

Helsefellesskap i Nordlandssykehuset

Erfaringer så langt, og perspektiver på hvordan vi vil utvikle helsefellesskap fremover.



Paul Martin Strand, adm. direktør Nordlandssykehuset HF

Marion Celius, leder Overordnet samarbeidsorgan, helse- og omsorgssjef Hadsel kommune

Webinar 8. februar 2020

For oss betyr dette at Nordlandssykehuset og 20 kommuner skal gå fra parter til partnere

Vi forlater en gammel modell som var initiert av samhandlingsreformen anno 2012.

Og ser med forventning frem til økt fokus på felles utvikling av bedre tjenester.



Nye arenaer for samarbeid

Dialogmøte

- Ett overordnet årlig dialogmøte mellom styret og administrasjon i NLSH HF og administrativ og politisk ledelse i kommunene.

Samarbeidsorgan

- Ett overordnet samarbeidsorgan (OSO) med 7x2 faste representanter og om lag 8 møter pr år.

Kliniske samarbeidsutvalg

- Kliniske samarbeidsutvalg (KSU-er) for ulike saksområder.

ARBEIDSDELING I HELSEFELLESSKAP

Brukere og fastleger deltar på alle nivå

PARTNERSKAPSMØTET

Politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helseforetak



Årlig møte for å forankre retning

STRATEGISK SAMARBEIDSUTVALG

Administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak



Utvikle strategier og handlingsplaner

Håndtering av saker og løpende beslutninger

FAGLIGE SAMARBEIDSUTVALG



Utvikle prosedyrer og tjenestemodeller

Status i etableringen av helsefellesskapet

- Behandlet i OSO fire møter i 2019/2020
- Oktober 2020
 - Dialogmøte: Helsefellesskap
- Februar 2021. Flertallet av kommunene har behandlet sak.
 - Kommunekoordinator(-er) under etablering
- OSO-møtet 24. februar gir KSU oppdrag å planlegge Partnerskapsmøtet 2021, tentativt tidlig høst 2021.

30. OKTOBER 2020
9:00 - 12:00

OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN (OSO) INVITERER TIL DIGITALT DIALOGMØTE

MELD DEG PÅ VIA OUTLOOK

Helsefellesskap - fremtidens samarbeidsform

Dialogmøtet 2020

MØTET GJENNOMFØRES DIGITALT - PÅ NETT

ANNE GRETHE ERLANDSEN | MONA KARLSEN | MARION CELIUS

MÅLGRUPPE: ORDFØRERE, KOMMUNEDIREKTØRER OG HELSELEDERE, NORDLANDSSYKEHUSETS STYRE OG LEDERNIVÅ

PROGRAM

- BAKGRUNN OG MÅL FOR HELSEFELLESSKAP VED ANNE GRETHE ERLANDSEN, STATISSEKRETÆR
- PARTSAMMENSATT UTVALG - ENTYDIGE ANBEFALINGER VED MONA KARLSEN, RÅDGIVER BODØ KOMMUNE
- FRA OVERORDNET SAMARBEIDSORGAN (OSO) TIL HELSEFELLESSKAP VED MARION CELIUS, HELSE- OG OMSORGELEDER HÅDSEL KOMMUNE
- DIALOG / DEBATT



Bevaringspunkter og forbedringspunkter fra den modell vi forlater

• Bevaringspunkter

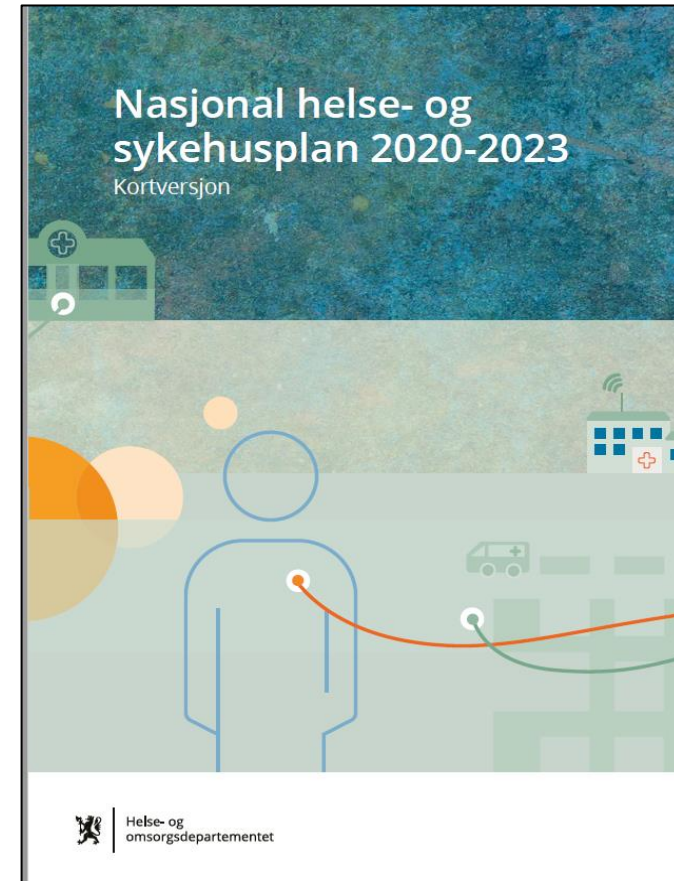
- En eksisterende god kultur for samarbeid
- Videreføre fastlegeråd og etablert brukermedvirkning inkludert ungdomsrådet
- Avtalene
- Vektlegge og videreutvikle de kliniske samhandlingsarenaer som allerede pågår

• Forbedringspunkter

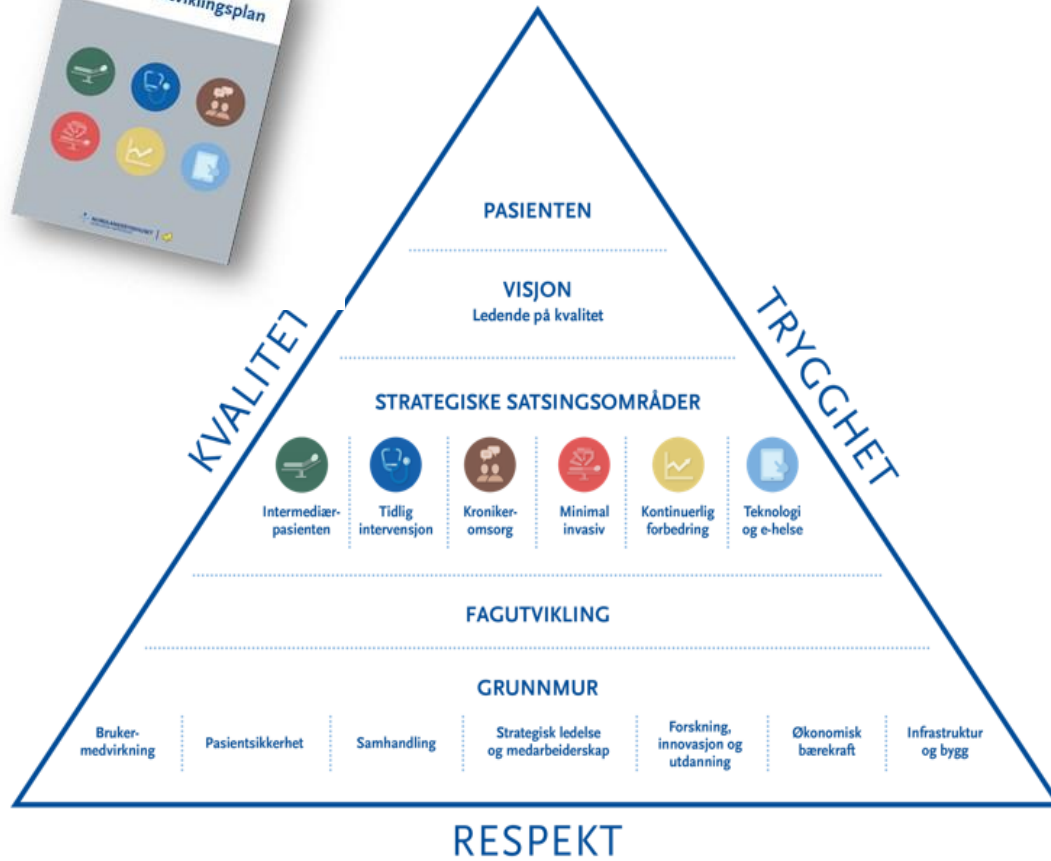
- Skille mellom arenaer for strategi og fag
- Tydeligere fokusering på felles planlegging av forløp for de prioriterte pasientgrupper
- For lite fokus på kliniske samhandlingsarenaer
- Konsensusprinsippet
- Samordnet saksbehandling



Kommunene vil avstemme planverk for helse- og omsorgsområdet med målene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

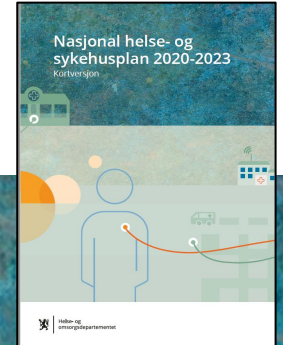


Helseforetaket vil avstemme vår strategiske utviklingsplan med målene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023



Den nye nasjonale helse- og sykehusplanen peker på fem hovedutfordringer, og hvordan vi kan møte disse :

- **Helsefelleskap:** - Pasientene skal ikke oppleve å være kasterballe mellom sykehus og kommuner. Regjeringen og KS skal opprette 19 helsefelleskap for bedre samarbeid. Fire sårbare pasientgrupper skal prioriteres: Barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.
- **Kompetanse:** - Det blir flere pasienter per ansatt i helsetjenesten. Kompetansen i helsetjenesten må planlegges og brukes bedre, både hos den enkelte, men også gjennom teamarbeid. Utdanne- rekruttere-beholde.
- **Teknologi:** - Flere tjenester skal flyttes nærmere pasienten. Det utadvendte sykehuset skal møte pasientene der de bor, og samarbeide tettere med kommunen og andre sykehus. Teknologi er et viktig verktøy for disse arbeidsmetodene.
- **Psykisk helse:** Helsetjenesten skal utvikle nye arbeidsformer og innføre nye metoder raskere. Barn og unge og de alvorligst syke skal prioriteres. Det skal innføres ambulante tverrfaglige team på tvers av kommuner og sykehus.
- **Akuttmedisin:** - En sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Sykehusene skal sammen med kommunene i helsefelleskapene gå gjennom de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Det skal være like god tilgang til akutt helsehjelp for mennesker med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, som for dem med somatiske sykdommer.



Om oppdraget: «det skal planlegges bedre sammen!»

Ambisjonen om felles planprosesser i helsefellokapene er innovativt og et svært krevende grep. Krever gode strukturer og løpende dialog om hverandres tjenester.

- Vi har merket oss at Departementet foreslår å innføre et krav om at
«samarbeidsavtalene skal inneholde konkret beskrivelse av hvordan kommuner og helseforetak skal planlegge og utvikle tjenester. Forslaget innebærer ikke et krav om en felles plan, men et krav om å beskrive hvordan et samarbeid om å utvikle og planlegge tjenestene skal være. Det stilles heller ikke lovfestede krav til innholdet i planleggingsprosessen utover at den skal gjelde utvikling og planlegging av tjenestene»

Departementets forslag har vår tilslutning og vi påregner at dette blir ivare tatt i revisjonen



Revisjon av veileder for samarbeidsavtaler

Thorstein Ouren, Helsedirektoratet

Møte i referansegruppen for Nasjonal helse- og sykehusplan 3. februar 2021



Vi ser frem til revisjonen av «veileder for samarbeidsavtaler» blir levert, også slik at vi får noenlunde like avtaler i Helsefellokapene.



De første to år vil oppgaven for helsefelleskapet primært være å etablere Helsefelleskapet og fokusere på etablering av gode forløp for de prioriterte pasientgruppene

Prioriterte pasientgrupper:

- Skrøpelige eldre
- Psykisk syke
- Pasienter med flere kroniske lidelser
- Barn og unge

Prioriterte pasientgrupper

Pasienter med behov for god og omfattende samhandling på tvers

Pasienter med omfattende tjenestebehov

Krevende å definere

Ubalanse mellom partnerne i tilgang og kompetanse på styringsinformasjon

Skrøpelige eldre

- Bedre forebyggende behandling og/eller oppfølging = reduserte reinnleggelses
- Et bedret samarbeid om forebygging av sykdomsforverring, tidlig innsats og bedre utskrivningsprosess
- Så lenge helsehjelpen er forsvarlig, blir den gitt der hvor pasient er og unngå unødvendig forflytning
- Eldre med psykisk sykdom bør tilbys utredning og behandling på lik linje med yngre voksne

Pasienter med flere kroniske lidelser

- Brukerstyrte senger og akutteam til brukere med alvorlige og langvarige lidelser
- Tilgang til tilpassede tjenester av god kvalitet
- Individuelt tilpasset opplegg
- Helsefelleskapene jobber systematisk med utarbeiding av gode forløp = pasient opplever helhetlig og sammenhengende tjenester

Psykisk helse

- Kortere ventetid
- Gyldne regel (prioritering)
- Klar ansvars- og oppgavefordeling
- ACT/FACT er integrert del
- Tverrfaglige ambulante team
- Pakkeforløp videreutvikles
- Brukerstyrte senger og akutteam til SMI-brukere
- Digital oppfølging og behandling
- Pasienterfaringer brukes aktivt i forbedringsarbeid
- Særlig oppmerksomhet til barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov (SMI)
- Styrke brukermedvirkning
- Raskere innføring av nye arbeidsformer og metoder
- Redusert bruk av tvang og tvangsinnleggelses
- Et helhetlig tilbud som dekker pasientens behov

Barn og unge

- Barn og unge med familie skal leve så normalt som mulig
- Forebygging gjennom tidlig innsats og behandling = mindre helsestap og bedre livskvalitet
- God samhandling innad i HO-tjenestene og på tvers av nivåer og mellom aktører er særlig viktig
- Et styrket samarbeid rundt barn og unge
- Bedre psykiske helsetjenester for denne gruppen
- Lett, tilgjengelig hjelp
- Behov for utvikling av flere digitale og ambulante tilbud
- Barn og unge i psykiatri: Rask avklaring og styrket tverrfaglig tilbud

- Forløpene og oppgavene må konkretiseres og prioriteres når helsefelleskapene er etablert og kommet i arbeid



Gode modeller som gir integrerte tjenester.

- Gode pasientforløp oppstår ikke av seg selv.
- Gode forløp blir først gode når de har god lokal forankring ! Dette krever mer vilje, og mulighet, til nærhet til forløpsarbeider fra de kliniske miljø i sykehusene og fra kommuneleger og fastleger.
- Vi har manglet hensiktsmessige arenaer for felles planlegging av forløp for konkrete pasientgrupper, eks kroniske sårpasienter, hjertesvikt, KOLS.
- Viktig at de faglige samarbeidsutvalgene får legitimitet og delegert ansvar til å definere innhold i forløp.



- ***Vi ønsker oss gjerne nasjonale veiledere for pasientforløp under forutsetning av at disse gir god balanse mellom nasjonalt definerte standarder og forløp, og ett nødvendig rom for tilpasninger for å ivareta hensynet til lokale forhold og standarder.***

Asymmetri med bakgrunn i informasjonsflyt og ledelsesforankring vil være en trussel for velfungerende helsefelleskap

- Kritisk viktig at kommunene vil oppleve seg som en likeverdig og godt informert partner
Dette innebærer :
 - Må øke kommunenes deltaking i utvikling av felles forløpsplanlegging , og i saksbehandling i utvalg
 - Involvering av brukerrepresentanter viktig
 - Må lykkes med kultur for åpne tilgjengelige kliniske miljø ved sykehusene, involvering av kommuneleger og fastleger, og velfungerende samhandlingssjefer hos begge partnere
 - KS ønskes som en tydelig bidragsyter til at kommunene skal kunne være en likeverdig partner. Kreves betydelig administrasjon av informasjonsflyt og koordinering. Eller skal statsforvalteren ?

