

## Fremtidsnotat

<b>Temaområde</b>	Samhandling og helsefelleskap
<b>Temaområdeleder</b>	Daniel Haga
<b>Temaområde deltakere</b>	Lena B. Waage (HMR), Olav Bremnes (HNT), Hans Ole Siljehaug (StOlav) I tillegg er Kristian Onarheim og Tore Jo Nilsen fra RHF invitert til å delta i gruppen.

## Felles prioriteringer og mål i et 4- og 15-års perspektiv

### Innledning/avgrensning:

Temagruppen har valgt å disponere fremtidsnotatet med utgangspunkt i det som i «statusnotatet» er beskrevet som «Uløste utfordringer».

Hovedpunktene under bør ha fokus i neste utviklingsplan, og vil være felles prioriteringer for alle helseforetak i regionen.

For «samhandling med kommunene/helsefelleskap» og «samarbeid for å styrke akuttberedskapen», vil det i dette notatet ikke være riktig å fastsette konkrete mål og tiltak i et 4- og 15 års perspektiv.

Helsefelleskapene skal involveres i arbeidet med lokal utviklingsplan, og det er derfor viktig at konkretiseringen skjer gjennom felles planlegging i helsefelleskapet.

Til hjelp i arbeidet, har vi laget et vedlegg med kort beskrivelse og lenke til nyttige innovasjonsprosjekt og konkrete samarbeidstiltak som er igangsatt både i egne HF og i andre regioner. Vedlegget finnes som Vedlegg 1: [Eksempler på innovasjonsprosjekt med relasjon til samhandling](#)

Sammen med temagruppe «Framskrivning», har de laget en oversikt over relevante framskrivninger, med lenke til kilder som gjør det mulig å finne lokale data ned på kommunenivå.

Lenke til alle framskrivningene finnes her: [Dokumenter - regional prosess - Alle dokumenter \(helsemidt.no\)](#)

Samledokumentet med vedlegg inneholder bl.a.:

#### Framskrivning av befolkningsutviklingen:

Oversiktene er basert på SSBs tall og viser befolkningstall i 2022, 2026 og 2037

- Pr kommune
- Pr opptaksområde (kommunetilhørigheten til opptaksområde for somatikk er benyttet)
- Inndelt etter aldersgrupper: 0-5 år, 6-15 år, 16-66 år og 67 år eller eldre

#### Aktivitets- og bemanningsframskrivninger:

- For somatikk, VOP, BUP og TSB

## «Det utadvendte sykehuset» – et virkemiddel mot pasientens helsetjeneste

Det er helt avgjørende at vi lykkes med nye samarbeidsløsninger og nye behandlingsformer for å møte et økende behov for helsetjenester samtidig med begrenset tilgang på helsepersonell.

Bedre, og mer helhetlige samarbeidsløsninger med kommunene er ett av virkemidlene for å møte denne utfordringen.

Bedre teknologiske løsninger gjør det mulig å tilby spesialisthelsetjenester der pasienten bor, enten på et DMS, et sykehjem eller i hjemmet. Mange av pasientene det her er snakk om har et omfattende tjenestetilbud både fra kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det vil ha stor betydning for både pasient og pårørende om vi lykkes med å gi et helhetlig tilbud. Å tilby koordinerte tester i hjemmet vil stille nye krav til samarbeid om tjenestene våre.

Distriktsmedisinsk senter (DMS) er en kjent struktur i grenseflaten mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. ([Værnesregionen DMS](#), [Inn-Trøndelag DMS](#) og [DMS Fosen - Sengepost](#) og [DMS Fosen - Spesialistpoliklinikken](#). Deler av tilbudet ved Røros sykehus er i sin funksjon likt et DMS, og St. Olavs hospital samarbeider med Trondheim kommune om drift av senger ved Øya Helsehus.)

Det planlegges også for et DMS i Kristiansund der det i tillegg til spesialisthelsetjenester med poliklinisk behandling, dagbehandling og dagkirurgi, er etablert et felles prosjekt med Kristiansund Kommune og Nordmøre Interkommunalt Politisk Råd.

Kontaktperson: Ketil Landevåg Gaupset. E-post: [Ketil.Landevag.Gaupset@helse-mr.no](mailto:Ketil.Landevag.Gaupset@helse-mr.no)

Relevant lenke: <https://helse-mr.no/sjukehuset-nordmore-og-romsdal/dms-i-kristiansund>

I tillegg til ulike former for desentraliserte spesialisthelsetjenester, er det rundt et DMS etablert et tett interkommunalt samarbeid mellom de omliggende kommunene. Dette har gitt større robusthet i tjenestetilbudet i kommunene, med bl.a. samarbeid om rekruttering. Dette oppleves å ha lettet samarbeidet også om enkeltpasienter.

Mange av de teknologiske løsningene som treggs for å tilrettelegge for det utadvendte sykehuset, er nærmere omtalt i framtidsnotatet til temagruppe Teknologi og digitalisering, men det er viktig å understreke at dette også krever organisatorisk tilrettelegging både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Slik tilrettelegging bør være tema i de lokale utviklingsplanene.

Det er helt avgjørende at vi lykkes med nye samarbeidsløsninger og nye behandlingsformer for å møte et økende behov for helsetjenester samtidig med begrenset tilgang på helsepersonell.

## Felles prioriteringer og mål i et 4- og 15-års perspektiv

(For hvert av målene er det gitt en kort begrunnelse)

### 1. Samhandling mellom HF/sykehus innad i regionen:

- Viderføre arbeidet med flere regionale behandlingsforløp med utgangspunkt i Helseplattformen

Dette gjelder pasienter med behov for behandling ved flere sykehus (oftest til et høyere nivå) i regionen. En del pasienter opplever «brudd» i behandlingsskjeden. Felles regionale pasientforløp bidrar til trygghet for pasientene.

Det er også et behov for å tenke forløpene fra hjem til hjem (ofte benevnt som «helhetlige pasientforløp»). Dette omtales ytterligere i pkt 3, nedenfor.

- Styrke samarbeid om utdanning/videreutdanning av helsepersonell

Tilgang på kompetent personell vil være en begrensende faktor. I et samfunnsperspektiv er vi avhengig av tilstrekkelig utdanningskapasitet, tilgang på praksisplasser og trygge arbeidsforhold i hele regionen. Mangel på tilstrekkelig personell vil stille større krav til samarbeid om bemanning i f.eks. ferieperioder.

— Samarbeide om innføring, videreutvikle og utnyttelse av Helseplattformen

Innføring av Helseplattformen som felles journalsystem vil på sikt gi helsetjenesten på begge nivå store fordeler. I første fase vil fokuset naturlig nok være på selve omleggingen fra dagens system, men på sikt vil Helseplattformen gi hele regionen store fortrinn for hele helsetjenesten.

Mål for innføring og drift av Helseplattformen er nærmere beskrevet i framtidsnotat for temagruppe Teknologi og digitalisering. <https://vp.helse-midt.no/sites/RHF/utviklingsplaner/Delte%20dokumenter/Fremtidsnotat%20Teknologi%20og%20Digitalisering.docx>

## 2. Samhandling med avtalespesialister

For mange fagområder utgjør avtalespesialister et viktig supplement i tilbudet til befolkningen, og selv om det er det regionale helseforetaket som er ansvarlig for etablering av avtalehjemler, er det viktig at dette skjer i tett dialog med lokalt helseforetak.

Det er også viktig at avtalespesialistene følger de samme prinsipper for rettighetsvurdering som spesialisthelsetjenesten for øvrig, og har en tett dialog med fagmiljøene i lokalt HF om faglig oppgavedeling. Avtalespesialistene må gis mulighet til å delta i fagutvikling og forskning sammen med resten av fagmiljøet. Et slikt tett samarbeid bør formaliseres i lokale samarbeidsavtaler mellom HF og avtalespesialister som har praksis i opptaksområdet.

Mål for lokal utviklingsplan:

- Videreføre og utvikle samarbeidsavtalene mellom HF og avtalespesialister som har praksis i opptaksområdet.

## 3. Samhandling med kommunene/Helsefelleskapene:

- Utarbeide konkrete samarbeidstiltak i Helsefelleskapene, med vekt på de fire gruppene som skal prioriteres:

- Barn og unge
- Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet
- Skrøpelige eldre
- Personer med flere kroniske lidelser

De 4 gruppene representerer pasienter som trenger godt koordinerte tjenester både innad- og mellom nivåene. Erfaringene er gode der både helseforetak og kommuner går sammen om tiltak. Tre eksempler: FACT-team som nå finnes i alle regioner, innføring av «Palliativ plan» i Møre og Romsdal, og «Pasientsentrert helsetjeneste» utviklet mellom Tromsø kommune og regionsykehus i Tromsø.

Prioriteringen av de fire gruppene er i tråd med nasjonale føringer.

[Mer informasjon om flere av disse gruppene finnes i notat fra temagruppe «Framskrivning»](#)

- Samarbeid om forskning og innovasjon

Det blir helt avgjørende at vi kan finne nye måter å tilby helsetjenester på, også i samhandling med kommunene. Sammen med Universitetene har Helse Midt-Norge en betydelig forskningskompetanse som kan anvendes sammen med foretakets og kommunens egne ressurser. Det vil være viktig at nytten av nye samarbeids- og behandlingsmåter evalueres på en tilfredsstillende måte.

I HMR er det etablert et bredt forskningssamarbeid for å undersøke hva en kan lære av samarbeidet mellom HF og kommunene under Covid 19-pandemien. Mer om dette og andre innovasjonsprosjekt finnes i vedlegg: [Eksempler på innovasjonsprosjekt med relasjon til samhandling](#)

- Samarbeid om forebygging – eks.: Folkehelsealliansen i Trøndelag

I et samfunnsperspektiv er det viktig at vi alle bidrar til å dempe veksten i behov for helsetjenester. Mange fra spesialisthelsetjenesten har bidratt gjennom organisert forebyggende arbeid for risikogrupper, f.eks. diabetes. Spesialisthelsetjenesten kan også bidra i folkehelsearbeid ved å gi «faglig autoritet» til arbeid som tilrettelegges av både kommuner og fylkeskommuner.

- Samarbeid om utvikling av flere helhetlige pasientforløp (fra hjem til hjem)

Mange opplever «brudd» i behandlingsskjeden ved flytting/overførig mellom nivåene. Dette gjelder spesielt pasienter som utskrives mens de fortsatt er under behandling eller krever tett oppfølging etter utskrivning. Utvikling av helhetlige pasientforløp skaper forutsigbarhet og øker tryggheten for både behandlere og pasienter.

- Tiltak som rettes mot pasientene som aktive deltakere:
  - Befolkningens kunnskap om helse vil øke, og tilgangen på informasjon om sykdom generelt og egen helse blir stadig mer tilgjengelig.
  - Innføring av Helseplattformen vil gjøre pasientene til langt mer aktive deltakere i oppfølging av egen helse. Helsetjenesten må aktivt søke å tilrettelegge for denne utviklingen. Fokus på «Hva er viktig for deg» er et eksempel på aktiv involvering av pasienten.
  - «Samvalg» handler om å sette pasienten i stand til å delta i beslutningen om utredning og behandling, og er en viktig del av brukermedvirkning om egen helse.
  
- Samarbeide om innføring, utvikling og best mulig utnyttelse av Helseplattformen
  - Helseplattformen vil gi et felles journalsystem for spesialisthelsetjenesten, kommuner og fastleger i hele regionen. Helseplattformen skal etter planen tas i bruk fra 2022, med St. Olavs hospital, Trondheim kommune og noen fastlegekontor som «first mover». Videre innføring vil skje de neste 2 årene. I innføringsfasen vil deler av tjenesten være på det nye systemet, mens andre fortsatt vil ha systemene de hadde før. Dette medfører at en del av de planlagte gevistene først kan tas ut når innføringen er ferdig. Gevinstmålene er utarbeidet sammen med kommunene som deltar i Helseplattformen.
  
  - Mål for innføring og drift av Helseplattformen er nærmere beskrevet i framtidsnotat for temagruppe Teknologi og digitalisering. <https://vp.helse-midt.no/sites/RHF/utviklingsplaner/Delte%20dokumenter/Fremtidsnotat%20Teknologi%20og%20Digitalisering.docx>
  
- Samarbeid om utdanning av helsepersonell
  - Befolkningsutviklingen framover viser at tilgangen på arbeidskraft vil være utfordrende for alle sektorer. For helsetjenesten vil særlig tilgangen på sykepleiere og helsefagarbeidere bli krevende både for spesialisthelsetjenesten og kommunene. Skal vi lykkes, må vi alle bidra til at begge nivå har tilstrekkelig kompetanse. Det er derfor nødvendig å ha et samfunnsperspektiv både mht utdanningskapasitet, tilgang på praksisplasser og trygge arbeidsforhold.
  - Her bør det inngås konkrete samarbeidsavtaler mellom utdanningsinstitusjonene, spesialisthelsetjenesten og kommunene.

#### 4. Utvikle flere gode samarbeidsløsninger med kommuner der det er viktig å styrke akuttberedskapen

Ved akutt skade eller sykdom er en velfungerende akuttmedisinsk kjede viktig for trygghet i befolkningen. Slik vi har beskrevet i statusnotatet, er deler av den akuttmedisinske kjeden spesialisthelsetjenestens ansvar, og deler er et kommunalt ansvar. For å kunne gi befolkningen god og forsvarlig helsehjelp, må samhandlingen mellom enhetene fungere godt.

Det blir derfor viktig at en i helsefelleskapene diskuterer både kommunal legevakt og ambulansetjenesten:

- Både struktur (eks. fysisk plassering av ambulansebaser og legevakt), og dimensjonering og kompetansesammensetning av den enkelte enhet, er viktig for å sikre god kvalitet. Kravet om gjensidig involvering ved planer om endring, er derfor svært viktig.
- Samtrenting og kompetansebygging gjennom øvelser er et godt virkemiddel, og bør avtales som en del av samarbeidet i helsefelleskapet.
- I flere av helseforetakene i Midt-Norge er det etablert konkret samarbeid mellom kommuner og helseforetak for å styrke beredskapen. Flere eksempler på dette er gjengitt i statusnotatet. Det bør vurderes om slike samarbeidstiltak er aktuelle også andre steder.
- Fellestjenestene for ambulansetjenesten i Midt-Norge er omtalt i statusnotatet, der det også er gjengitt en rekke gevinster ved dette foretaksovergripende samarbeidet. I deres årsrapport finnes mye viktig statistikk som utgangspunkt for hvilke tiltak som bør prioriteres for å sikre god akuttberedskap. Prioriteringen av tiltak må i utgangspunktet være en del av de lokale utviklingsplanene.

## Involvering

Interessent	Tema	Tidspunkt
<b>Temagr. Framskrivning</b>	Behovsframskrivninger for somatikk og for psykisk helsevern og rusbehandling	
<b>Temagr. Utdanning</b>	Behov for utdanning i et samfunnsperspektiv	
<b>Temagr. Beredskap</b>	Ansvarsavgrensning	
<b>Regionalt brukerutvalg</b>	Orientering og tilbakemelding	
<b>KTV/KVO</b>	Orientering og tilbakemelding	

### Referanser:

- [Helsefellesskap - Helsedirektoratet](#)
  - [Team - Helsedirektoratet](#)
  - [Felles sekretariatsfunksjon for kommuner i helsefellesskap - Helsedirektoratet](#)
  - [Styringsinformasjon - Helsedirektoratet](#)

Distriktsmedisinske senter i Midt-Norge

- [Værnesregionen DMS](#)
- [Inn-Trøndelag DMS](#)
- [DMS Fosen - Sengepost](#)
- [DMS Fosen - Spesialistpoliklinikken\)](#)