Figur 6: Modell for ulike grader av kompleksitet og typiske tjenester som teammodellen vil utrede (figur tatt fra stormottakerrapporten UNN HF og kommunene).

Teammodellen har fått tildelt strategiske midler i UNN 2021 til drift og prosjekt. Det er gjennomført som omfordeling av midler i sykehuset til team; PSHT og FACT.

UNN HF har nylig behandlet sluttrapporten som oppsummerer erfaringer med stormottakere med bruk av teammetodikken (20). Det ble vedtatt videre oppfølging som inkluderer gevinstrealisering, videreutvikle samarbeid med de kliniske miljøene i UNN og kommunene om de sårbare pasientgruppene samt å forsterke system for koordinering av pasienter med

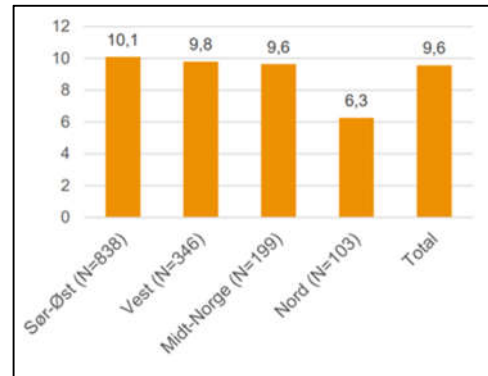
⁴ Personlig kommunikasjon med seniorforsker Gro Berntsen ved Nasjonalt senter for e-helseforskning(NSE)

lovpålagte rettigheter. UNN vil også videreutvikle digitale verktøy og forsterke implementering i driften i samarbeid med kommunene og Helse Nord. Stormottakssatsningen vil også i fremtiden følges opp av Helsefelleskap Troms og Ofoten.

FACT/FACT-ung/D-FACT

ACT og FACT-modeller er behandlingsformer på tvers av behandlingsnivåer for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

Evaluering av FACT⁽⁵⁰⁾ viser at FACT fører til redusert forbruk av tjenester. Det var like mange innleggelses etter inntak i FACT, men andelen innleggelses på tvang ble redusert med 42 prosent og antallet oppholdsdøgn totalt ble redusert med hele 33 prosent. Betydningen for bærekraft, reduserte alternativkostnader og pasient og pårørendetilfredshet ved innføring av denne måten å arbeide på er veldokumentert.



Figur 7: Andelen pasienter som mottok tjenester fra FACT/ACT etter utskrivning

Antall pasienter i FACT i Norge er beregnet til å øke fra 4000 i 2021 til i overkant av 4 800 pasienter i 2025 og til 5 100 i 2040. Foreløpige tall fra Helsedirektoratet (2023) viser at andelen pasienter som mottok tjenester fra FACT/ACT i løpet av året etter utskrivning i 2020 i Norge var lavest i Helse Nord. Av disse (n=1486) hadde 929 utskrivningsdiagnose schizofreni mens 159 hadde fått diagnosen bipolar lidelse.

FACT-team er opprettet flere steder i Nord-Norge, både i distrikt og i større byer. Nordlandssykehuset har evaluert implementering av FACT-team i Lofoten med en påfølgende evaluering for kommunene Vågan, Vestvågøy, Flakstad og Moskenes (samlet befolkningsgrunnlag: 23 483). I evalueringen kan de vise til en markant reduksjon i innleggelses på tvang (70 %) og uten tvang (18 %). Likeså ble det også vist til en nedgang i oppholdsdøgn på tvang (52 %) og uten tvang (45,3 %). I tillegg er det i rapporten vist til tegn på trivsel med arbeidsformen, som har gitt utslag av lavt sykefravær og en stabil bemanning i teamet. Det ble i rapporten vist til en besparelse i liggedøgn innenfor innleggelses uten tvang³.

ACT, FACT og varianten av FACT som behandler unge er allerede implementert i flere regioner innad i Helse Nord. Tabellen nedenfor viser en oversikt over etablerte team og befolkningstallet over 18 år i de angitte regionene.

³ Personlig kommunikasjon med Emil Liljebakk, enhetsleder FACT Lofoten og Ambulant akutteam Lofoten. Tall er hentet fra følgeforskning FACT Lofoten (Landheim & Odden). Følgeforskningsrapporten forventes ferdigstilt i løpet av 2024.

Regioner med etablerte (F)ACT-team	Anslagsvis befolkningstall >18 i regioner som dekkes av tilbudet	Årsverk, spesialist-helsetjenesten	Årsverk, kommune-helsetjenesten	Totale årsverk i team
Nord-Troms	7 803	3	3	6
FACT Tromsø	62 844	7	7	14
ACT Tromsø	62 844	3,5	4,5	8
FACT Midt-Troms	17 116	4	4	8
FACT Lofoten	18 966	8	6	14
FACT Vesterålen	24 706	8	9	17
FACT Rana og Hemnes	24 660	2,6	5	7,6
D-FACT Alta	17 314	2,8	3,1	5,9
D-FACT Sámi Klinihkka	7 423	1,6	3,8	5,4
D-FACT Øst-Finnmark	20 004	2,4	12	14,4
FACT Ung Tromsø	15 148	3,5	4	7,5

Tabell 5. Oversikt over FACT-team i Nord-Norge per november 2023

FACT Ung er per tiden kun implementert i Tromsø, hvor tilbudet gis til personer som er under 18 år. Det er tatt initiativ til å starte flere i team på Helgeland og i Finnmark. Finnmark har det siste året startet 3 digitale FACT-team, en ny arbeidsform tilpasset små kommuner med lange avstander der tilbudet er understøttet av digitale løsninger.

Helsedirektoratet anbefaler flere faggrupper som del av teamene, blant annet: psykiater, psykolog, brukerspesialist, sosionom og sykepleiere. Teamene skal oppsøke pasienter, styrke opp under yrkesrettet rehabilitering, bedring og selvhjelp og være lokalt tilgjengelige. Flere steder i Nord-Norge har det vært utfordrende å rekruttere psykiatere til teamene.

Eksempel

D-FACT i Alta hadde oppstart i august 2022. Teamet består av personell fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Kommunalt ansatte har hovedansvaret for daglig oppfølging mens spesialisthelsetjenesten bistår med spesialistkompetanse ved behov, inkludert samtaler med psykiater om medikasjon. Modellen ser så langt ut til å fungere bra for mange av pasientene. Statsforvalteren har bidratt med midler til oppstart de første fire årene. Digitale tavlemøter er et viktig arbeidsredskap. Erfaringen er at D-FACT har gjort veien fra økt bekymring til nødvendige tiltak kortere, til det beste for pasientene.

Det er også eksempler på samarbeidsprosjekter i Nord som bidrar til at særlig sårbare pasienter får sammenhengende og mer tilpassede tilbud gjennom samordning og samlokalisering av tilbud.

Eksempel

OpiNor er et samarbeid med Nordlandssykehuset og Bodø kommune og skal gi pasienter som er i legemiddellassistert rehabilitering (LAR) et mer helhetlig tilbud. Legemiddellassistert rehabilitering (LAR) er en tverrfaglig spesialisert rusbehandling for opioidavhengighet, der behandling med substitusjonslegemiddel inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp. Formålet med LAR er å gi pasientene økt livskvalitet og redusere skadene av opioidavhengighet og fare for overdosedødsfall. Den mest utsatte pasientgruppen av opioidavhengige er ofte innom flere

instanser hvor skillet mellom ansvarsfordelingen kan oppleves uklar. I 2022 kom det en revidert retningslinje for LAR-behandling som understreker en mer tverrfaglig samhandling mellom helsevesen og kommunale tjenester. OpiNor er et innovasjons- og samhandlingsprosjekt og er det første i sitt slag i landet, hvor alle tjenestene er sentrert rundt pasienten.

OpiNor skal tilby tjenestene på tvers av profesjoner, instanser og forvaltningsnivå. OpiNor vil gi effektivisering av tjenester til målgruppen LAR som tidligere har vært tidkrevende: Effekten for pasientene / brukerne er at de kan ta en direkte kontakt inn til senteret og får tjenestene på ett sted i stedet for å måtte forholde seg til flere aktører på ulike lokasjoner. Effekten for helsepersonell er at kommunikasjonen mellom tjenestenivåene blir mer effektiv – bruker mindre tid på å få tak i andre ansatte, telefoner og meldingsutveksling. Det gir også en økonomisk gevinst da en stor del av medikamenthåndteringen i LAR (utlevering av metadon mm) kan gjøres i senteret i stedet for fra apotek og andre utleveringer/ hjemkjøringer. OpiNor har felles faglig ledelse og kostnader deles 50/50 mellom Nordlandssykehuset og Bodø kommune.

Sykestuene i Finnmark

Det er sykestue i 15 av 18 finnmarkskommuner. Vertskommunene for sykehus (Sør-Varanger og Hammerfest) og Alta har kun KAD-plasser. I Alta er det i tillegg egne sykehussenger.

Sykestuene drives av kommunene, med allmennleger som tilsynsleger og døgnskuttinuerlig sykepleietjeneste. Legevaktlegene bistår utenom arbeidstid. Driften finansieres etter avtale i et samarbeid mellom kommunen, Finnmarkssykehuset HF og Helse Nord RHF. Pasientene legges enten inn av fastlege eller legevaktlege, eller i forbindelse med utskrivning etter sykehusopphold. På sykestua får de den planlagte behandlingen for sin sykdom. De får kommunal rehabilitering etter behov, og de får hjelp i overgangen til å komme hjem. Sykestuene gir forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp uten å være bundet av inklusjonskriterier for KAD/ØHD/intermediærplasser.

Krav til drift av sykestuer:

- Legetilsyn/tilgang til legevakt
- Sykepleier til stede 24/7
- Fysioterapitjeneste
- Nødvendig utstyr til behandling og diagnostikk av de pasientgrupper som sykestua skal behandle

Finnmarkssykehuset HF legger til rette for hospitering etter forespørsel fra kommunene. Undervisning gjennomføres via digitale løsninger eller etter direkte avtale med ambulerende leger som har ambulerende poliklinikk dager ved det lokale legekantoret.

Erfaringene er at sykestuene bidrar til å redusere behovet for sykehusinnleggelses, og til at utskrivningsklare pasienter slipper å ligge like lenge på sykehus. Pasientene får et opphold i rolige og kjente omgivelser, nært hjem og pårørende, med like god kvalitet. Det innebærer også en sikkerhet for at forverring som krever sykehusinnleggelse fanges opp. Lokalt helsepersonell følger opp pasientene, som de ofte kjenner fra før, og kan selv gjennomføre behandling som ellers må gis på sykehus. Dette oppleves som faglig interessant for helsepersonellet, og er dermed rekrutterende og stabiliserende.

Noen sykestuer kan ivareta langt mer avansert behandling enn andre, og dette må tas høyde for ved vurdering av hvorvidt en pasient er utskrivningsklar. Dette er en ulempe som gjør at det kan være vanskelig for lokalsykehusene å kjenne til hver enkelt sykestues behandlingsskapasitet. Forskjellene krever koordinering inne på hvert sykehus, og god dialog med hver enkelt sykestue. Dette kan også bidra til usikkerhet med tanke på hvorvidt en pasient skal legges inn på den kommunale sykestua eller på lokalsykehuset. Her er gode rutiner og god opplæring av både kommunale- og sykehusleger svært viktig. Se vedlegg (X) for utdypning av sykestuefunksjonen.

KAD/ØHD

Fra 1. januar 2016 fikk kommunene en plikt til å ha et kommunalt tilbud for øyeblikkelig hjelp(16). Plikten ble ett år senere utvidet til å gjelde også voksne pasienter med psykisk helse og/eller rusmiddelproblemer. Betegnelser på dette tilbudet er øyeblikkelig hjelp døgn, ØHD (juridisk term), kommunale akutte døgnenheter (KAD).

Med kommunale akutte døgnenheter, heretter kalt KAD, menes sengeplasser i:

- Kommunale akutte døgnenheter (KAD)
- Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

Andre døgntilbud som ligner på KAD er:

- Sykestuer
- Intermediæravdelinger
- Døgntilbud tilknyttet DMS.

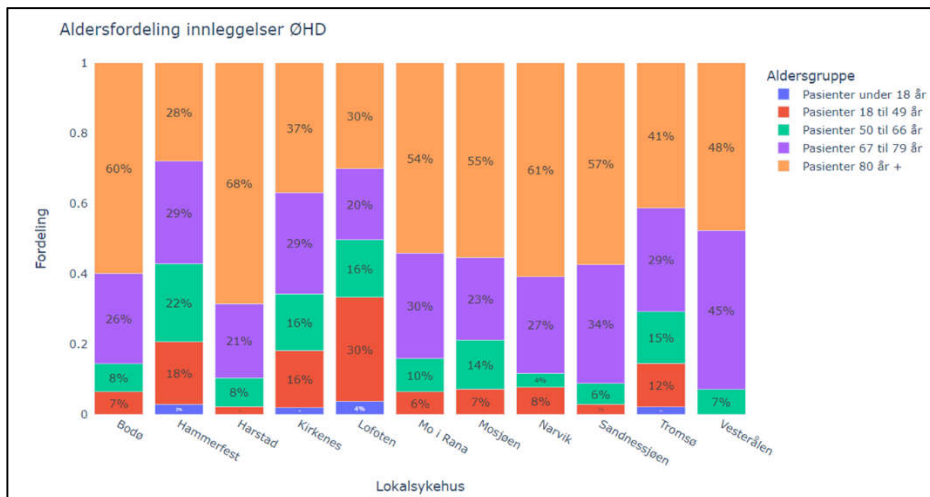
I disse sengene har en betraktelig lavere grunnbemanning av helsepersonell per pasient enn sengeplasser i sykehus. Kapasiteten til avansert medisinske oppgaver og overvåkning er lav, og diagnostiske hjelpemidler er vanligvis begrenset til enkle laboratorieundersøkelser. I slike døgnenheter har man vanligvis ikke tilgang til laboratorietjenester, mikrobiologiske tjenester eller radiologiske undersøkelser.

Det er en variasjon i bruk av KAD senger i Nord-Norge, både med hensyn til omfang, hvor pasientene kommer fra og hvor de skrives ut (47). I Nord-Norge har 73 av 80 kommuner tilbud om KAD-senger, enten i egen kommune eller gjennom kjøp av plasser i nærliggende kommuner. I tallene fra Helsedirektoratet inngår sykestuene i all aktivitet som er registrert som øyeblikkelig hjelp, noe som innebærer at det kan inngå innleggelser som ikke er knyttet til KAD. Det er gitt tilbakemeldinger om at det ved enkelte sykestuer er vanskelig å skille mellom innleggelser i KAD og øvrige innleggelser.

Plikten til å ha KAD-senger gjelder for pasienter som kommunene har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Det er anslått behov for 1 KAD-seng pr 7000 innbyggere. Hensikten med KAD/ØHD er blant annet å unngå innleggelser i sykehus når dette ikke er nødvendig eller ønskelig. Pasientene får også et tilbud nærmere hjemmet og kommunene involveres tidligere i pasientforløpet. I medisinskfaglige veileder for kommunale akutt plasser(53) anbefales det at gjennomsnittlig oppholdstid ikke bør overstige tre døgn.

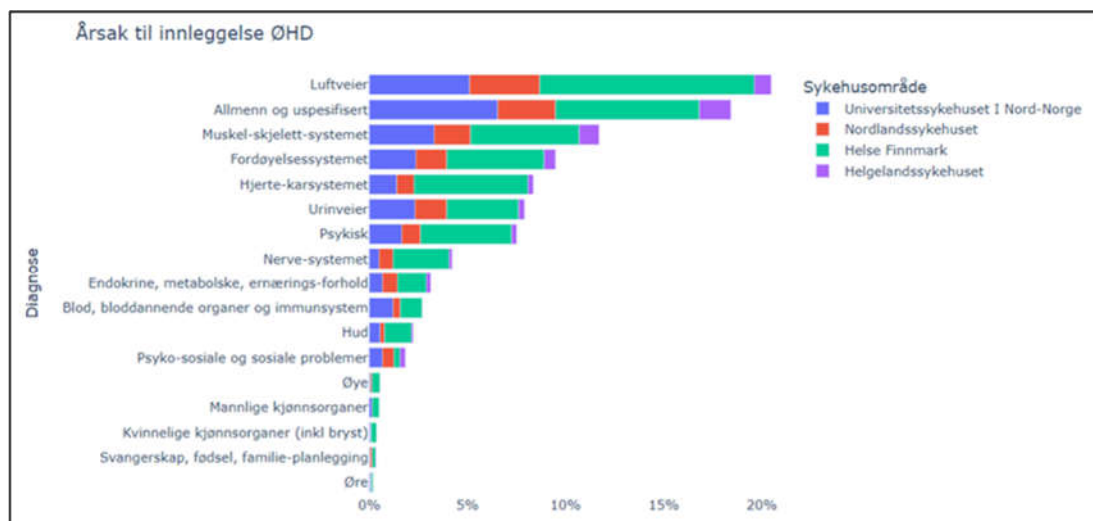
Dette for å sikre at riktige pasientgrupper blir innlagt i tilbudet, og for å hindre at ØHD blir en sykehjemsavdeling.

I forskingsrådets evaluering av samhandlingsreformen, basert på nasjonale tall fra perioden 2012-2015, ble det vist at KAD/ØHD bidrar til færre innleggelser i sykehus. Effekten var sterkest for pasienter over 80 år på indremedisinske avdelinger og fra kommuner med god legeberedskap samlokalisert med legevakt(23) Forbruket av KAD-senger i Nord -Norge i 2022 viser at en stor andel av innleggelsene var for pasienter over 80 år.



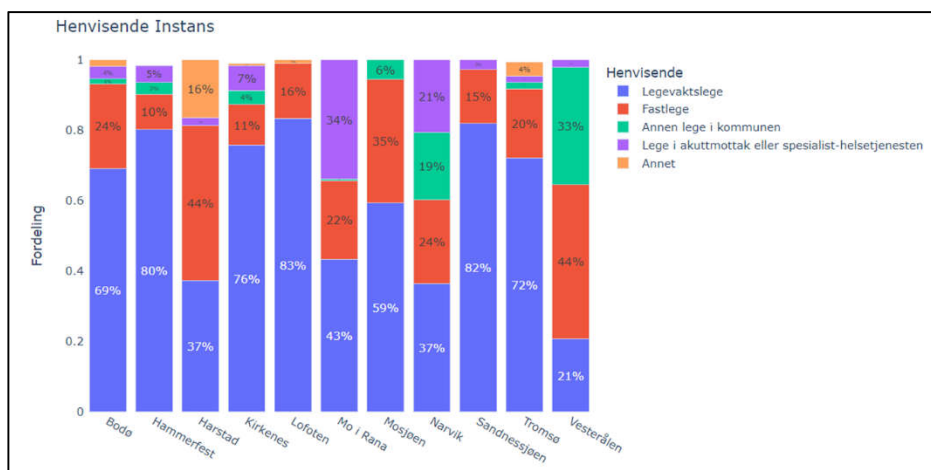
Figur 8. Aldersfordeling innleggelser ØHD i Nord-Norge i 2022

Lav observasjonskapasitet og liten tilgang på diagnostisk støtte gjør at KAD i hovedsak er et tilbud for avklarte pasienter med kjent diagnose, eller stabile pasienter som kan avklares med allmennmedisinske metoder. Muligheten for å avklare pasienter er begrenset på legevakt og fastlegekontor og mange pasienter blir derfor lagt inn i sykehus heller enn KAD for sikkerhets skyld. Det er forskning som viser at fastleger og legevaktsleger er skeptiske til å legge inn pasienter ved KAD-enheter som et alternativ til sykehusinnleggelser grunnet usikkerhet om hvorvidt kompetansen og bemanningen ved disse enhetene er tilstrekkelig til å ivareta pasientenes behov (Nystrøm m. fl 2021)

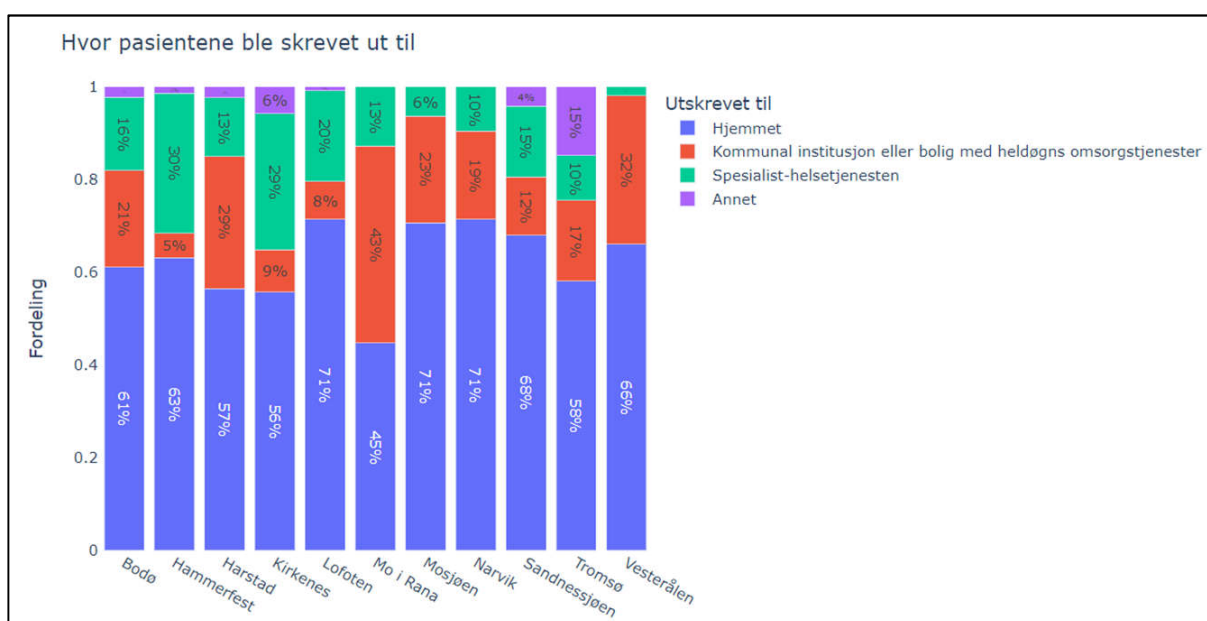


Figur 9. Årsak til innleggelse ØHD i Nord-Norge

De aller fleste av pasientene kom fra eget hjem da de ble innlagt og ble henvist til tilbudet fra legevaktslege eller fastlege. Cirka 2/3 av pasientene ble også skrevet ut til eget hjem etter oppholdet. Dette er i tråd med ordningens intensjon.



Figur 10. Henvisende instans i forbindelse med innleggelse ØHD i Nord-Norge (2022)



Figur 11. Hvor pasientene ble skrevet ut til etter innleggelse ØHD i Nord-Norge i 2022

Riktig omfang og bruk av KAD-senger bidrar til å hindre innleggelser, gjør at pasientene kan behandles nærmere der de bor og bidrar til behandling på best mulig effektive omsorgsnivå (BEON). Arbeidsgruppe 5 vurderer at bruk av KAD/ØHD og sykestuesenger er en viktig del av løsningen for å sikre bærekraftige helse og omsorgstjenester i framtiden. Tilbudet må imidlertid tilpasses lokale forhold.

Fastlegens rolle⁴

Fastlegen har en nøkkelrolle i oppfølging av pasienter med behov for samordnede og helhetlige tjenester. Fastlegen kjenner pasientene over tid og er den viktigste helseaktøren for de fleste med kronisk sykdom.

Team-organisering brukes ved en rekke fastlegekontorer i Nord-Norge, og kan til en viss grad redusere konsekvensene av fastlegemangel. Her finnes det flere eksempler, blant annet primærhelseteam [\(60\)](#) og PSHT (s. 25). Distriktslegekontorene i Helse Nord ivaretar en betydelig bredde i allmenntillegget, og søker å ivareta flest mulig av pasientene selv, for eksempel med telefonisk rådgivning fra spesialisthelsetjenesten.

Fastlegetjenester er en knapphetsressurs på lik linje med andre helsetjenester. At fastlegene overtar «generalistoppgaver» fra spesialisthelsetjenesten gir kun økt bærekraft dersom det samtidig gjør sykehuset bedre i stand til å ivareta «spesialistoppgaver», eller at fastlegen kan gjøre oppgaven raskere eller bedre. Lav kapasitet i fastlegeordningen og høy turnover av (vikar)leger påvirker mulighetene for samhandling og koordinering negativt.

Samhandlingsmønsteret mellom primær- og spesialisthelsetjenesten må være tilpasset fastlegenes arbeidshverdag og finansieringsmodell. Selv om andelen næringsdrivende fastleger har gått ned og er generelt lavest i nord, er næringsdrift fortsatt den vanligste driftsmodellen på landsbasis⁵. Ved innføring av nye samhandlingsmodeller må man ta høyde for at næringsdrivende fastleger i stor grad er avhengige av takster for å ha inntekt. Normaltariffen [\(25\)](#) dekker bare samhandling rundt enkeltpasienter.

Arbeidsgruppe 5 har drøftet samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og prehospitaltjenester og primærhelsetjenesten med fokus på bærekraft. Dette er nærmere beskrevet i vedlegg 4.

Utskrivningsklare pasienter

Samlet antall utskrivningsklare liggedøgn i Helse Nord var 11376 døgn i 2022. Vi vet også at skrøpelige eldre er innlagt i spesialisthelsetjenesten i flere døgn i Nord-Norge enn tilsvarende pasientgruppe i resten av Norge. Ser en på tall fra 2022 jevner dette seg ut når en trekker fra utskrivningsklare døgn.

⁴ [Ekspertutvalgets rapport "Gjennomgang av allmennlegetjenesten" \(22\)](#)

⁵ Per mars 2023 var 81,6% av landets fastleger næringsdrivende ("Gjennomgang av allmennlegetjenesten" kapittel 4.2.2 Ulike driftsformer)

Opptaksområde (RHF)	Opptaksområde (HF)	Antall skrøpelige som har vært innlagt på sykehus	Liggedøgn for skrøpelig eldre	Gjennomsnittlig liggedøgn for skrøpelige som har vært innlagt	Antall inneliggende opphold for skrøpeligeeldre	Gjennomsnittlig liggetid per opphold	Gjennomsnittlig opphold per pasient
		Helse Nord RHF	Finnmark	863	9 697	11	1 760
	Helgeland	1 147	14 967	13	2 456	6,1	2,1
	Nordland	1 971	23 100	12	3 961	5,8	2,0
	UNN	2 419	31 252	13	4 409	7,1	1,8
Helse Nord Totalt		6 400	79 016	12	12 586	6,3	2,0
Helse Midt-Norge RHF		9 312	104 992	11	18 341	5,7	2,0
Helse Vest RHF		12 554	131 754	10	25 734	5,1	2,0
Helse Sør-Øst RHF		32 988	318 267	10	64 358	4,9	2,0
Hele Norge		61 254	634 029	10	121 019	5,2	2,0

Tabell 6. Liggedøgn og antall opphold per pasient, skrøpelige eldre (2022)

Pasienter som blir liggende i sykehuset i påvente av et kommunalt tilbud utgjør en ukjent kostnad for spesialisthelsetjenesten. Foretakene har per i dag ikke mulighet for å hente ut data som beskriver hvilke pasienter som faktisk blir liggende i påvente av kommunalt tilbud. Det er grunn til å anta at en stor andel av disse pasientene er i gruppen skrøpelige eldre med ulik grad av kognitiv svikt og stort hjelpebehov. Dersom denne antakelsen er riktig har spesialisthelsetjenesten sannsynligvis langt større kostnader per døgn enn det kommunenes betalingsplikt dekker. I 2019 kostet et gjennomsnittlig liggedøgn i sykehus 18.175 kr, dog med et stort spenn: fra 4000 – 70.000 kr pr døgn⁶. Kommunenes betalingsplikt var i samme år kr. 5508 per utskrivningsklare døgn.

Tar en utgangspunkt i kostnad per liggedøgn og sats for betalingsplikt i 2019 og ser dette opp mot antall utskrivningsklare liggedøgn i 2022 (11 376 døgn) får en følgende regnestykke: Gjennomsnittlig kostnad per liggedøgn (kr 18 174,-) minus kommunal betaling (kr. 5508,-) gir en merkostnad per døgn på -kr 12 667,-. Samlet estimert kostnad for spesialisthelsetjenesten med utskrivningsklare døgn i 2022 blir ut fra dette regnestykket: 12 667 kr * 11 376 døgn = 144 millioner

Målet med bedre samordning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten må være at ordningen med betalingsplikt for utskrivningsklare døgn på sikt skal bli overflødig. Transaksjonskostnader og personellressurser som følger av fakturering og oppfølging ved uenighet, kunne vært benyttet på en bedre måte i helsetjenestene.

Formelle samarbeidsstrukturer

Tjenesteavtaler

I henhold til Lov om spesialisthelsetjenester § 2-1 e(17) og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-2(16) skal helseforetak og kommuner der helseforetaket har lokalsykehus, inngå samarbeidsavtaler. Samarbeidsavtalen skal bidra til å skape rammer for helhetlige pasientforløp for pasienter som mottar tjenester fra begge nivå. Dette skjer gjennom ansvar- og oppgavefordeling felles kartlegging av områder der det er behov for et tettere samarbeid.

Finansiering av samhandling

Ulike finansieringsmåter i helseforetak og kommuner skaper barrierer og stimulerer ikke til felles ansvar og løsninger i dag (21). Det er også reist spørsmål om gevinstrealiseringen av

⁶ IS-2950 side 7 og Statens legemiddelverk – dokumentasjon av enhetskostnader s. 11

samarbeidsprosjekter og om gevinstene har vært større i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten. Slike beregninger er kompliserte. Sykehusutvalget (2) foreslår at man gjennom samhandlingsbudsjetter legger til rette for mer helhetlig planlegging og varige samhandlingsløsninger. Ved økt samordning mellom primær og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge er insentivordninger og klare avtaler om finansiering påkrevd. Finansieringssystemene viktigste funksjon framover vil være at det fremmer og ikke hemmer gode og helhetlige pasientforløp.

Helsefellesskapene

Helsefellesskapene er viktige møtearenaer for primær- og spesialisthelsetjenesten. Gjennom helsefellesskapene formaliseres samhandlingsstrukturen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, samtidig som det gjøres tydeligere koplinger mellom politiske/styringsmessige, administrative/ledelsesmessige og faglige nivåer i samhandlingskjeden. Målet med helsefellesskapene var å sikre bedre tjenester og pasientforløp for de fire prioriterte pasientgruppene.

Det er etablert følgende helsefellesskap i Nord-Norge: Helsefellesskap Lofoten, Vesterålen og Salten, Helsefellesskap Troms og Ofoten og Helsefellesskap Helgeland. I Finnmark er helsefellesskap under oppbygging. Det er ulikheter i hvor langt helsefellesskapene har kommet i etablering og igangsetting av tiltak. Se vedlegg x for en nærmere beskrivelse av det enkelte helsefellesskap.

Arbeidsgruppe 5 vurderer at helsefellesskapene kan være en viktig samarbeidsarena for økt bærekraft i vår felles helsetjeneste i framtiden og har følgende forslag til forbedringer:

- Sikre at Strategiske samarbeidsutvalg har en sammensetning som kan bidra til strategisk lederskap over tjenestenivå
- Begge parter bør ha gode rutiner for medvirkning, og implementering i egen virksomhet.
- Tettere dialog med allerede etablerte regionale samarbeidsorganer (regionråd, helseledernetttverk, KS)
- Det anbefales at det opprettes et tett og nært samarbeid mellom Helsefellesskapene innad i regionen. Det er etablert et nettverk for samhandlingsledere i Helse Nord bestående av samhandlingssekretariatene, RHFet og KS.
- Økonomiske hensyn kan utfordre samarbeidet og det er etterlyst klarere sentrale føringer for finansieringsmodeller ved samordning av tjenester
- Ved innføring av samhandlingsbudsjett bør helsefellesskapene tildeles en tydelig rolle
- Samhandlingssekretariatene (samhandlingssjefer i sykehus og interkommunale samhandlingsledere) må gis et tydeligere oppdrag, inkludert hvilke saker som har prioritet

Arbeidsgruppen mener at det må sees på hvorvidt helsefellesskapene er hensiktsmessig organisert ut fra lokale forhold. Det kan være aktuelt å organisere fellesskap rundt lokalsykehusområder i større grad enn det gjøres i dagens modeller. En bør også vurdere om samordning er mulig å ivareta innenfor helsefellesskapsmodellen da samordninger som regel

innebærer en varig forpliktelse som vil utfordre kommunalt selvstyre, inkludert uforutsigbar økonomi. For å lykkes må kommunenes autonomi og myndighet være ivaretatt.

Sykehusutvalget (2) viser til at det er et betydelig potensial for å forbedre pasientbehandlingen gjennom bedre samhandling mellom kommuner og helseforetak, og at dette kan realiseres ved å bygge videre på helsefelleskapene.

Samhandlingslegeordningen

Samhandlingslegeordningen (tidligere Praksiskonsulentordningen (PKO)) baserer seg på at fastleger ansettes med bistilling i sykehus for å bidra til bedre samhandling mellom fastleger og sykehus. Modellen har etter evaluering utført i 2021 vist at ordningen er vanskelig å rekruttere til. Fastlegene oppgir at det ikke frigis tid til slike bistillinger med færre pasienter på lister eller at arbeidet godkjennes som arbeid på lik linje som sykehjemslegefunksjon/legevaksarbeid etc. Samhandlingsleger har vært benyttet til å lede fastlegeråd, fagdager/kurs for fastleger og sykehusleger og til å ha oversikt over fastlegepraksiser.

Sykehus	Stillingshjemler	Ansatte pr. november 2023
Finnmarkssykehuset	50% (vakant)	-
UNN	50% (20% + 10% x 3)	3
Nordlandssykehuset	20%+20%	-
Helgelandssykehuset	60 %	-

Tabell 7. Samhandlingsleger i Nord-Norge pr. november 2023

Arbeidsgruppe 5 vurderer det som sentralt at fastlegene er med i faste strukturer for samhandling. Fastlegeressurs burde imidlertid vært knyttet til en samordnet modell for samhandling i helsefelleskapene. Alle strategiske samarbeidsutvalg i Helse Nord har eller jobber nå med å oppnevne fastlege. Samhandlingslegeordningen erstatter ikke fastlegerepresentasjon i helsefelleskapene.

Arbeidsgruppens anbefalinger

Begrunnelse

Det er i dag en betydelige variasjon i rammer og forutsetninger for våre helsetjenester med hensyn til hvilke tjenester som er hensiktsmessig og mulig å levere lokalt. Det er variasjonen i avstander til sykehus, diagnostikk, kommuners demografiske bærekraft, tilgang på nøkkelpersonell og økonomi. Mange steder er man avhengig av enkeltpersoner for å opprettholde tilbud. Dette må tas hensyn til ved utvikling av modeller for samordning av tjenester på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppe 5 har i sitt arbeid valgt å ha et særlig fokus på pasientgruppen skrøpelige eldre. Framskrivningsmodeller har vist oss at deres behov for helse- og omsorgstjenester vil øke utover hva vi kan møte med kun økt bemanning de neste tiårene. Vi vil ha behov for både flere senger og økt kapasitet til oppfølging/utredning. Når skrøpelige eldre trenger økt sengekapasitet, det være seg dagseng eller døgn seng, er det fordi korte polikliniske konsultasjoner ikke fungerer for disse pasientene. De trenger mer tid, både pga.

skrøpeligheten men også fordi mange har komplekse og sammensatte lidelser. Stormottakere mellom 67 til 79 år brukte i gjennomsnitt ca. 14 ganger så mye ressurser per pasient som andre pasienter i samme aldersgruppe. Tilsvarende for aldersgruppen 80 år og eldre. Der brukte stormottakerne 8 ganger så mye ressurser som resten av pasientene i samme aldersgruppe(23).

Noe av behovet kan møtes gjennom dreining av tilbudet med økt fokus på proaktive og forebyggende tiltak. I tillegg må vi i framtiden sannsynligvis planlegge for økt antall sengeplasser. Arbeidsgruppe 5 vurderer at den største økningen i antall døgnplasser i framtiden må komme i kommunen. Det betyr også at en større andel av helsepersonellet i framtiden må jobbe i kommunene. Dette forutsetter at kommunene tilføres det det faktisk koster å bygge opp tilbudet, både økonomisk og personellmessig.

Arbeidsgruppe 5 har foreslått fire ulike modeller for samordning av tjenester (A-D). De betydelige forskjellene i kommuner og helseforetaks forutsetning for etablere tiltak tilsier at ulike modeller må utvikles. Tre av modellene omhandler samordning av døgntilbud. Målet med modellene er bedre ressursutnyttelse, bedre pasientforløp, færre transaksjoner, behandling nært der pasienten bor og behandling på best effektive omsorgsnivå (BEON). De foreslåtte modellene for samordning av tjenester må vurderes ut fra blant annet demografi, geografi, nærhet til sykehus og pasientens aktuelle situasjon.

Arbeidsgruppen har vurdert at dagens fragmenterte tjenester bidrar til dårlig utnyttelse av helsetjenestens samlede kapasitet. Gode pasientforløp og økt systematikk i samhandling om pasientrettede tilbud til de fire prioriterte pasientgruppene foreslås løst gjennom økt bruk av team (D) som i større grad understøttes av teknologi. Kunnskapsbaserte teammodeller fører til redusert behov for tjenester gjennom god koordinering og en proaktiv tilnærming, som FACT og PSHT. Arbeidsgruppens vurdering er at primær- og spesialisthelsetjenesten bør opprette tverrfaglige team innen psykiatri og somatikk i et større omfang. På sikt er det et mål at utvikling av bedre helhetlige digitale systemer for samhandling kan redusere behovet for team- og koordinatorressurser.

Arbeidsgruppe 5 har i tillegg til å beskrive modeller for samordning av tjenester valgt å peke på felles satsningsområder for primær- og spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen vurderer at bedre utnyttelse av allerede eksisterende teknologi og fortgang i teknologiske innovasjoner for samhandling, vil ha stor betydning for bærekraft. I tillegg peker vi på betydningen av å utdanne, rekruttere og beholde personell med generalistkompetanse og kompetanse på samhandling. Den knappeste ressursen i framtiden vil være helsepersonell med riktig kompetanse. I tillegg mener arbeidsgruppe 5 at helsetjenesten har et felles ansvar for forebygging og økt helsekompetanse i befolkningen. Vi må også styrke egenmestring ved sykdom gjennom gode og helhetlige læring- og mestringstilbud til pasienter og pårørende.

Alle arbeidsgruppens forslag innebærer at primær og spesialisthelsetjenesten kommer nærmere hverandre og løser flere utfordringer i fellesskap. Arbeidsgruppe 5 har i sine forslag til modeller vektlagt innspill fra regionens ungdomsråd (13). Vi foreslår at det legges til rette for at desentrale spesialisthelsetjenester som gis ofte bør leveres så nært som mulig der

pasienten bor. Dette kan gjøres gjennom permanente lokale tilbud, ambulering samt økt bruk av digitale konsultasjoner.

Arbeidsgruppe 5 vil vise til Generalistkommuneutvalget (9) som foreslår interkommunale løsninger som en mulighet for at kommuner med få innbyggere skal kunne ivareta sine oppgaver etter lov og forskrift. Arbeidsgruppe 5 vil ikke gå inn på kommunelovens bestemmelser og om eventuelt samarbeid vil kunne organiseres via interkommunale selskap (IKS), kommunalt oppgavefelleskap eller ut fra bestemmelser om vertskommuneforpliktelser.

Modeller for samordning av tjenester

Arbeidsgruppen identifiserte 8 drivere for økt bærekraft (s. 9). Seks av disse er lagt til grunn for forslagene til modellene for samordning av tjenester:

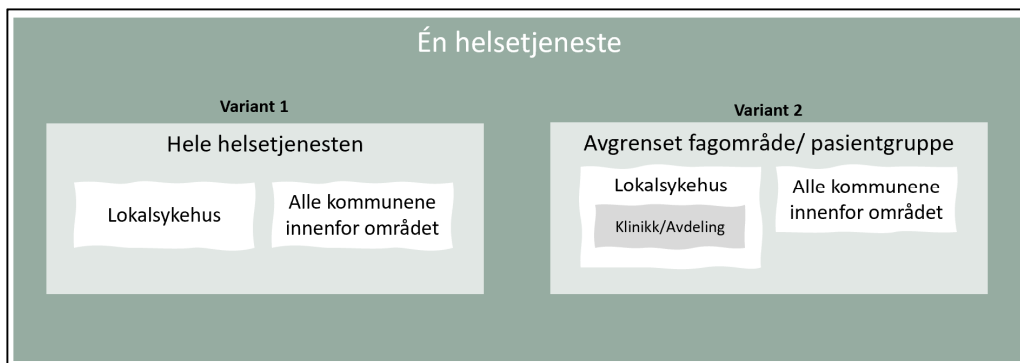
- Felles planlegging og samordning som bidrar til effektiv og **riktig bruk av kompetanse**, inkludert bedre oppgavedeling og sambruk av helsepersonell på tvers av tjenester. Ved samarbeid må det ikke involveres flere helsepersonell enn nødvendig
- Bidra til at pasienter får tjenester på **best effektive omsorgsnivå (BEON)**. Dette inkluderer at tjenestene i felleskap reduserer transaksjonskostnader, reduserer overutredning, overdiagnostisering og at behandlinger med liten effekt elimineres
- Bedre muligheter for **pasientens medvirkning** gjennom tettere dialog om egen sykdom, opplæring, egenmestring, aktiv behandling og monitorering i eget hjem med utgangspunkt i «Hva er viktig for deg?»
- Forebygging av innleggelser, blant annet gjennom **proaktiv oppfølging** av pasienter med omfattende koordineringsbehov
- Felles strategi for at innbyggere skal kunne motta tjenester og **behandling nært der de bor**
- Felles innovasjonsprosesser for tjenester og **teknologi** som sikrer rask og riktig utvikling, inkludert effektivisere kommunikasjon og samhandling som bidrar til unødig rapportering og digitale tidstyver

Kost/nytte-effekt av foreslåtte modeller innebærer kompliserte beregninger på to forvaltningsnivå og arbeidsgruppen har vurdert at dette ikke har vært mulig å innhente med nødvendig kvalitet i utredningsperioden. Gode helseøkonomiske modeller må utvikles og modellene evalueres og følges av forskning. Det anbefales ikke å igangsette mer enn en modell per lokalsykehusområde av gangen da implementering av nye modeller vil føre til økte transaksjonskostnader.

A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse

I denne modellen organiseres primær- og spesialisthelsetjenester som ett nivå.

Sammenslåingen er organisatorisk, økonomisk og faglig og skal bidra til at samlet tilgang på spesialisthelsetjenester og helse- og omsorgstjenester ses under ett i ett geografisk område (integreringsnivå 6). Modellen kan også prøves ut innenfor et avgrenset fagområde, for eksempel Psykisk helsevern og TSB (integreringsnivå 5).



Figur 12. Samordning av primær – og spesialisthelsetjenesten til en felles helsetjeneste

Beskrivelse

Pasienter, brukere og pårørende møter en samlet helse- og omsorgstjeneste og målet er at ressursene til enhver tid benyttes der behovet er størst. En felles integrert tjeneste vil ha ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til befolkningen etter både spesialisthelsetjenesteloven (17) og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (16).

Målet med en sammenslåing til ett nivå er å sikre samfunnet økt bæreevne med tanke på tilgang på personell og stabil beredskap. En felles organisering, ledelse, fag og utøvelse forbedrer mulighetene for BEON, god logistikk og riktig bruk av helsepersonell samt gode pasientforløp. En kan også unngå krevende overganger i forløp mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester samt redusere konkurranse om helsepersonell. Unødvige diskusjoner om ansvar for pasienter i gråsonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan i større grad unngås når tilbudet skal ligge i en felles tjeneste. En felles helsetjeneste gir økt mulighet til å ta helhetlig innbyggeransvar i en felles helsetjeneste. Det kan også legges større incentiver inn mot å jobbe forebyggende og med hjemmebehandling. En samlet tjeneste vil også kunne bidra til økt overføring av kunnskap, kompetanse og ideer.

I denne modellen tilhører ambulansetjeneste, legevakt, kommunalt ansatte fastleger, jordmortjenester, kommunale fysioterapeuter, desentraliserte spesialisthelsetjenester, avtalespesialister, helsestasjon, hjemmetjenester og sykehjem mv. samme organisasjon. Ved en slik samordning av tjenester vil fastleger i privat virksomhet kunne inngå avtaler med den samordnede tjenesten, etter mal fra private avtalespesialister i spesialisthelsetjenesten.

Dersom en velger å prøve ut en samordning av tjenester ett fagområde vil tjenestene ha et felles ansvar for fagområdet og lovverket som regulerer dette. Fastleger og legevaktssleger vil ikke inngå i samorganiseringen. Avtalespesialister med driftstilskudd innenfor samme fagområde med geografisk tilhørighet i aktuelt lokalsykehusområde skal være en del av det samlede tilbudet i denne modellen. Det kan være aktuelt å avgrense samordningen av tjenestene til å gjelde en klinikk, eller en avdeling i en klinikk.

Arbeidsgruppen mener det er en klar fordel at alle kommunene i aktuelt opptaksområde er med dersom det skal være aktuelt å slå sammen av primær- og spesialisthelsetjenesten. Ved forslag om forsøk på sammenslåing mellom vertskommune og lokalsykehus må det ved oppstart foreligge planer og intensjonsavtaler om skalering slik at de andre kommunene i opptaksområdet kan bli med.

Teknologi og digital samhandling i modell A

Sammenslåingen til ett organisatorisk og økonomisk nivå kan forenkle informasjonsdeling på tvers av dagens juridiske enheter. Det skaper også mulighet for en felles journal og skalaeffekter av andre felles systemer. Sammenslåing kan sikre en mer koordinert utvikling, anskaffelse og implementering samt felles finansiering av digitale løsninger. For små kommuner og fastleger er det potensial for forenklet drift og forvaltning.

Utvikling og vedlikehold av store, integrerte systemer er derimot komplekse og ikke i tråd med nasjonal (51) og regional strategi. Behovene i sykehus, kommuner og fastleger er svært forskjellige og felles systemer vil mangle fleksibiliteten som er nødvendig for å tilpasse seg lokale forhold og individuelle behov.

Forutsetninger for å lykkes

Samordningen fordrer bred konsensus om mål samt betydelig kulturendring i både primær- og spesialisthelsetjenesten og setter store og sammensatte krav til prosess og beslutning. En må være særlig bevisst på at samordning krever langsiktige driftsavtaler og utfordrer kommunenes mulighet til å påvirke utviklingen av en meget viktig kommunal oppgave. Varige forpliktelser utfordrer kommunalt selvstyre

Primær- og spesialisthelsetjenesten i en felles organisasjon vil bestå av en rekke lokasjoner og et bredt tjenestetilbud. Det må tas hensyn til at store og sammensatte organisasjoner med bredt oppgavespenn kan bli uoversiktlige. Det må derfor arbeides for å sikre felles kultur, strategier og kompetanse som sikrer at tjenesten blir mest mulig effektiv, og at pasientene som trenger det mest er de som prioriteres. Det bør fortsatt være klare terskler for henvisninger til den mest spesialiserte delen av tjenesten.

En organisasjon med en felles ledelse kan i større grad iverksette prosjekter som har fokus på riktig oppgavedeling på tvers av geografi, enheter, avdelinger og klinikker. Det framkommer bekymringer i arbeidsgruppe 5 om at en sammenslåing av primær- og spesialisthelsetjenesten kan resultere i sentralisering av helsetjenester helt ned på primærhelsetjenestenivå. Noen er bekymret for at også fastleger og legevakter kan bli flyttet fra distriktene og inn til byene. Avstander kan bare delvis kompenseres for ved digital samordning.

Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten er øverste trinn i trappetrinnsmodellen for integrering av tjenester. En slik modell fordrer omfattende prosesser med utredninger og risikovurderinger. Modell A må understøttes gjennom endring av regelverk og finansieringsordninger dersom det skal være aktuelt å gå videre med denne.

Samlet vurdering av bærekraft

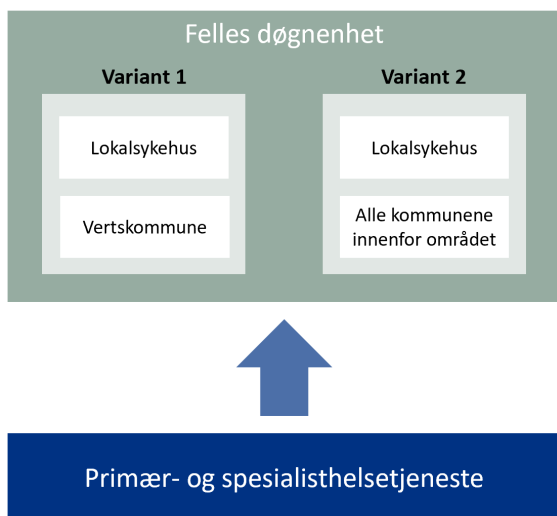
Sentrale drivere for bærekraft i modell A er effektiv og riktig bruk av personell samt hypotesen om at en felles tjeneste vil gjøre det lettere å sikre at pasienten får tjenester på beste effektive omsorgsnivå (BEON). Felles ledelse og ressursstyring vil bidra til mer helhetlige og bærekraftige prioriteringer og omfanget av medisinske undersøkelser, transport og andre transaksjonskostnader vil kunne reduseres.

Noen lokalsykehusområder i Nord-Norge vil ha bedre forutsetninger til å vurdere en felles tjeneste enn andre med hensyn til at tjenestene allerede er geografisk nære og der legevakt, akuttmottak og ambulansestasjoner er mer eller mindre samlokalisert i dag.

For de fire prioriterte pasientgruppene der mange mottar tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er det grunn til å anta at tjenestetilbudet kan bli mer sømløst, helhetlig og koordinert når tjenestene gis av ett nivå med en ledelse.

B: Fleksibel bruk av senger i døgnerheter på tvers av tjenester

Modell B beskriver samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom fleksibel bruk av senger i en felles døgnerhet der tjenestene betaler for faktisk bruk.



Figur 13. Felles døgnerhet der tjenestene betaler for faktisk bruk (trekkspillsmodell)

Beskrivelse

I modell B benyttes senger ut fra behov og det er enighet om ansvar og oppgaver, inkludert vurderinger av behandlingsintensitetsnivå. Samordningen forutsetter samlokalisering, men kan også vurderes dersom helsehus er lokalisert nært sykehus eller hvis tilbudet er knyttet til DMS/DPS. Senger i slike døgnerheter vil ha lavere bemanningsnorm enn døgnerheter i sykehus. Når pasienter er innlagt i kommunale senger i døgnerheten vil de kunne få gjennomført utredninger og vurderinger som kommunen ikke kan tilby.

Hovedmålgruppen for døgnerheten vil være pasienter med behov for korte opphold som er i gråsonen mellom kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert observasjonssenger og KAD/ØHD. Sengene vil også kunne benyttes til observasjon og opphold som krever lavere bemanningsnorm enn sykehussenger. Det har vært foreslått at den felles døgnerheten kunne ha pasienter også pre- og postoperativt ved ukompliserte forløp. Målet med døgnerheten er at pasientene skal ha tidsavgrensede opphold før de blir sendt videre til enten sykehus, sykehjem eller hjem.

Døgnerheten kan gi et tilbud til pasienter som er i skjæringspunktet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det kan også tilbys utredningsopphold. Behandlingsforløpene bør være av kort varighet og evalueres etter 10 dager. Døgnerheten vil også kunne være et mellomledd mellom en sengepost på sykehus og en sengepost i et kommunalt sykehjem.

Sammenliknet med sykehjemmet har døgneheter høyere bemanningsnorm og større tilgang på og bredde i helsehjelp. Sammenlignet med sykehusavdelinger vil enheten ha lavere bemanning og mindre medisinskteknologisk utstyr.

I slike døgneheter vil det kunne være et felles team på tvers av tjenestene som beslutter videre behandling og behandlingsintensitetsnivå. Sammensetning av teamet vil avhenge av pasientgruppe, men må minimum bestå av lege og sykepleier. Andre aktuelle yrkesgrupper er psykolog, fysioterapeut, ergoterapeut og ernæringsfysiolog.

Arbeidsgruppen vurderer det som en fordel om alle kommunene i aktuelt lokalsykehusområde er med i samarbeidet om døgneheter organisert ut fra modell B. Et forsøk på fleksibel bruk av sengeplasser på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten kan likevel vurderes prøvd ut i et samarbeid mellom et lokalsykehus og lokalsykehusets vertskommune. Innen psykisk helsevern og TSB kan en se for seg en felles døgnetet som består av både DPS-døgnplasser og KAD/ØHD-senger for mennesker med psykiske lidelser.

Samordning ved fleksibel bruk av sengeplasser i døgneheter kan prøves ut med høy grad av integrerte tjenester (nivå 5), men kan også gjennomføres ved sambruk av personell, delte stillinger og kjøp av tjenester hos hverandre (nivå 3).

Teknologi og digital samhandling i modell B

Modell B forutsetter at primær- og spesialisthelsetjenesten kan dele informasjon på tvers av tjenestene. Eksempler på dette er deling av journaldokumenter, Pasientens legemiddelliste, og andre relevante digitale løsninger som nevnt i kapittel om teknologi og digital samhandling (s.16).

Kommuner i Nord-Norge er estimert å få tilgang til pasientjournaler og annen relevant pasientinformasjon fra sykehus i regionen fra 2024. Kommunene vil kunne benytte den nasjonale kjernejournalportalen inntil integrasjon mot kommunale journalsystemer og andre fagsystemer er på plass. Deling av pasientinformasjon fra kommuner til sykehus er under planlegging i Kommunenes Sentralforbunds prosjekt "Felles Kommunal Journal" [\(48\)](#), og realiseres fortløpende etter hvert som kommuner bestiller og implementerer nasjonale løsninger. Dette forventes å være på plass tidligst i 2025-26.

Forutsetninger for å lykkes

- Fleksibel bruk av døgneheter på tvers av tjenester vil kreve klare avtaler om ansvar og oppgavedeling samt god forankring. Samordningen innebærer en varig forpliktelse som vil utfordre kommunalt selvstyre, inkludert uforutsigbar økonomi knyttet til forbruk av senger
- Etableringen må ha utgangspunkt i et felles ønske og nytteverdi for både primær- og spesialisthelsetjenesten må beskrives. Sambruk av senger krever gode avtaler og avklaring av ansvar og oppgaver. Administrativ ledelse av døgneheter bør ligge til en av tjenestene men arbeidsgruppen tar ikke stilling til hvem.
- Modellen fordrer godt samarbeid og vurderinger av om når en pasient skal ha utredning/behandling/oppfølging fra henholdsvis spesialist og kommune. I avtalene må det inngå tydelige føringer med hensyn til forbruk for å minimere risikoen for at

tjenester sentraliseres og at. Det er en bekymring for at de mer typiske sykestuepasientene ikke får nok plass dersom sykehuset skal disponere senger effektivt og fleksibelt ut fra sine behov.

- Modellen endrer ikke arbeidsflyten mellom nivåene, men stiller krav til gjennomarbeidede avtaler mellom tjenestene. Modellen utvider ikke tjenestenes ansvarsområde, men gjør det tydeligere hvilke tilbud primær og spesialisthelsetjenesten må tilby og presisere hvem som har ansvar for hva.
- Felles byggeprosjekt muliggjør tilrettelegginger ved at mest mulig av medisin teknisk utstyr (MTU) anskaffes felles. Det samme gjelder senger og annet utstyr.
- Det må være samsvar tjenestenes mellom forbruk og kostnader. I utgangspunktet kan samarbeidende parter bistå med finansiering av døgnerheten basert på populasjonens størrelse. Det bør samtidig avtales hvordan dette skal avregnes ut fra faktisk bruk så døgnprisen ikke blir uforholdsmessig høy for samarbeidskommuner som benytter seg lite av tilbudet.

Vurdering av bærekraft

Sentrale drivere for bærekraft i modell B er særlig at den bidrar til behandling på best effektive omsorgsnivå (BEON). Pasienter i spesialisthelsetjenester som kan være på enheter med lavere bemanningsnorm får tilbud om dette, og pasienter som ligger i kommunale senger får tilbud om utredning og vurdering uten å måtte henvises til spesialisthelsetjenesten. Felles kapasitetsutnyttelse i forhold til sengeplasser optimaliserer behandlings/pasientforløpet til den enkelte pasient. Døgnerheten kan også benyttes dersom hjemkommune ikke er klar til å ta imot pasienter som er vurdert som utskrivningsklare av spesialisthelsetjenesten.

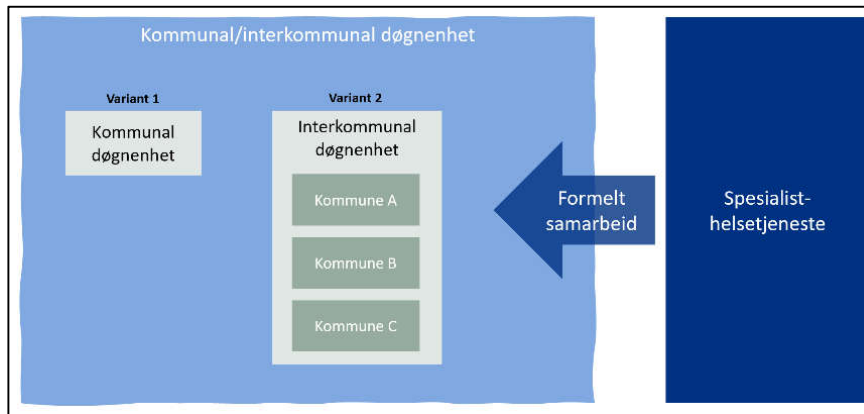
En annen driver for bærekraft i modell B er riktig bruk av personell og kompetanse. Gjennom døgnerheten kan flere funksjoner gjøres tilgjengelig for kommunale pasienter. Tverrfaglighet og tilgang på nisjekompetanse kan dermed sikres. Dette fordrer imidlertid at tilgang på spesialist- og nisjekompetansen finnes i nødvendig omfang. Økt felles fokus på prioritering og «kloke valg»[\(52\)](#) vil være et viktig fokus i modell B.

Modell B kan ved riktig bruk bidra til at tjenestene unngår transaksjonskostnader, både økonomisk og belastninger på pasienten ved at pasienten utredes og ferdigbehandles på ett sted. Dette medfører mindre forbruk av helse- og omsorgstjenester, samlet sett. En må imidlertid være oppmerksom på at økt tilgang på utredninger som gjennomføres i spesialisthelsetjenesten for de kommunale sengene også kan medføre overutredning og overbehandling.

En annen positiv konsekvens av å etablere en felles døgnerhet på tvers av tjenestene vil være økt samarbeid og kunnskapsutvikling om pasienter i gråsonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Slike enheter kan også bidra til forsterkede utskrivningsprosesser. Felles fagmiljø kan øke kompetanse rundt triagering og få et felles språk som gir raskere grunnlag for avklaring av innleggelse (for eksempel. NEWS-skår). Videre vil denne modellen medføre at det kan bli mindre behov for hospitering da helsepersonell arbeider tettere og får god innsikt i hverandres tjenester.

C. Kommunale døgnerheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten

Denne modellen for døgntilbud i kommunen med økte ressurser og støtte fra spesialisthelsetjenesten bidrar til at man kan behandle flere pasienter på et lavere og bedre omsorgsnivå. En forutsetning for modellen er at tilbudet gis uten at det går utover kvalitet eller forsvarlighet. Et eksempel på slike kommunale døgnerheter er sykestuene i Finnmark (se s.28 og 63).



Figur 14. Kommunale døgnerheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten

Beskrivelse

Gjennom formelle avtaler om ressursbruk og tilgjengelighet tilbys kommunale sengeposter økte ressurser og støtte fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan inkludere utstyr og personell til analyse av blod- og urinprøver lokalt, bruk av mer avansert oksygenbehandling og bruk av sprøytepumper/infusjonspumper ved behov. Det kan også inkludere kompetansestøtte i form av veiledning, undervisning og/eller bistand i direkte pasientarbeid. Dette kan skje digitalt eller ved ambulering. Døgnerhetene i ulike kommuner vil ha forskjellig behov for støtte. Delte stilinger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i form av en hus-hyttmodell (ref. helsepersonellkommisjonen [\(3\)](#)) kan inngå som arbeidsform.

Eksempler på utrednings-, kompetanse- og beslutningsstøtte fra spesialisthelsetjenesten:

- Muligheter for radiologiske undersøkelser (røntgen thorax, røntgen skjelett, Ultralyd abdomen, CT) og digital tolkningsstøtte
- Telemetriovervåking med bistand fra lokalsykehus og radiologiske tjenester
- Rask tilgang på laboratorieprøver (f.eks. klinisk kjemi). En av årsakene til innleggelser på sykehus i dag er behovet for raske analyser av blodprøver, for eksempel arteriell blodgass
- Tilgang på CPAP/BiPAP/optiflow og eventuelle oksygentilførsler utover maske/nesekateter
- Bistand til vurdering av utredning og behandlingsintensitetsnivå for pasienter innen psykisk helsevern

Langtidsplasser i sykehjem inngår ikke i modellen. Korte behandlingsforløp anbefales og opphold bør evalueres etter maks 10 dager men strikte inklusjonskriterier for inntak.

Det anbefales minimum 4-6 senger per kommunale døgnerhet. Døgnerheten kan tilhøre enkeltkommuner eller organiseres gjennom interkommunale samarbeid. Sentralisering av legevakt fordrer sentralisering av døgnerheten da kommunale akutte døgner-senger (KAD/ØHD) bør inngå i enhetens tilbud. Enheten kan ligge i en vertskommune for

sykehus/DMS/DPS, men dette er ikke avgjørende. Erfaringer fra sykestuene i Finnmark (s. 28 og 63) viser at døgntilbud i kommuner med stor avstand til sykehus kan fungere vel så godt.

Hensikten med døgnetenhetene er at de skal kunne ta imot og behandle pasienter som trenger behandling, utredning og/eller pleie som ikke kan utføres i pasientens hjem, men der det heller ikke er nødvendig med spesialiserte helsetjenester i sykehus. Pasientene legges inn til et tidsavgrenset opphold med mål om å skrives ut til hjemmet. Det er likevel mulig å overflytte pasienten til sykehus eller annen kommunal institusjon under/etter oppholdet dersom dette vurderes nødvendig. Avtaler om ubyråkratisk overflytting av pasienter til høyere behandlingsnivå ved forverring eller manglende bedring av helsetilstand bør inngå i samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Samordningen vurderes å være integrerte tjenester på nivå 2, men kan også innebære kjøp av tjenester/delte stillinger (nivå 3).

Teknologi og digital samhandling i modell C

Kommunale døgnetenheter med støtte fra spesialisthelsetjenesten vil ha nytte av de samme digitale mulighetene som beskrevet under fleksibel bruk av senger i døgnetenheter på tvers av tjenester (B). Det eksisterer i dag rimelige teknologier som muliggjør virtuell oppfølging av pasienter ved å overvåke deres vitale tegn på en ikke-invasiv måte og i sanntid. Teknologien kan være særlig nyttig for å følge opp pasienter som har behov for kontinuerlig overvåking. Overvåkningen kan kombineres med videoløsninger.

- Kontinuerlig overvåking kan raskt identifisere problemer før de blir alvorlige og gi bedre pasientsikkerhet og gi trygghet for lokalt personell.
- Helsepersonell kan overvåke flere pasienter mer effektivt, da dataene lett kan kontrolleres fra sentrale dashbord. Systemene har også innbygd varsling basert på grenseverdier og kunstig intelligens (KI).
- Ved å bruke virtuell oppfølging kan kommuner og sykehus optimalisere samarbeid og bruk av ressurser.

Forutsetninger for å lykkes

- *Finansiering.* Det er i dag ingen incentiver for kommuner til å opprette flere kommunale senger med kort liggetid, inkludert kommunale akutsenger.
- *Tilgang på personell* i kommunene samt beskrivelse av nødvendig bemanning. Eksempel: Daglig visitt med tilsynslege og sykepleier, med tilknytning til lokal legevakt for støtte i helger og på helligdager er nødvendig. Tilsynslegen bør være en erfaren allmennlege for å ivareta bredden i pasientkategoriene, og derav tilstrekkelig generalistkompetanse. Smalere spesialistkompetanse innhentes ved behov fra sykehuslege på telefon eller video. Det må også være lett å komme i kontakt med fastlegen. Felles journalsystem er en fordel.
- *Faglig rammeverk* må være på plass, inkludert gode beskrivelser av eksklusjons- og inklusjonskriterier. Beskrivelser fra Medisinsk faglig veileder for kommunale akutt plasser [\(53\)](#) og avtalene til sykestuene i Finnmark kan sees til i dette arbeidet.

- *Enkel tilgang til laboratorietjenester* på hverdager er en viktig forutsetning, og personal-tilgang til enkle prøver ellers i døgnet og i helger. CRP, hemoglobin, blodsukker og urinstiks er et absolutt minimum.
- *Fysioterapitjenester* på hverdager er nødvendig ved rehabilitering, helst også ergoterapi.
- Sengeposten må ligge i pasientens hjemkommune eller nabokommunen. Kort reisevei er nødvendig for å lette tilgangen til hjem/pårørende, kontakt med fastlege og kommunale pleie- og omsorgstjenester, samt redusere reisebelastning.

Jamfør generalistutvalgets vurderinger(9) vil mange av regionens små kommuner ikke ha ressurser eller personell til å drive denne typen døgnenheter alene. Ved samarbeid om slike tilbud bør det vurderes å se på ordninger som bidrar til at finansiering og forbruk står i forhold til hverandre. Utgangspunktet for felles finansiering kan være populasjonsbasert, men avtaler bør innebære at kostnader avregnes etter faktisk bruk. Dersom dette ikke gjøres kan det være vanskelig å argumentere for et fortsatt samarbeid dersom døgnprisen blir uforholdsmessig kostbar for kommuner som benytter tilbudet sjelden. Erfaringer tilsier at tjenesteforbruket er størst for folk som har kort vei til tilbud.

Vurdering av bærekraft

Sentrale drivere for bærekraft i modell C er særlig behandling på beste effektive omsorgsnivå (BEON) samt at pasientene får behandling så nært som mulig der de bor. Det er sannsynlig at man med en slik ordning, med riktig pasientseleksjon, kan levere minst like gode tjenester med lavere personellforbruk til en betraktelig lavere kostnad. Det at all behandling gjøres på samme forvaltningsnivå, reduserer antallet transaksjoner, reduserer pasientreiser og bidrar til helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Pasienter som trenger tilbud ofte, i hovedsak de fire prioriterte pasientgruppene, kan motta tjenester lokalt og møter samme personell hver gang. Kontinuitet og kjennskap har betydning for trygghet og kvalitet. I tillegg fører lokale tilbud til redusert reisevei for pasienter og pårørende og legger til rette for bedre kvalitet og sømløse pasientforløp i overgangen mellom hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenester.

Modell C vil også bidra til effektiv og riktig bruk av personell og kompetanse ved at spesialisert kompetanse i større grad bidrar til kompetanse- og beslutningsstøtte på spissede problemstillinger og tolkningsstøtte av ulike utredninger som gjennomføres lokalt. Teknologi og bedre digital samhandling bidrar også til bærekraftige tjenester gjennom bedre bruk av dagens teknologi samt utvikling av nye løsninger.

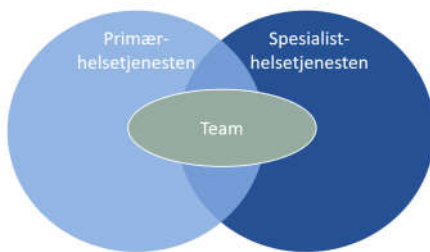
Det kan argumenteres for at modellen medfører en forskyvning av tjenester og ansvarsbyrde fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det kan også argumenteres for at modellen pålegger spesialisthelsetjenesten å bistå kommunene med oppgaver spesialisthelsetjenesten anser som kommunale oppgaver. Økonomiske, personellmessige og faglige forutsetninger må utredes i det videre arbeidet med å vurdere om modell C er et aktuelt mulighetsrom for bedre samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten.

D: Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy.

Bruk av teknologi og digitale verktøy i teamarbeid er den sentrale driveren for økt bærekraft i modell D. Målgruppen for teamene er pasienter med langvarige og sammensatt behov som har tilbud både i primær- og spesialisthelsetjenesten. De fleste av disse pasientene vil tilhøre de fire prioriterte pasientgruppene. Teamene kan bidra til koordinerte samhandlingsløp på tvers av tjenestene med klare beskrivelser av ansvar-, rolle- og oppgavefordeling.

Det er store forventningene til teknologiutvikling samtidig som erfaringen er at integrering av digitale løsninger tar tid og krever ressurser. På denne bakgrunn har arbeidsgruppen valgt å presentere to teammodeller. Den første omhandler hvordan teammodeller kan bidra til økt bærekraft ved bruk av den teknologien og de digitale løsningene vi har i dag (a). Den andre modellen beskriver teambasert arbeid på tvers av tjenestene ved bruk av framtidens teknologi (b). Vurdering av bærekraft ved temaorganisering generelt omtales i «a». Vurderingen av bærekraft i «b» vektlegger den forsterkede effekten innføring av framtidens teknologi vil kunne ha på fremtidig teamorganisering.

1. Økt bruk av teammodeller basert på tilgjengelig teknologi (modell a)



Figur 15 Teammodeller

Beskrivelse

I denne modellen understøtter tilgjengelig teknologi implementering av dynamiske og fleksible måter å organisere team på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Formålet er å bedre arbeidsdeling og informasjonsutveksling mellom samarbeidende personell gjennom god koordinering, helhetlige, proaktive og personsentrerte tjenester gjennom hele pasientforløpet.

Målgruppen for teamene er pasienter med langvarige og sammensatte lidelser som vurderes å ha behov for koordinering og en helhetlige planer. De fire prioriterte pasientgruppene inngår. Teamene kan være faste og jobbe ut fra fastsatte tjenestemodeller som PSHT og FACT, eller organiseres rundt enkeltpasienter i lengre eller kortere perioder. Et eksempel på dette er barnepalliative team. Team kan også organiseres for å bidra til å tilrettelegge helsetjenester for noen grupper pasienter, for eksempel samiske helseteam.

Bruk av teknologi vil kunne forbedre pasientforløpene på flere områder. I utskrivingsprosesser kan flere involverte delta når utskrivings samtalen gjennomføres digitalt; pasient, pårørende, fastlege og kommunehelsetjenesten. Mer bruk av digitale møter sikrer også felles planlegging og tilgang på spesialistkompetanse uten fysisk oppmøte. Kritisk kompetanse tilgjengeliggjøres i kommunene som ikke har en slik kompetanse tilgjengelig gjennom interkommunalt samarbeid. Et eksempel på dette kan være at kommuner som mangler fysio- eller ergoterapeut kan få tilgang på denne kompetansen gjennom

interkommunalt samarbeid, med en terapeut som er ansatt i en annen kommune og som jobber i teamet. Digitalt samarbeid og konsultasjoner kan være et viktig tillegg til ambulering og fysiske møter.

Primær- og spesialisthelsetjenesten kan ha ulike modeller for samarbeid i team: samlokalisering, tett samarbeid mellom ulike team og fagpersoner, eller gjennom tverrfaglig samarbeid på distanse (digitale konsultasjoner, rådgivning og samhandling). Yrkesgrupper som inngår i teamet tilpasses målgruppe, innsatsområde, lokale behov og aktuelle situasjon.

Teamorganisering med økt bruk av eksisterende digitale løsninger anbefales implementert i lokalsykehus og omkringliggende kommuner. Avtaler kan inngås mellom sykehus og enkeltkommuner eller sykehus og flere kommuner som inngår i et samarbeid.

Grad av integrering er fortrinnsvis 4 eller 5. Grad 2 kan vurderes i enkelte tilfeller for eksempel ved samarbeid mellom sykehus og mindre kommuner.

Teknologi og digital samhandling i modell D (a)

Tverrfaglig jobbing på tvers av tjenester gjør det nødvendig med digital funksjonalitet som gir støtte til arbeidsprosesser i team. Aktørene har behov for å få et tydelig helhetsbilde i sanntid, gjøre raske avklaringer, tilrettelegge for felles planlegging og oppfølging av pasientene. Relevant informasjon skal være tilgjengelig for både helsepersonell i deres journalsystemer og pasienten. Samordningen muliggjøres gjennom etablerte teknologiske løsninger.

Eksempler på tilgjengelige digitale samhandlingsløsninger:

- Dokumentdeling via Kjernejournal
- Digitale dialogmeldinger
- Sanntidskommunikasjon med lyd og bilde
- Digital hjemmeoppfølging

Digitale samhandlingsløsninger som innføres innen kort tid:

- Pasientrapporterte opplysninger
- Dialog behandler-pasient
- Pasientens legemiddelliste

Forutsetninger for å lykkes:

- «Hva er viktig for deg?» er utgangspunktet i kommunikasjonen med pasient og pårørende og sikrer helhetlige, koordinerte og proaktive tjenester
- *Felles kompetanseheving* både med hensyn til grunnlagstenkning, metodikk og målbilde vil bidra til å understøtte kulturendring i måten å jobbe på, på tvers av fag og tjenestenivå.
- Felles satsning på økt og bedre *bruk av tilgjengelig teknologi*

- Innføring av team stiller store *krav til prosess*, beslutninger og forankring på ledernivå. Finansiering, roller, ansvar og overganger må avklares, og formelle avtaler etableres. Opprettelse av faste team innebærer langvarige forpliktelser
- Felles kunnskaps- og systemutvikling på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten for felles koordinering og prioritering av pasienter. I dette arbeidet inngår også å effektivisere arbeidsflyt og prosesser, styrke koordineringskapasiteten samt ivareta personvern og pasientsikkerhet.
- Tjenestene må tilpasses hverandre og *gevinstrealisering og alternativkostnader* må vurderes
- *Kunnskapsbaserte effektmålinger* underveis i etableringen vil avdekke forbedringsområder
- Etablering av team krever *oppbygging av kompetanse* for å sikre måloppnåelse. Dette vil kreve ressurser og investering i pukkelkostnader eller intern omfordeling av eksisterende ressurser.
- Utbygging av digitale støttestrukturer innen teammodellene bør følges av forskning for å sikre en grundig forståelse av effektene. Det er også essensielt at indikatorer for måloppnåelse utvikles i samarbeid mellom helseforetak og kommuner, samt at det etableres modeller for gevinstrealisering.

Vurdering av bærekraft

Den sentrale driveren for at teambasert arbeid på tvers av tjenester skal bidra til økt bærekraft er i denne modellen bedre og mer bruk av tilgjengelig teknologi. Økt bruk av teknologi sikrer kommunikasjon og samhandling innad i teamet og bidrar til å fjerne unødig rapportering og digitale tidstyver. Dette gjør at helsepersonell kan bruke tiden sin mer effektivt. Teknologi fører til bedre informasjonsflyt og koordinering, det kan hjelpe til med å identifisere tilbakefall og dermed bidra til at pasienter får behandling på beste effektive behandlingsnivå (BEON). En forventer at teammodeller vil bidra til å redusere samlet ressursbruk gjennom reduksjonen av liggedøgn for pasienter i målgruppen, reduksjon i antall akuttinnleggelse og akutte transporter samt mindre forbruk av kommunale korttidsplasser, tilsiktet økt innsats av hjemmetjenesten og færre akutte transporter (ref. både FACT og PSHT, [49](#), [50](#), [20](#)).

Teknologi kan også bidra å sikre felles planlegging og samordning som bidrar til effektiv og riktig bruk av kompetanse, inkludert bedre oppgavedeling og sambruk av helsepersonell på tvers av tjenester. Spesialistvurderinger vil være tilgjengelig. Ved å benytte digitale tjenester og avstandsoppfølging kan teamorganisering videre bidra til å redusere helsetjenesteforbruk og overdiagnostikk gjennom tidlig avklaring. Dette gir også færre transaksjonskostnader og mindre behov for undersøkelser og pasientreiser.

Teamorganisering har flere drivere for økt bærekraft inkludert i sin arbeidsform. Tjenester tilbys nært der pasienten bor og teamene arbeider med et sterkt fokus på koordinering, de er proaktive og personsentrerte med brukerinvolvering i beslutninger og tjenesteforløp. Teamorganisering vil sørge for at både spesialist- og generalistkompetanse fra begge tjenestene samt tildelingstjenester jobber mer målrettet. Team forbedrer logistikk og pasientsikkerhet og reduserer kriser samt bidrar til attraktive arbeidsplasser med faglige utfordringer både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

En utfordring ved bruk av team som arbeidsform er at det kan være en risiko for at flere helsepersonell enn nødvendig inngår i behandlingen av pasienter og at teamene risikerer å bli et ekstra lag av tjenester i tillegg til allerede etablerte tjenester. I denne vurderingen er det sentralt at også alternativkostnadene ved ikke å arbeide tverrfaglig på tvers av tjenester inngår.

Samarbeid i team bidrar til kompetanseøkning, på begge tjenestenivåer. Teammodell muliggjør å jobbe sammen om helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Det er erfaringer fra at teamarbeid er attraktive arbeidsplasser, gode arbeidsmiljø og fellesskap, med spennende faglige utfordringer.

Selv om teknologi kan effektivisere, er menneskelig koordinering fremdeles nødvendig for sømløse pasientforløp.

2. Økt bruk av team med hjelp av framtidens teknologi og digitale løsninger (modell b)

I denne modellen for samordning av tjenestene settes det denne modellen har tverrfaglige team på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten tilgang på fullintegret teknologi. Samarbeidet mellom teammedlemmene foregår i hovedsak digitalt. Pasientens helseopplysninger inneholder personlige data om pasientens behov, ønsker og preferanser relatert til helse og er tilgjengelige på en slik måte at data er sortert ut fra det helsepersonell eller tjeneste har behov for, til enhver tid. Fysiske konsultasjoner avgrenses til konsultasjoner der det å møtes fysisk er av betydning for utredningens, behandlingens og oppfølgingens kvalitet. Tidlig og strukturert tilgang på funksjonsbeskrivelser vil gi rask avklaring av behov for helse- og omsorgstjenester.

Teammedlemmenes tilgang på digitale samhandlingsverktøy bidrar til at teamets medlemmer ikke trenger å være lokalisert på samme sted og at fysiske møter avgrenses til møter der det å være i samme lokaler gir merverdi. Teamene er i hovedsak virtuelle.

Teamene opprettes og settes sammen av helsepersonell fra primær- og spesialisthelsetjenesten som arbeider i ordinære tjenester. Alle behandlingstilbud og tjenester kan inngå slik at diagnostikk, behandling, oppfølging og planlegging av det helhetlige tjenestetilbud og pasientopplæring skjer i ett system og ikke er avhengig av hvor pasient er innlagt eller mottar sine tjenester. Teamene vil være ulikt satt sammen og organisert ut fra lokale forhold, hvilken funksjon teamene skal ha og hvilke behov de skal møte:

- Mikroteam eller andre spesialiserte team som settes sammen for enkeltpasienter, ofte tidsavgrenset (f.eks. team for pasienter med Inflammatorisk tarmsykdom eller diabetisk fotsår)
- Faste team som gir tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte tilstander uavhengig av diagnose, ofte innenfor et geografisk område (f.eks. PSHT, FACT)

Som regel vil fastlegen inngå som et fast medlem av virtuelle team som opprettes rundt enkeltpasienter. Roller og ansvarsområder og kommunikasjon med fastleger når pasienter er henvist til faste team følger av prosedyrer og avtaler. For at synergieffektene av en virtuell teamorganisering skal bli så god som mulig må teamene finne en arbeidsform sikrer et faglig fellesskap og arbeidsmiljø.

Teammodeller som i større grad understøttes av digitale løsninger anbefales tatt i bruk innenfor et foretaksområde med tilhørende kommuner, som et minimum. Målet må være at muligheten for teamorganisering for pasienter med langvarige og sammensatte lidelser kan innføres i hele Helse Nord. Det er aktuelt å pilotere innføring av digitale løsninger ett sted før dette breddes ut.

Teammodell med økt bruk av digital samordning vurderes å være mest hensiktsmessig på integreringsnivå 2 og 4 i trappetrinnsmodellen for integrering av tjenester.

Digitale løsninger i modell D (b)

Tilgjengelig teknologi som er beskrevet modell (a) inngår også i modell (b).

I virtuelle team må det i tillegg løpende kunne deles opplysninger om pasientens mål, status, planlagte aktiviteter, utvikling og oversikt over involvert helsepersonell. Overordnede behov for modell b er hentet fra rapporten «Pasienten som partner i virtuelle team»[\(54\)](#):

- Bør være generisk (ikke diagnosespesifikk) og tilrettelegge for samhandling på tvers
- Kan inkludere eksisterende verktøy som DHO, i kombinasjon med nye eller tilpassede funksjoner og moduler
- Skal kunne integreres i klinkeres arbeidsflate uten ekstra innlogging

I tillegg bør digitale løsninger understøtte:

- Oversikt, historikk og status
- Bruk av én felles behandlingsplan per pasient
- Kommunikasjon og samhandling
- Planlegging og koordinering
- Informasjon og kompetanseoverføring
- Selvhjelp og egenmestring

Forutsetninger for å lykkes

Anbefalingen i teammodell b baserer seg på høy grad av tro på at det vil skje tilstrekkelig raske teknologiske endringer. Modellen krever innovasjon og investering i ny teknologi for sykehus, kommuner og fastlege. Satsningen må være felles. Organisasjonsendringer må skje i takt med utvikling av ny teknologi for å optimalisere utbytte av arbeidsbesparende verktøy.

Mer intuitive og brukervennlige teknologiske løsninger bidrar til å understøtte at roller og ansvarsområder av medlemmene i teamene kan bedre ivaretas. Det bør også vektlegges å videreutvikle digitale innbyggertjenester og avstandsoppfølging som del av behandling og egenbehandling. Mer avansert bruk av DHO og velferdsteknologi vil kunne understøtte virtuelle team. I dette må også prosess- og beslutningsstøtte være etablert for å ivareta mer sømløs og automatisert oppfølging. F.eks. ved triagering.

Pasientens preferanser, behov og prioriteringer relatert til egen helse er oppdatert og tilgjengelig for alle som har en rolle i pasientens forløp. I denne sammenhengen er det sentralt å adressere digitalt utenforskap er spesielt viktig for gruppen eldre og personer med ulike former for fysisk eller kognitiv utfordring. Det bør være et særlig fokus på å utvikle digitale verktøy under støtter kommunikasjon med og rundt pasienten og pasientens nærmeste, dersom pasienten ønsker dette.

Ved økt bruk av digitale løsninger må et gjøres klare avtaler mellom primær og spesialisthelsetjenesten om ansvars- og oppgavedeling, finansiering og organisering. Finansieringen må være forpliktende og det må synliggjøres at utnyttet potensiale for økt bærekraft kan kreve investeringer. For at virtuelle team skal kunne bli en realitet innen en ikke altfor lang tidshorison er det nødvendig at innovasjonstempo på teknologisk utvikling økes og digitale veivalg tas, inkludert (API baserte) løsninger mellom tjenestenivå.

Vurdering av bærekraft

Hovedforskjellen på teammodell «a» og «b» er tilgangen på fullintegrert teknologi og teammedlemmenes mulighet for å jobbe på ulike lokasjoner. Gjennom driveren for bærekraft «teknologi» effektiviseres arbeidsflyt og frigjør tid til pasientrettet arbeid. Ressursbruken reduseres ved reduserte transaksjonskostnader, pasienten får behandling nærmere sitt hjem og alle involverte har tilgjengelig informasjon i sanntid. Bedre digitale løsninger, sensorteknologi og personsentrerte behandlingsplaner legger til rette for koordinert og proaktiv oppfølging. Varsel tegn i pasientens helsetilstand kan oppdages tidlig og kriser kan avverges eller reduseres. Proaktiv oppfølging forebygger forverring og komplikasjoner. Dette bedrer også pasientsikkerheten.

Deling av oppdatert informasjon og felles planer på tvers av tjenester skaper trygghet, forutsigbarhet og tillit. Når teamet jobber personsentrert og involverer pasient/pårørende i beslutninger og videre oppfølging, oppleves tjenestene mer sammenhengende for alle involverte. Dette kan gjøre overganger mellom omsorgsnivåene enklere for pasienten og bidrar til økt mestring og livskvalitet

Virtuelle team vil gjennom digital samhandling i større grad utføres av riktig personell fra riktig tjeneste på riktig tidspunkt. Teamorganiseringen vil også sikre lettere tilgang til avklaring fra spesialister og tjenester i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Nøkkelpersonell får benyttet sin kompetanse til de pasientene som trenger det mest, uten å måtte foreta lange reiser. Gjennom teamene benyttes spesialistenes ressurser mer bærekraftig i en proaktiv tilnærming til pasientgrupper med stort behov.

Vurderinger er lettere å gjøre gjennom tilgang på oppdatert informasjon fra pasient, pårørende og helsepersonell fra begge tjenestene, inkludert fastlegen, i en samlet og oversiktlig løsning. Gjennom team som i stor grad baserer seg på digitale løsninger er det også økt muligheter for digital monitorering av sykdomsutvikling. Tidstyver som omhandler kvalitetssikring av innhenting av pasientinformasjon reduseres.

Team med «fullintegrerte» teknologiløsning vil resultere i arbeidsbesparende arbeidsprosesser i så stor grad at samordningen gir effekt ut over organisatorisk samordning, både internt i spesialisthelsetjeneste, i primærhelsetjenesten og hos fastlege. Geografisk uavhengige tjenester blir likeverdige, styrker pårørendeinvolvering og muliggjør spesialisthelsetjenester nærmere pasientens bosted. Bruk av team som i større grad understøttes av digitale løsninger kan på sikt bidra til at andre koordinatorordninger blir overflødige.

Felles satsningsområder

1. Teknologi og digital samordning

Arbeidsgruppe 5 har vurdert felles innovasjonsprosesser for tjenester og teknologi som en helt sentral driver for å sikre en bærekraftig felles helsetjeneste i fremtiden. Teknologi som underbygger effektiv kommunikasjon og samhandling og bidrar til unødig rapportering og digitale tidstyver er nødvendig for at helsepersonell i helse- og omsorgstjenestene i større grad kan benytte tid og kompetanse til å ivareta sine kjerneoppgaver. Arbeidshverdagen til helsepersonell vil bli enklere dersom helsepersonell har tilgang til nødvendig informasjon i sine systemer og om arbeidsoppgaver som kan automatiseres ikke lenger må gjøres manuelt. Det trengs digitale samhandlingsløsninger som forenkler og forbedrer samhandling på tvers av tjenestene og understøtter pasientforløp og arbeidsprosesser i på en helhetlig måte.

Arbeidsgruppe 5 har vektlagt en proaktiv tilnærming til behandling med større fokus på pasient- og pårørendemedvirkning for å sikre bærekraftige helsetjenester i fremtiden. Pasienter og pårørende bør ha én digital inngangsdør (helsenorge.no) til all informasjon og interaksjon med helsetjenesten. Dette kan forebygge u hensiktsmessig fragmentering av det digitale tilbudet til innbyggerne. Digital samhandling bør også innebære god og trygg pasientkommunikasjon, pasient- og pårørendemedvirkning, og oppfølging av pasienter og pårørende hjemme og lokalt. Digitale løsninger må ta høyde for individuelle behov, og ha gode ordninger for pasienter med lav digital kompetanse. En annen sentral driver for bærekraftige tjenester er at pasientene får behandling så nært som mulig der de bor. Økt bruk av digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi er viktige verktøy for å kunne imøtekomme dette behovet i fremtiden.

Arbeidsgruppe 5 har foreslått flere modeller for samordning av tjenester mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Forslagene bygger på en forventning om at det skal skje tilstrekkelig raske teknologiske endringer, og at både sykehus og kommuner planlegger for nye måter å levere tjenestene til befolkningen på. Fremover er det viktig å kartlegge og definere behov som skal løses av digital samhandling og teknologiutvikling for de foreslåtte

utviklingsområdene, spesielt ved sterk organisatorisk integrering slik som samlokalisering og delte stillinger. I dette arbeidet er det et mål å identifisere og utforske hvilke digitale løsninger som best kan understøtte sentrale driverne for bærekraft i de ulike modellene. Det må vurderes og beskrives forutsetninger, avhengigheter, begrensninger, suksesskriterier og forsterkende virkemidler som kan eksistere for ulike digitale samhandlingsløsninger (f.eks. Pasientens journaldokumenter, Pasientens legemiddelliste). Videre arbeid må også ivareta at digitale samhandlingsløsninger er i samsvar med nasjonale føringer og rammeverk (f.eks. overordnede arkitekturprinsipper(55), rammeverk for digital samhandling(56)).

Arbeidsgruppe 5 vil på denne bakgrunn holde fram følgende:

- Regionen er avhengig av økt innovasjonstakt for å kunne oppnå bedre digital samhandling på tvers av tjenester. Dette innebærer raskere utvikling hos leverandører, samtidig som regionen evner å være god kravstiller til digitale samhandlingsløsninger.
- Digitale løsninger må samhandle på en slik måte at helsepersonell kan bruke sine vanlige digitale verktøy uten dobbeltregistrering og veksling mellom brukergrensesnitt. Det må tas i bruk teknologi som kan bidra til å frigjøre tid hos helsepersonell, som automatisering, prosess- og beslutningsstøtte samt kunstig intelligens.
- Innovasjonsprosesser som omhandler digital samhandling innen e-helse krever etablering av tillit, og at investering, risiko og gevinster deles rettferdig mellom ulike aktører.
- Regionen har behov for å etablere nødvendig grunnlag for digital samhandling (f.eks. åpne API-er, strukturert data)
- Utvikling og bruk av KI bør inngår repertoar av virke midler som kan styrke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenester
- Digitale samhandlingsløsninger må inkludere pasienten som en sentral aktør

Det er et kritisk behov for at hele sektoren utvikler et system av digitale løsninger og teknologier som henger sammen og støtter samhandling på tvers av aktører og nivåer. Juridiske og sikkerhetsmessige problemstillinger knyttet til bruk av digitale løsninger og teknologi i samhandling må avklares.

2. Utdanne, beholde og rekruttere personell

Tjenestene må jobbe sammen for å utdanne og rekruttere helsepersonell til Nord-Norge. Bredden i tjenestetilbudet og behov for personell er betydelig. Tilgangen på helsepersonell er imidlertid begrenset, og det blir stadig viktigere å samarbeide for å anvende den samlede kompetansen på begge tjenestenivå best mulig. Ulike varianter av såkalte «hus-og-hytte»-stillinger er en måte å gjøre dette på. Slike stillinger kan også bidra til å øke kapasiteten, fleksibiliteten og kvaliteten i tjenestene.

Det er viktig for Helse Nord å styrke samarbeid og kompetansedeling med kommunene, slik at kompetanseutviklingen understøtter en sammenhengende helsetjeneste for pasienter og brukere. Målet er å skape en balansert og komplementær kompetansesammensetning

tilpasset tjenestenes helhetlige behov. Den samlede helsetjenesten er ikke sterkere enn sitt svakeste ledd.

Det bør utarbeides en felles plan for å analysere og beskrive framtidig bemanningsbehov i samarbeid med kommunene og utdanningsinstitusjonene. Det vil bli økt behov for generalistkompetanse/generisk kompetanse i oppfølgingen av multimorbide eldre og kroniske lidelser. Spisset kompetanse skal begrenses benyttet til spissede funksjoner og problemstillinger.

Samarbeidet kan skje på flere måter:

- nye former for oppgavedeling mellom tjenestene gjennom delte stillinger, fleksible arbeidstidsordninger og arbeidsmiljøtiltak
- felles kompetanseheving, faglig fellesskap og -utvikling (videre- og etterutdanning, forskning, veiledning, mulighet til å drive kvalitetsarbeid, deltakelse i faglige nettverk digitalt og lokalt)
- felles kampanjer for rekruttere helsefaglige elever/studenter og re-rekruttere helsepersonell som har sluttet
- samarbeid om bruk av incentiver for å unngå at ulike tjenester overbyr hverandre i kampen om samme personell
- felles satsning på lærlinger og trainee-ordninger i spesialist- og primærhelsetjenesten
- strategier for å tilby arbeid til helsepersonell med restarbeidsevne som f.eks kan tilby digitale konsultasjoner
- planer som sikrer at ulike tjenester ikke overbyr hverandre i kampen om samme personell

Det må arbeides for at det å arbeide i primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge skal være attraktivt i et livslangt karriereløp. Vi har ingen helsepersonell å miste. Ved eventuelle endringer av funksjoner og oppgaver i regionen må det legges planer for å beholde helsepersonell i vår felles helsetjeneste.

3. Økt helsekompetanse i befolkningen, inkludert samordning av læring- og mestringstiltak

Et sentralt tema i framskriving av somatiske helsetjenester er «friskere aldring»[\(28\)](#).

Framskrivning av psykisk helsevern og TSB peker også på at tidlig intervensjon og forebygging av psykisk uhelse bør være et satsningsområde i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi vet også at målrettet innsats for å fange opp barn og unge har vist seg å ha god samfunnsmessig bærekraft [\(31\)](#). Vurderinger av lavterskeltilbud og bedre systemer for tidlig intervensjon bør inngå i arbeidet.

God helsekompetanse og pasientkommunikasjon danner grunnlag for informerte valg om egen helse, forebygging av sykdom og psykisk uhelse. Gjennom kompetanseheving gir man pasienter og pårørende muligheten til å være aktive deltakere i egen behandling. Dette styrker pasientens rolle som informert beslutningstaker, fører til bedre behandlingsvalg og lavere forbruk av tjenester[\(32\)](#). Arbeidsgruppe 5 vil holde fram at pasienter og pårørende må gis bedre opplæring og involveres sterkere i egen behandling og oppfølging.

Dette kan skje på flere måter:

- Utarbeide felles planer for læring og mestringstjenester gjennom pasientforløp
- Samarbeide på tvers av tjenester om generelle kurs som KID-kurs (kurs i mestring av depresjon) og mestringskurs for pårørende. Samarbeid med frivillige organisasjoner kan også inngå.
- Utarbeide felles regional oversikt over læring- og mestringstilbud
- Utvikle læring- og mestringskurs tilpasset samiske pasienter
- Utvikle bank med opplæringsmateriell tilpasset ulike situasjoner og diagnoser
- Arbeidsgruppen vurderer at bedre systematikk med hensyn til pårørendemedvirkning vil bidra økt bærekraft i framtidens helsetjeneste, jfr. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (43). Det er beregnet at ca. 800 000 personer har status som pårørende i Norge i dag og at disse samlet utfører omsorgstjenester tilsvarende 136 000 årsverk; til sammenligning ble det i 2019 utført 142 000 årsverk i den kommunale omsorgstjenesten (Hjemås, Holmøy et al. 2019(33)).
- Utvikle systemer som understøtter og legger til rette for opplæringsarbeidet som foregår i frivillige organisasjoner og bruker- og pasientorganisasjoner.

Helseforetakenes læring og mestringssentre og kommunenes frisklivssentraler vil være viktige samarbeidspartnere ved utvikling av dette satsningsområdet. En utfordring er imidlertid at mange kommuner ikke har frisklivssentraler i dag.

Konklusjon

Vår felles helsetjeneste er avhengig av et sterkt og hensiktsmessig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommuner og øvrige samarbeidspartnere for å sikre pasientene i Nord-Norge helhetlige og sammenhengende tjenester med god kvalitet. I en framtidig utvikling av den nordnorske helsetjenesten må vi derfor tenke nytt, men samtidig beholde og videreutvikle de elementer i dagens helsetjeneste som fungerer godt.

Hensynet til god bærekraft tilsier at nødvendige ressurser samordnes, men uten at samhandlingen involverer flere parter enn nødvendig og uten at transaksjonskostnadene overstiger samlede gevinster. Det innebærer å utnytte helsepersonell på en rasjonell måte; før tiltak iverksettes, må det derfor gjøres en rekke vurderinger:

- Kost/nytte og risikoratifisering – hvem vil ha nytte av behandlingen?
- Gir samordningen merverdi?
- Kan mindre kostbare og personellkrevende tiltak gi like god eller bedre effekt?
- Hva er alternativkostnaden ved tiltaket?

For å besvare disse spørsmålene, er det nødvendig å utvikle et bedre kunnskapsgrunnlag for samordningstiltak; det være seg teammodeller, felles døgnenheter eller gjensidig utveksling av tjenester gjennom betalingsordninger (kjøp). Dette kunnskapsbehovet gjelder både spørsmål om hva som bidrar til kvalitet og kost/nytte-vurderinger. For å redusere risikoen ved storskala implementeringer, trenger vi også bedre systemer for dokumentasjon slik at nye tiltak kan evalueres gjennom følgeforskning.

Denne delrapporten må derfor forstås som et innledende arbeid for å drøfte og identifisere mulighetsrommet for å øke bærekraften gjennom bedre samordning mellom nivåene. Arbeidsgruppe 5 har foreslått fire modeller for samordning av tjenester mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi har i tillegg holdt fram tre områder vi mener tjenestene bør satse på i fellesskap. Arbeidsgruppen har også utviklet en trappetrinnsmodell for grad av integrering av tjenester. Denne modellen illustrerer ulike grader av integrerte tjenester, der det samtidig påpekes at høyt integrerte tjenester er mer krevende å realisere; dette kan skyldes ulike kulturer, ulike samfunnsoppdrag, ulike finansiering samt gjeldende lov- og avtaleverk.

Samhandling mellom tjenestene må også bygge på erkjennelsen av variasjon – både variasjon i hva tjenestene kan tilby men også variasjon i organiseringen av tjenestene (hvor og av hvem tjenester kan gis). Prinsippet om likeverdige helsetjenester - at tjenestene er av god kvalitet tilpasset den enkelte, med mål om resultatlikhet ved samme sykdomsbilde – skal ligge til grunn uavhengig av disse variasjonene i måten tjeneste er organisert.

Grunnlaget for dette utredningsarbeidet har vært å se på muligheter for en spesialisthelsetjeneste som er tettere integrert med primærhelsetjenesten og lettere tilgjengelig, også i pasientenes nærområder. Samarbeid mellom små kommuner er adressert. Dersom nåværende kommunestruktur skal opprettholdes, vil det være nødvendig med sterkere grad av samarbeid mellom kommuner for å ivareta faglig krevende funksjoner. Spørsmålet er i hvilken grad slikt nødvendig samarbeid lar seg realisere utelukkende gjennom frivillighet og konsensus. Foreløpig ligger der ingen virkemidler i ordningen med helsefellesskap som kan innlemme enkeltkommuner i fellesløsninger om de ikke ønsker dette selv. På kort sikt er slikt formalisert samarbeid om krevende enkeltoppgaver avhengig av at den enkelte kommuner ser en egeninteresse i å inngå slikt samarbeid. Forhåpentlig kan helsefellesskapene bidra til å skape større forståelse for nødvendigheten av slikt samarbeid i framtiden.

Noen ganger krever samhandling og samordning ressurser. Vi kommer ikke utenom det. Samhandling kan være er transaksjonskrevende, men også mangel på samhandling medfører dårlig ressursutnyttelse. Mangelfull samhandling kan føre til dobbelt- og merarbeid samtidig som det gir dårligere kvalitet. Finansieringsløsninger og andre incentiver for samordning i framtiden må ivaretas i oppfølgende utredninger. Per i dag er det begrenset med incentiver for samarbeid og oppbygging av kapasitet, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

I arbeidet med funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord er det rimelig stor enighet om utfordringsbildet. Det gjenstår likevel å etablere en felles forståelse og enighet om hva som er de viktigste virkemidlene som antas å gi størst effekt, og i hvilken rekkefølge (både på kort og lang sikt) nye samhandlingstiltak skal implementeres. Antagelig er det behov for større paradigme-overskridende grep for å oppnå vesentlige resultater, men gjerne i kombinasjon med de mange små inkrementelle forbedringer som bidrar til å videreutvikle allerede gode løsninger.

Eksempler, figurer og tabeller

Oversikt over eksempler, med navn og sidetall

Figur/tabelliste

- Figur 1: Kommunetyper etter innbyggertall, 2020
- Figur 2: Økning i antall liggedøgn for skrøpelige eldre basert på demografisk framskriving og justert for friskere aldring, bedre samhandling mv.
- Figur 3: Oversikt over ulike former for digital hjemmeoppfølging
- Figur 4: Trappetrinnsmodell som viser grad av integrering av tjenester mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Figur 5: Kontaktnett mellom PSHT-enhetene og kommunene fra Stormottakerrapporten UNN HF
- Figur 6: Modell for ulike grader av kompleksitet og typiske tjenester som teammodellen vil utrede
- Figur 7: Andelen pasienter som mottok tjenester fra FACT/ACT etter utskrivning
- Figur 8: Aldersfordeling innleggelser ØHD
- Figur 9: Årsak til innleggelse ØHD
- Figur 10: Henvisende instans i forbindelse med innleggelse ØHD
- Figur 11: Hvor pasientene ble skrevet ut til etter innleggelse ØHD
- Figur 12: Samordning av primær – og spesialisthelsetjenesten til en felles helsetjeneste
- Figur 13: Felles døgnetter der tjenestene betaler for faktisk bruk (trekkspillmodell)
- Figur 14: Kommunale døgnetter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten
- Figur 15: Teammodeller
- Figur 16: Beregnet median kjøretid langs vei til nærmeste akuttmottak
- Tabell 1: Prosentvis fordeling av antall innbyggere per kommunestørrelse
- Tabell 2: Gjennomsnittlig demografisk bærekraft etter antall innbyggere
- Tabell 3: Andel skrøpelige eldre i pr. opptaksområde i 2022
- Tabell 4: Rekrutteringsutfordringer i 25 kommuner i Nord-Norge
- Tabell 5: Oversikt over FACT-team i Nord-Norge per november 2023
- Tabell 6: Liggedøgn og antall opphold per pasient, skrøpelige eldre
- Tabell 7: Samhandlingsleger i Nord-Norge pr. november 2023

Referanseliste

1. Regjeringen (2019). «Nasjonal helse- og sykehusplan», <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
2. Regjeringen (2023). «NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus — Styring, finansiering, samhandling og ledelse», <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/>
3. Regjeringen (2023). «NOU 2023: 4 Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste», <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
4. Helse Nord (2023). «Styresak 11–2023 Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord», <https://www.helse-nord.no/499fcb/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2023/20230223/styresak-112023-tiltak-for-a-sikre-barekraft-i-helse-nord.pdf>
5. Helse Nord (2023). «Styresak 57–2023 Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning», <https://www.helse-nord.no/49bda8/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2023/20230531/styresak-57-2023-tiltak-for-a-sikre-barekraft--mandat-involvering-og-omrader-for-utredning.pdf>
6. Helse Nord (2022). «Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023–2038», <https://www.helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-strategier-og-utredninger/regional-utviklingsplan-for-helse-nord-2023-2038/>
7. Helsedirektoratet (2005). «...Og bedre skal det bli!. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten», https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf/_attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf
8. Regjeringen (2023). «Meld. St. 15 (2022-2023) Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar» <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>
9. Regjeringen (2023). «NOU 2023: 9 Generalistkommunesystemet — Likt ansvar – ulike forutsetninger», <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-9/id2968517/>
10. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering Helse Nord RHF (2015). «Rapport - Storforbrukere av somatisk spesialisthelsetjeneste i Helse Nord», [https://nordlandssykehuset.no/Documents/Nordlandssykehuset%20for%20framtiden/Strategisk%20utviklingsplan%20for%20NLSH,%202017-2035/Bakgrunnsdokumenter/Storforbrukere%20av%20somatisk%20spesialisthelsetjeneste%20i%20Helse%20Nord%20\(SKDE%202015\).pdf](https://nordlandssykehuset.no/Documents/Nordlandssykehuset%20for%20framtiden/Strategisk%20utviklingsplan%20for%20NLSH,%202017-2035/Bakgrunnsdokumenter/Storforbrukere%20av%20somatisk%20spesialisthelsetjeneste%20i%20Helse%20Nord%20(SKDE%202015).pdf)
11. Helsedirektoratet (u.å.) «Styringsinformasjon helsefellesskap. Informasjon om pasientgruppenes bruk av helse- og omsorgstjenester», <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap/styringsinformasjon>
12. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/>
13. Helse Nord (2023). «-Vår mening må bety noe», <https://www.helse-nord.no/nyheter/var-mening-ma-bety-noe/>

14. Pasient- og brukerombudet (2023). «Årsmelding 2022», https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger/felles-arsmeldinger/Aarsmelding%202022_bokmal.pdf
15. Helsedirektoratet (u.å.). «Oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Nasjonal veileder», <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
16. Lovdata (2021). «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)», https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_6%23KAPITTEL_6#KAPITTEL_6&x23;KAPITTEL_6
17. Lovdata (2022). «Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven)», <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
18. Nordlandssykehuset (2023). «Nordlandssykehuset og vesterålskommuner sammen om rekrutteringsprosjekt», <https://www.nordlandssykehuset.no/nyheter/nordlandssykehuset-og-vesteralaskommuner-sammen-om-rekrutteringsprosjekt>
19. Regjeringen (2015). «NOU 2015:17 Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus», <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>
20. Helsefellesskapet Troms og Ofoten (2023). «Stormottakersatsningen», <https://helsefellesskapet.no/stormottakersatsningen/>
21. Helsedirektoratet (2021). «Digital hjemmeoppfølging - sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021», <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021/erfaring-med-samhandling-om-digital-hjemmeoppfolging/finansiering-og-baerekraft>
22. Regjeringen (2023). «Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport», <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2971896/>
23. Helsedirektoratet (2018). «Eldre stormottakere i somatisk spesialisthelsetjeneste», https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/eldre-stormottakere-i-somatisk-spesialisthelsetjeneste/SAMDATA%2005_2018%20Eldre%20stormottagere.pdf/_attachment/inline/215129da-b486-4512-8c41-26542928b4ce:fe3f451ac8e0ccca230e87f4854190201f4cd967/SAMDATA%2005_2018%20Eldre%20stormottagere.pdf
24. Helgelandssykehuset (2023). «Mestringstreff», <https://www.helgelandssykehuset.no/fag-og-forskning/samhandling/helserom-helgeland-lokal-helsehjelp-med-avstandsoppfolging/mestringstreff/>
25. KS (u.å.). «Legeavtaler», <https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/legeavtaler/>
26. Helse Nord (2023). «Digital strategi for Helse Nord RHF 2023-2038», <https://www.helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-strategier-og-utredninger/digital-strategi-for-helse-nord-rhf-2023-2038/>
27. Direktoratet for e-helse (2022). «Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022», <https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-for-helse-og-omsorgssektoren>
28. Revidert framskrivingsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester (*ikke publisert ved utgivelse av delrapport*)
29. Statistisk sentralbyrå (2019). «Lengst kjøretid til akuttmottak i Finnmark», <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/lengst-kjoretid-til-akuttmottak-i-finnmark>
30. Gjørund, G., Tilset, H.D. (). «Kvalitativ evaluering av Rørosprosjektet : en mobil integrert helsetjeneste», publisert ved NTNU Samfunnsforskning, <https://samforsk.brage.unit.no/samforsk-xmlui/handle/11250/2720612>

31. Holte, Arne (2012). «Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser», <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2012/07/ti-prinsipper-forebygging-av-psykiske-lidelser>. Publisert: Tidsskrift for Norsk psykologforening - *psykologtidsskriftet.no*.
32. Stenberg, U. et al. (2022). <https://mestring.no/forskning/forskningsprosjekter/personlig-utbytte-av-deltakelse-i-gruppebaserte-laerings-og-mestringstilbud/>
33. Hjemås, Holmøy et al. (2019), «Fremskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060», <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/386122?ts=16a9b1eef68>
34. Universitetssykehuset Nord-Norge (u.å.). «Tjeneste- og samarbeidsavtaler», <https://www.unn.no/fag-og-forskning/samhandling/tjeneste-og-samarbeidsavtaler>
35. Helse Norge (2022). «Individuell plan og koordinator», <https://www.helsenorge.no/rettigheter/individuell-plan/>
36. Lønhaug-Næss, Dybdahl Jakovseb et al (2023), «Older high-cost patients in Norwegian somatic hospitals: a register-based study of patient characteristics», <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37793934/>
37. Regjeringen (2021). «Behovene innen psykisk helsevern og rusbehandling i årene fremover», <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2021ny/behovene-innen-psykisk-helsevern-og-rusbehandling-i-arene-fremover/id2872387/>
38. Direktoratet for e-helse (u.å.). «Dette er program digital samhandling», <https://www.ehelse.no/programmer/samhandling/dette-er-program-digital-samhandling#organisering-av-programmet-og-forbindelsen-til-akson>
39. Direktoratet for e-helse (u.å.). «Program pasientens legemiddelliste», <https://www.ehelse.no/programmer/program-pasientens-legemiddelliste>
40. Helse Nord (u.å.). «Digitale pasient- og samhandlingstjenester», <https://www.helse-nord.no/digitale-pasienttjenester>
41. Norsk helsenett (2021). «Evalueringsrapport for utprøving av dokumentdeling i kjernejournal», [https://www.nhn.no/tjenester/kjernejournal/deling-av-journaldokumenter-gjennom-kjernejournal/Evalueringsrapport for dokumentdeling i kjernejournal.pdf](https://www.nhn.no/tjenester/kjernejournal/deling-av-journaldokumenter-gjennom-kjernejournal/Evalueringsrapport%20for%20dokumentdeling%20i%20kjernejournal.pdf)
42. Helsedirektoratet (2022). «Digital behandlings- og egenbehandlingsplan», <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/digital-behandlings-og-egenbehandlingsplan>
43. Regjeringen (2020). «Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan», <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-paorendestrategi-og-handlingsplan/id2790589/>
44. KS (u.å.). «Leverandørsamling om e-helseløsninger», <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/leverandorsamling-om-ehelselosninger/>
45. Helsedirektoratet (2022). «Utvikling av finansieringssystemene for bedre å understøtte sammenheng i tjenestene», <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-av-finansieringssystemene-for-bedre-a-understotte-sammenheng-i-tjenestene>
46. Berntsen, G., Dalbakk, et al. (2019) «Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial: [BMC Health Services Research](#) volume 19, 682»
47. Helsedirektoratet (2022). «Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud», <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/status-for-oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud>
48. KS (u.å.). «Felles kommunal journal», <https://www.ks.no/fkj>

49. Status og forslag til videre arbeid med kunstig intelligens (KI) i helse- og omsorgstjenesten. Sluttrapport fra det nasjonale koordineringsprosjektet «Bedre bruk av kunstig intelligens». Oslo 15. oktober 2023
50. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (2020). «Evaluering av FACT-team i Norge. Sluttrapport», https://www.regjeringen.no/contentassets/ee468d7c978c434d9a4d85e4d2b74169/fact_sluttrapport.pdf
51. Regjeringen (2023). «-Tiden for store offentlige digitaliseringsprosjekter er over», <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/-tiden-for-store-offentlige-digitaliseringsprosjekter-er-over/id2993856/>
52. Legeforeningen (u.å.). «Gjør kloke valg», <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/>
53. Den norske legeforening (2014). «Medisinsk faglig veileder for kommunale akutt plasser (KAD)», https://www.legeforeningen.no/contentassets/5b9220e4b9b24f6c8b34feca1a3e66cf/140507-kad-veileder_korr.pdf
54. InnoMed (2014). «Prosjektrapport. Pasienten som partner i virtuelle team», <https://ehealthresearch.no/rapporter/arkiv/pasienten-som-partner-i-virtuelle-team>
55. Digdir (u.å.). «Overordnede arkitekturprinsipper», <https://www.digdir.no/digital-samhandling/overordnede-arkitekturprinsipper/1065>
56. Digdir (u.å.). «Rammeverk for digital samhandling», <https://www.digdir.no/digital-samhandling/rammeverk-digital-samhandling/2148>
57. Digi Troms og Finnmark (u.å.). «Faggrupper eHelse», <https://digitrofi.no/faggrupper/ehelse/>
58. DigiNordland (u.å.). «eHelse Nord», <https://diginordland.no/ehelse-nord/>
59. Direktoratet for e-helse (2022). «Prosjekt: Pasientens prøvesvar – nasjonal tjeneste for laboratorie- og radiologisvar», <https://www.ehelse.no/programmer/samhandling/pasientens%20pr%C3%B8vesvar%20E2%80%93%20nasjonal%20tjeneste%20for%20laboratorie-%20og%20radiologisvar>
60. Helsedirektoratet. «Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger», https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primaerhelseteam-og-alternative-finansieringsordninger-evaluering-av-pilotprosjekt/Evaluering%20av%20fors%C3%B8k%20med%20prim%C3%A6rhelseteam%20og%20alternative%20finansieringsordninger%20-%20statusrapport%20V.pdf/_attachment/inline/5050cdd6-caff-4adf-935e-abc31c06d07:6f2f43ebb574372477f14e70c5228959599991c8/Evaluering%20av%20fors%C3%B8k%20med%20prim%C3%A6rhelseteam%20og%20alternative%20finansieringsordninger%20-%20statusrapport%20V.pdf

Vedlegg

Vedlegg 1. Anførsel til rapporten fra medlemmer i arbeidsgruppen

Følgende deltakere i arbeidsgruppe 5 vil gi tilbakemelding om at tidsfristen som er satt for å levere ett slikt omfattende arbeid er for kort:

Kari Baadstrand Sandnes, konserntillitsvalgt for LO Stat i Helse Nord RHF
 Knut Georg Hartviksen, brukerrepresentant/leder RBU Helse Nord RHF
 Britt Larsen Mehmi, kommuneoverlege Vadsø kommune
 Frode Berg, kommuneoverlege Rana kommune
 Torill Mørkhagen, kommunalsjef tjenesteområde for helse og velferd Meløy kommune
 Mona Rinaldo, helse og omsorgssjef Kvæfjord kommune

Selv om gruppen har jobbet godt og mye, har tidsfristene gjort at mulighetene for å gå i dybden og kvalitetssikre gruppens anbefalinger ikke har vært god nok. Flere deltakere i arbeidsgruppen har anmerket dette underveis i arbeidet. Arbeidsgruppens medlemmer har ikke kunnet dele interne arbeidsdokumenter underveis med egne referansegrupper, andre brukerrepresentanter, tillitsvalgte i foretakene og andre aktuelle rådgivere, og muligheten for forankring/innspill/rådgivning har vært begrenset. Dette kan ha påvirket kvaliteten på rapporten, og dermed også det videre arbeidet med omstilling.

Vedlegg 2. Arbeidsgruppe 5 – Møter høsten 2023

Dato	Sted	Innhold
1. september 2023	Teams	Forberedende møte
6.-7. september 2023	Tromsø	Innsiktsarbeid. Presentasjon av felles samhandlingstiltak/prosjekter i helsefelleskapsområdene i dag
15. september 2023	Teams	Arbeid i analysegruppe. Gjennomgang av oppdrag om beskrivelse av helsefelleskapene og forslag til utviklingsområde/modeller
22. september 2023	Teams	Framskrivning psykisk helsevern og TSB. Avklaringer vedrørende forslag til utviklingsområder/modeller. Arbeid med 0-alternativet. Kritiske suksessfaktorer
29. september 2023	Teams	Modell for integrerte tjenester. Diskusjon mulige utviklingsområder/modeller
2. oktober 2023	Teams	Arbeidsmøte diskusjon utviklingsområder/modeller
6. oktober 2023	Teams	Diskusjon utviklingsområder/modeller. Kritiske suksessfaktorer i forbindelse med ROS-analyse.
13. oktober 2023	Teams	Orientering fra utvidet ledermøte. Gjennomgang og drøfting områder for tjenesteutvikling og mal beskrivelse utviklingsområder/modeller. Forberedelser ROS-analyse
16.-17. oktober 2023	Tromsø	ROS-analyse
20. oktober 2023	Teams	Erfaringer ROS-analysen og planlagt oppfølgingsmøte. Fordeling av oppgaver
26. oktober 2023	Teams	Skrivedag utkast delrapport
27. oktober 2023	Teams	Diskusjon omtale helsefelleskapene. Status skrivearbeid. Drøfting sentrale drivere for økt bærekraft
31. oktober 2023	Teams	ROS-analyse oppfølgingsmøte
6. november 2023	Teams	Heldagsmøte for gjennomgang og skriving rapport
10. november 2023	Teams	Avsluttende møte i arbeidsgruppen før innleveringsfrist

Medlemmene i arbeidsgruppen har hatt ansvar for skrivearbeid og innhenting av informasjon knyttet til ulike deler av rapporten. Medlemmer har hatt egne møter og samarbeid knyttet til dette.

En gruppe av medlemmene har hatt særlig ansvar for tekst om digital samhandling og teknologiske løsninger, på kort og lang sikt, som sentral forutsetning for samordning.

Det har vært ukentlige møter mellom brukerrepresentantene som deltar i arbeidsgruppene, i samarbeid med administrasjonen i Helse Nord RHF.

Det ble i tillegg opprettet en egen analysegruppe for drøftinger av analyser som skulle bidra til å understøtte arbeidsgruppens forslag.

Arbeidsgruppens leder har deltatt i møter i koordineringsgruppen for arbeidet med utredningen av funksjons- og oppgavedeling.

Vedlegg 3. Utdypende om sykestuene i Finnmark

I Finnmark er det totalt 32,88 sykestueplasser inkludert KAD. Kommunene har ansvar for å drive sykestueplassene på en faglig forsvarlig måte i samsvar med gjeldende lover, i samarbeid med Finnmarkssykehuset HF. Finnmarkssykehuset HF har ansvar for systemet rundt plassene og stiller krav til organisering og drift. Det er inngått en samarbeidsavtale mellom partene. Intensjonen med sykestueopphold er å være en erstatning for et sykehusopphold.

Sykestuene finansieres av faste tilskudd fra Helse Nord RHF, Finnmarkssykehuset HF og kommunen selv. Partene finansierer 1/3 hver. Tjenesten fordrer delt finansiering, nettopp fordi den er en avlastning for helseforetaket og en ekstra belastning for kommunen. Imidlertid er den også en forutsetning for et forsvarlig helsetilbud i flere av finnmarkskommunene, og dermed også et kommunalt ansvar.

Kriterier for bruk av sykestueplass:

- Aktiv behandling av pasienten
- Behov for daglig legetilsyn
- Dagopphold må være over 3 timer
- Gjennomsnittlig liggetid ved døgnopphold 4-7 døgn
- Tilgang til døgnkontinuerlig legevakt
- Opphold utover 14 dager må vurderes i samarbeid med spesialist i helseforetaket
- Utskriving skjer fortrinnsvis til hjemmet, eller annet egnet omsorgsnivå

Aktuelle pasientgrupper:

- Akuttmedisinske innleggelser > 3 timer
- Tidlig tilbakeførte pasienter fra sykehus
- Kreftpasienter under aktiv behandling
- Geriatiske pasienter under utredning
- Rehabiliteringspasienter som et alternativ til forlenget sykehusopphold

Dette skiller seg vesentlig fra inklusjonskriteriene for KAD/ØHD/intermediærsenger, som er mye mer begrenset. Arbeidsgruppens medlemmer fra Finnmark mener at årsaken er sykestuenes opprinnelse som erstatning for sykehus i hver kommune. Videre at vær og føreforhold og store avstander har nødvendiggjort at en større grad av innleggelser tas i kommunen. Transport til sykehus er tidvis umulig. Konseptene KAD/ØHD/intermediærsenger er bygget på sykestuekonseptet, men anlagt i kommuner som ikke har tilsvarende erfaring med behandling av innlagte pasienter.

Sykestuene bidrar til at flere pasienter slipper å reise den lange veien til sykehus. De opplever å bli ivaretatt av en forholdsmessig mindre gruppe helsepersonell. Omgivelsene er gjerne roligere på en sykestue enn på et sykehus. Pasienten har lett tilgang til pårørende, til hjemmet og til fastlegen. Reiser mellom sykehus og flere finnmarkskommuner forutsetter bruk av fly. Når pasientene kan få faglig forsvarlig og omsorgsfull behandling ut ifra deres helsetilstand på sykestua i hjemkommunen, så legger disse forholdene godt til rette for gode pasientforløp.

Lokale legevaktleger og fastleger vet hva sykestua kan bidra med av pasientbehandling og observasjoner, og er trygge på at de sykestueansatte har den kompetansen som trengs. Det gjør at de tør å legge inn pasientene sine der, også der hvor de selv har stilt den tentative diagnosen selv. En av suksesskriteriene er å ha en tilsynslege som får anledning til å bli spesielt god på sykestuemedisin. En annen forutsetning er god informasjonsflyt slik at tilsynslegen og sykepleierne kan revurdere pasienten kontinuerlig, og videresende til sykehus om det anses nødvendig. I de fleste kommunene i Finnmark bruker sykestua, legevakten og fastlegene samme pasientjournalssystem, i tillegg til at sykestua har et system for pleiedokumentasjon. Det gjør at sykestuas personell også kan ta høyde for tidligere sykdommer, og det sikrer at pasienten får korrekte legemidler i henhold til tidligere historikk. Blodprøvesvar kan også følges over tid.

Pasienter som overføres fra sykehus får den siste delen av behandlingsforløpet sitt på sykestua. Dette kan handle om finjustering av medisiner, avslutning av intravenøse behandlinger og et sikkerhetsnett av observasjoner for å se etter forverring før pasienten skal hjem. Dermed kan alle være trygge på at tilbakefall av sykdom fanges opp. Samtidig jobbes det aktivt med hverdagsrehabilitering, og nødvendig tilrettelegging i hjemmet kan organiseres av kommunalt personell. Dette sikrer en lettere overgang for både pasienter og pårørende, og det gjør også at sykehusansatte vet at eventuell restproblematikk etter utskrivelse blir ivarettatt. Der hvor man ser at pasienten har behov som sykestua trenger kompetanse på, tilegner man seg dette i tett dialog med relevant spesialisthelsetjeneste.

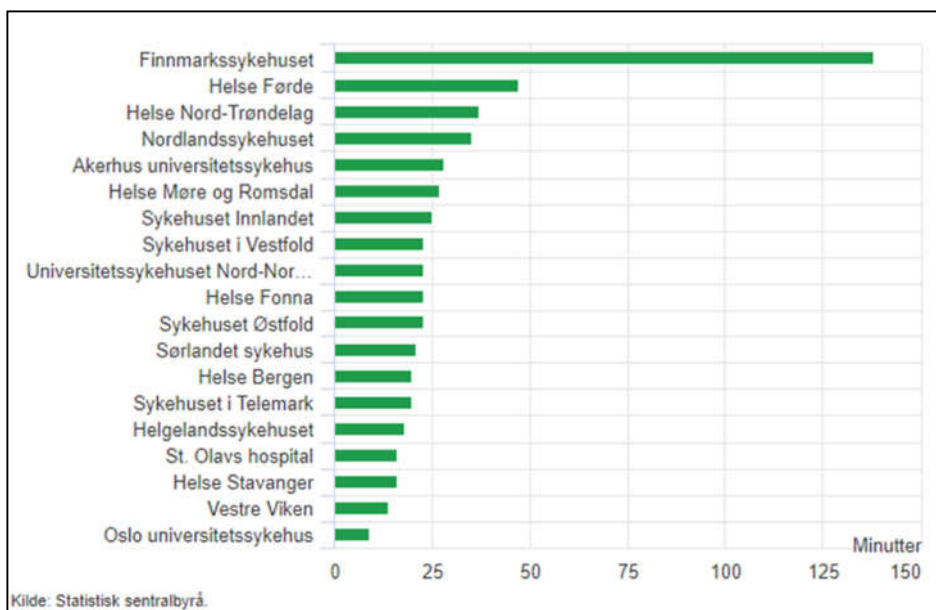
Noen pasienter sendes til sykestua som siste stoppested i livet, og sykestuas ansatte er gjerne gode på lindrende behandling. En av sykestuenes absolutte styrker er å se når aktiv behandling bør avsluttes. Utredning og behandling kan være mer til plage enn til nytte for pasienten. Tilsynslegen på sykestua trenger å ha kompetanse på lindring, og det er i tillegg mulig å ha et samarbeid med fastlegen i denne fasen. Dette kan virke spesielt betryggende på både pasient og pårørende.

Man må være oppmerksom på at sykestua kan bli en utilsiktet «sovepute» som kompenserer for begrenset kapasitet innenfor kommunale pleie- og omsorgstjenester. Sykestuekommuner må ha et kontinuerlig fokus på at pasienter får riktige tjenester til riktig tid og sted, og ikke blir liggende i uker og måneder på sykestua når de egentlig skulle hatt for eksempel en sykehjemsplass.

Vedlegg 4. Prehospitale tjenester og pasientreiser

Notat fra arbeidsgruppe 5 om økt bærekraft gjennom bedre samordning innen akuttmedisin

God samhandling mellom primærhelsetjenesten og de prehospitale tjenestene i spesialisthelsetjenesten er avgjørende for befolkningens trygghet. Godt samarbeid er ekstra viktig i Helse Nord hvor avstanden til akuttmottak, særlig i Finnmark, er lang.



Figur 16. Beregnet median kjøretid langs vei til nærmeste akuttmottak, (Statistisk sentralbyrå 2019)(29)

Ambulansepersonell, legevaktleger, legevaktsykepleiere og hjemmesykepleien er spydspissen i den akutte helseberedskapen. Spesialisthelsetjenesten veileder og har plikt til å rykke ut innenfor veiledende responstider med bil, båt, ambulanse- eller redningshelikopter. Luftambulansen er mer sårbare for værforhold noe som kan være en vesentlig utfordring, spesielt på vinterstid. Regionen er derfor rigget med lokalsykehus, legevakter og sykestuer stort sett innen kjøreavstand.

NOU 2015:17 «Først og fremst - Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus»(19) peker på betydningen av bedre samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Utvalget foreslår tiltak rettet mot å redusere ineffektiv ressursbruk, styrket innsats på laveste effektive omsorgsnivå og tidlig prehospital innsats.

Arbeidsgruppe 5 har sett hvilke faktorer som bidrar til økt bærekraft gjennom bedre samordning av primær- og prehospitaltjenester:

- Forebygge innleggelser og sikre tidlige avklaringer og tidlig intervensjon. Som eksempel bidrar anestesilegebemannede helikoptre med mer prehospital avansert behandling. Digital konferering med spesialist på sykehus vil også kunne hjelpe primærhelsetjenesten til å kunne behandle flere pasienter utenfor sykehus, evt. unngå transaksjonskostnader ved at pasienten sendes direkte til rett behandlingsnivå.
- Oppgavedeling og bruk av riktig kompetanse på riktig sted. Som eksempel kan hjemmesykepleier i større grad måle vitale parametere, og dermed også tidligere identifisere forverring av helsetilstand.
- Rask avklaring av tilstander som kan behandles lokalt (portvokterfunksjon).
- Samlokalisering av ambulansetjenesten i tilknytning til akuttmottak der det er sykehus. og Samlokalisering med legekantor/institusjoner i kommuner som ikke har sykehusfunksjon vil kunne knytte legevakt og andre kommunale helse- og omsorgstjenester sammen med ambulansetjenesten. Dette kan bidra til tidligere intervensjon overfor alvorlig syke pasienter slik at prognosen totalt sett bedres, og øke kompetansen for prehospitalt aktører ved selektering av pasienter til beste effektive omsorgsnivå. Samlokalisering gjør det også lettere for leger å rykke ut med ambulanse, og for ambulansepersonellet å benytte seg av legenes kompetanse.

- Gode prosesser og analyser ved planlegging av sentralisering som vil påvirke forbruk av det prehospitalt tilbudet. For eksempel har interkommunale legevakter noen steder ført til økt bruk av ambulanshelikopter.
- Prehospitaltjenester og kommuner samarbeider om lokal akuttberedskap, og personell i akuttberedskap med lav forekomst av akuttoppdrag utnytter ledig tid til å ivareta deler av kommunens og helseforetakets forebyggende og helsefremmende arbeid i kommunen, jfr. Røros-prosjektet (Gjøvsund, G., Tilset, H.D. (30)).
- Legevaktbil med utstyr som bidrar til at flere pasienter kan avklares hjemme uten involvering av ambulanse.
- Mobil prøvetaking, videoløsninger og andre telemedisinske teknologier kan bidra til å utføre avansert diagnostikk hjemme hos pasienten, og vil være av stor betydning når ambulanspersonell rykker ut alene. Dette bør likevel ikke brukes som en erstatning for legevaktlegers deltakelse i utrykninger, da den allmenmedisinske kompetansen kan bidra til at pasienten ivaretas i hjemmet.
- Digitale tids- og informasjonstyper må utbedres ved at journalsystemer hos forskjellige akuttmedisinske aktører kommuniserer automatisk med hverandre. Informasjon knyttet til pasientbehandling må kunne deles i sanntid.

Det må være et mål at økt samarbeid og bedre koordinering av tjenester skal føre til forbedret kvalitet i den akuttmedisinske kjede, i tillegg til en optimalisering av ressursutnyttelsen på tvers av ulike deler av helse- og omsorgstjenesten i Nord-Norge. Konkrete samarbeidsprosedyrer og retningslinjer som sikrer effektiv koordinering av tjenester og ressurser må videreutvikles. Utvikling av omforente prosedyrer bør være første skritt til nærmere samarbeid, der også ansvarsforholdene mellom legevakt, ambulanse og sykehuslege avklares. Tverrfaglige akuttmedisinske samarbeidsøvelser på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten bør vektlegges. Prosjektet Trygg Akuttmedisin er et eksempel på dette. Fremtidige prosjekter bør i enda større grad utvikles gjennom et likeverdig samarbeid mellom representanter fra kommuner, prehospitaltjenester og sykehusleger.

Eksempel

Blodprosjektet. Dette pilotprosjektet¹ ledes av Helse Nord RHF, med faglig prosjektledelse av eksperter fra norsk militært blodprogram og Haukeland universitetssykehus. Blodbankene ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Finnmarkssykehuset har en faglig regional hovedrolle i prosjektet. Målgruppene er helsepersonell fra involverte lokalsykehus, prehospitaltjenester og legevakter. Foreløpig er det kommunene Alta, Honningsvåg, Berlevåg og Vadsø som er sertifiserte til å ha «vandrende blodbanker».

Hovedmålet med prosjektet er å styrke grunnberedskapen ved å sette lokalsykehus, kommuner og ambulansetjeneste i stand til å starte blodoverføring til pasienter med livstruende blødning. Disse pasientene står i fare for sjokk-utvikling hvor kroppen ikke lenger klarer å kompensere for pågående blødning. Ved å komme raskt til med blod, kan overlevelsen ved påfølgende akuttkirurgi økes.

Når prosjektet er rullet ut i Finnmark, skal det utvides til alle norske kommuner som ligger langt fra sykehus. Nødbloedgivere rekrutteres i lokalbefolkningen, slik at disse kan være «vandrende blodbanker» og derav fungerer som desentraliserte blodlagre. De kan også brukes som en reserveressurs spesielt for mindre blodbanker ved lokalsykehusene.

Regjeringen skal i 2024 legge fram en stortingsmelding om det prehospitalt området. Per november 2023 er det igangsatt en rekke regionale og interregionale arbeid tilknyttet fremtidens prehospitaltjenester:

Regionalt i Helse Nord:

- *Prosjekt for å etablere en forsvarlig og forutsigbar ledsagertjeneste for pasienter med psykiske lidelser*
- *Strategi for prehospitale tjenester*
- *Opprettelse av regionalt kvalitetsutvalg for prehospitale tjenester for standardisering av regionale prosedyrer*
- *Flere prosjekt for å sikre god samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste vedrørende tidskritiske tilstander (Trygg akuttmedisin, eSTROKE, FRAM)*

Interregionalt:

- *Etablering av en felles nasjonal tjeneste for Medisinsk koordinering av ambulansefly (MKA)*
- *Nye tjenester for IKT-løsninger og teknologi (nye system for AMK IKT, ny kommunikasjonsløsning for den akuttmedisinske kjede (KAK), prehospital elektronisk pasientjournal (P-EPJ))*
- *Stortingsmelding 2024 om det prehospitale området skal peke på hovedutfordringer i den akuttmedisinske kjede og hvordan et godt tjenestetilbud med kort responstid kan opprettholdes, innbefattet:*
 - *Hvordan helse- og omsorgstjenesten kan få til bedre samhandling mellom sykehus og kommune om akuttmedisinsk beredskap og ressursutnyttelse, herunder muligheter for bedre/ mer samarbeid mellom legevakt, KAD/ØHD, ambulansetjenesten og akuttmottakene*
 - *Gode parametere for aktivitet og drift i akuttmottak som kan breddes ut nasjonalt (jf. Nasjonal faglige retningslinje for somatiske akuttmottak)*
 - *En vurdering av hvordan høy grad av beredskapstid i ambulansetjenesten kan brukes mest mulig effektivt ved å legge til rette for at ambulansepersonellet kan gjøre oppgaver for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

Eksempel

Prehospital trombolysebehandling ved akutt hjerneinfarkt

Effekten av trombolytisk behandling ved akutt hjerneinfarkt avtar med tid fra symptomdebut til behandling. Behandlingen må gis innen 4,5 timer. Pasienter fra distriktet i UNNs nedslagsfelt har dårligere behandlingstilbud enn den bynære befolkningen. Dette gjelder både andel pasienter som får tilbud om trombolyse og tid fra symptomdebut til behandling. Før man kan gi trombolyse må det tas CT av hjernen for å utelukke blødning.

Ubehandlet fører hjerneinfarkt ofte til omfattende funksjonssvikt. Tilstanden er knyttet til store samfunnsøkonomiske kostnader i form av tapt arbeidsfortjeneste og behov for omsorgstjenester. Ved å flytte trombolysebehandlingen nærmere pasienten, tilbys behandlingen tidligere og flere pasienter kan vurderes og behandles innenfor det kritiske tidsvinduet. Dette vil kunne redusere funksjonssvikt og dermed samfunnskostnader. Ved DMS Finnsnes (2-4 timer i bil fra UNN Tromsø) er det en CT-maskin samme sted som den døgnbemannede legevakten. Vi transporterer pasientene dit fra området. Det utløses slagalarm samtidig ved UNN Tromsø og ved DMS Finnsnes. CT av hodet tas via et samarbeid mellom sykepleier på legevakt og radiograf på UNN. CT-maskinen fjernstyres fra UNN. Telemedisinsk slagmottak gjennomføres i samarbeid mellom nevrolog i vakt og ambulansepersonell. Ved avkreftet blødning og behov for trombolyse, igangsettes behandlingen før transport til UNN Tromsø. Prosjektet skal evalueres snart. I 2022 ble det gjennomført 19 mottak, hvor det i 8 av mottakene ble gitt trombolyse. Det brukes eksisterende vaktpersonale som utfører denne tjenesten.

Vedlegg 5 Beskrivelse av Helsefelleskapene i Nord-Norge⁷

Helsefelleskap Helgeland

Helsefelleskapet Helgeland består av 18 kommuner og Helgelandssykehuset HF. Regionen strekker seg fra Bindal i sør til Rødøy i nord. Det er i dag 3 sykehus i regionen (Mosjøen, Sandnessjøen, Mo i Rana) og 1 distriktsmedisinsk senter (Brønnøysund).

Helsefelleskap Helgeland hadde stiftelsesmøtet 4. mai 2023 der partene signerte Helgelandserklæringen med følgende satsingsområder:

- Tettere og mer forpliktende samarbeid mellom partene, inkludert bruker- og fastlegesiden
- Satsning på forebygging og egenmestring
- Utviklingsarbeid gjennom innovasjon og bruk av moderne teknologi
- Satsning på felles innsats for å sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse i alle ledd av helsetjenesten

Handlingsplanen til Helsefelleskapet er under utvikling, og mandat for etablering av det første FSUet er vedtatt.

Helgeland og helgelandskommunene har over år arbeidet med en rekke samhandlingstiltak/prosjekter. AKM/legevaksformidlingen som er innført i 12 av 17 kommuner er et eksempel på et konkret samhandlingstiltak. Helgelandssykehuset har ansvar for innkjøp av utstyr, rekruttering og ansettelse av personell, opplæring av personell, prosedyrer og rutiner, og deltagelse i fagråd og avvikshåndtering. Gjennom dette samarbeidet har kommunene tilgang til høy kompetanse, uten at det oppstår konkurranse om denne arbeidskraften.

Videre finnes det en rekke tjenester på tvers av kommuner og sykehus som er samorganisert faglig og administrativt, eller i avgrensede fagområder i tverrfaglige team. Eksempler på dette er *Individuelt støttet arbeid* (IPS), utleie av spesialisert helsepersonell fra Helgelandssykehuset til enkelte kommuner, og FACT-team. Helgelandssykehuset og enkelte kommuner har videre inngått avtaler om felles tjenestemodeller for pasientgrupper innenfor for læring og mestring, eksempelvis innenfor tilbudet «mestringstreff». I tilbudet kombineres lokalt, fysisk oppmøte med digitale løsninger og slik koples flere grupper på flere lokasjoner sammen. Kommunene deler ansvaret for faglige innlegg. Tilbudet er som del av pasientforløpet innenfor pasient- og pårørendeopplæringen⁽²⁴⁾. Tjenesteavtaler mellom kommunene og Helgelandssykehuset bidrar til å avklare oppgavedeling og informasjonsutveksling mellom kommunene og Helgelandssykehuset. Noen av kommunene har i samarbeid med Helgelandssykehuset iverksatt tiltak for å bedre kvaliteten på samhandlingen rundt utskrivningsklare pasienter (Innsatsteam og Vurderingsteam). Dette har gitt færre betalingsdøgn, og økt forståelse og respekt for kommunene som tildeler av kommunale tjenester.

Enkelte tiltak som er iverksatt har bidratt til økt bærekraft med hensyn tilgang på helsepersonell. Helgelandssykehuset har blant annet vært deltagende i tverretatlige læringsnettverk som *Gode pasientforløp* og *BRAVO-prosjektet*. Det forventes at helsefelleskapets innsatsområde knyttet til felles innsats for å sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse vil ha høy prioritet i det

⁷ Tekst utformet på bakgrunn av personlig kommunikasjon med deltakere i arbeidsgruppe 5 som har innhentet eller fått oversendt informasjon fra sine helsefelleskapsområder, samt informasjon publisert på helsefelleskapenes nettsider.

strategiske samarbeidsutvalgets arbeid, da Helgelandskommunene deler rekrutteringsutfordringene med de nordlige helsetjenestene for øvrig.

Helsefellesskap Lofoten, Vesterålen og Salten

Helsefellesskapsområdet Lofoten, Vesterålen og Salten består av 20 kommuner og Nordlandssykehuset, og utgjør den nordlige delen av Nordland fylke. Det er i dag 3 sykehus i regionen (Bodø, Gravdal og Stokmarknes), 1 psykisk helse- og rusklinikk (Bodø), samt flere distriktpspsykiatriske sentre og ambulansestasjoner i Salten, Lofoten og Vesterålen.

Helsefellesskapet ble etablert i 2021, og Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) hadde sitt konstituerende møte i mai 2022. Helsefellesskapets SSU besluttet i september 2023 å etablere følgende Faglige samarbeidsutvalg (FSU);

- Akuttmedisin og beredskap
- Helhetlig pasientforløp, klinisk samhandling og tjenesteinnovasjon
- Digitalisering og velferdsteknologi

De faglige samarbeidsutvalgene er i tråd med de strategiske innsatsområdene i helsefellesskapet som ble vedtatt i 2022. I tillegg omhandler innsatsområdene demografi og rekruttering.

Det er igangsatt tiltak innenfor flere områder i helsefellesskapsområdet, blant annet knyttet til rekruttering, akuttmedisin og beredskap, helhetlige pasientforløp, hjemmebehandling knyttet til ansvarsområder fra spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunene, og rehabiliteringstilbud ved bruk av lærings- og mestringssamarbeid. Det er etablert tverrfaglige team som *Fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam* (FACT), og det har vært ønske og planer om samlokalisering av tjenester knyttet til helsehus i Bodø. OPINOR er et eksempel på en mindre omfattende samordningsmodell hvor man har lykke med etablering. Videre sees det på en rekke tiltak knyttet digitale muligheter for eksempel knyttet til digital hjemmeoppfølging (DHO) og felles løsninger for velferdsteknologiske knutepunkt for datadeling mellom DHO, og løsninger for data-/dokumentdeling mellom elektroniske pasientjournaler.

I alle tre regioner i helsefellesskapet er Regionalt kompetansekontor (RKK) en viktig tilrettelegger av ulike nettverk, hvor helsepersonell fra både primær- og spesialisthelsetjenesten inviteres. Denne møteplassen gir mulighet for å drøfte utviklingsmuligheter og utfordringer i samhandlingen mellom kommunene og det lokale sykehuset. I tillegg gir samhandlingsarenaer en mulighet for reell lokal forankring av tiltak og arbeid som iverksettes i regi av helsefellesskapet.

Helsefellesskap Ofoten og Troms

Helsefellesskapsområdet Troms og Ofoten består av 24 kommuner og Universitetssykehuset HF (UNN HF). I tillegg er brukere og fastleger representert på alle nivå i helsefellesskapet. Det er i dag 3 sykehus i regionen (Harstad, Narvik og Svalbard), og 1 psykisk helse- og rusklinikk (Tromsø). UNN HF har videre 5 senter for psykisk helse- og rusbehandling på seks behandlingssteder (Silsand, Sjøvegan, Storslett, Storsteinnes, Håkvik og Harstad), samt 2 distriktsmedisinske sentre (Finnsnes og Storslett).

Helsefellesskapet Troms og Ofoten ble etablert i Partnerskapsmøtet 22. april 2021. I handlingsplan for 2023 er det vedtatt iverksetting av tiltak innenfor hovedområdene:

- Helsetjenester til personer med sammensatte behov
- Forebygging og egenmestring
- Personell og kompetanse

Disse områdene er i tråd med satsingsområder som er valgt på bakgrunn av felles utfordringer for kommunene og UNN, og er forankret i helsefellesskapets partnerskaps erklæring *Ishavserklæringen*. Helsefellesskapet har etablert syv faglige samarbeidsutvalg (FSU):

- FSU Akuttmedisin
- FSU Rekruttering og stabilisering
- FSU Fastlegerådet
- FSU Barn og unge
- FSU Psykisk helse og rus
- FSU Samhandlingsavvik
- FSU Digital samhandling

Helsefellesskapsområdet har en rekke pågående samhandlingstiltak/prosjekter, som for eksempel *Tiltaksliste for felles rekruttering og stabilisering*, prosjekt om *Trygg akuttmedisin*, etablering av nettverk pasientsentrerte team gjennom stormottakerprosjektet, og prosjekt om *Digital hjemmeoppfølging* (DHO) Nord-Troms. Erfaringene så langt viser til flere fordeler og gode resultater med helsefellesskapet. Det vurderes at helsefellesskapet har bidratt til etablering av relevante møteplasser som styrker samhandlingskultur og dialog, og at fastlege- og brukerstemmen er styrket. På den andre siden er det behov for økt fokus på formidling og informasjonsflyt fra utvalgene i helsefellesskapet ut til utøvende tjeneste både i kommunene og UNN.

Helsefellesskap Finnmark

Helsefellesskapsområdet Finnmark består av 18 kommuner og Finnmarkssykehuset HF. Det er 2 sykehus i regionen (Hammerfest og Kirkenes), og 2 klinikker (Alta og Sámi Klinihkka i Karasjok).

Helsefellesskapet Finnmark ble etablert i partnerskapsmøtet 23. februar 2022. Helsefellesskapet har et særskilt ansvar for å bidra til utvikling av likeverdige helsetjenester for den samiske befolkningen, samt de fire prioriterte pasientgruppene. De fire prioriterte pasientgruppene skal tillegges særlig vekt, inkludert alle typer «stormottakere» av helsetjenester.

Det er derfor viktig å sikre god bærekraft i pasientbehandlingen gjennom felles tjenestetilbud i stormottakersatsningen som digitale *Fleksibelt aktivt oppsøkende behandlingsteam* (FACT-team) for pasienter med alvorlig psykiske lidelser i deres nærmiljø, og arbeidsmetodikken fra *Pasientsentrerte helsetjenesteteam* (PSHT). Tiltak knyttet til individuell plan og koordinator, kontaktlege og barnekoordinator har til hensikt å legge til rette for gode, hensiktsmessige pasientforløp der klinisk samhandling bygger på pasientens behov og ønsker, og god faglig praksis.

Informasjonsflyt og samarbeid mellom kommunene er så langt ikke tilstrekkelig etablert. KS har tilbydd prosessveiledning for å få på plass rolleforståelse, arbeidsmetode og ansvarsforhold hos representantene i SSU. Dette arbeidet forventes å ha oppstart høsten 2023. En viktig faktor knyttet til informasjonsflyt og samarbeid vil være å få på plass en interkommunal samhandlingsleder som kan jobbe ut mot alle de 18 kommunene. Det må jobbes videre med å få opprettet FSU i helsefellesskapet.