

SAMMENHENGENDE OG BÆREKRAFTIGE HELSEFELLESSKAP

Muligheter og begrensninger

Anette Fosse

Leder av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

PhD, spesialist i allmennmedisin og godkjent kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin

Tidligere fastlege og sykehjemslege i Mo i Rana (1989-2020)



NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTSMEDISIN 2022

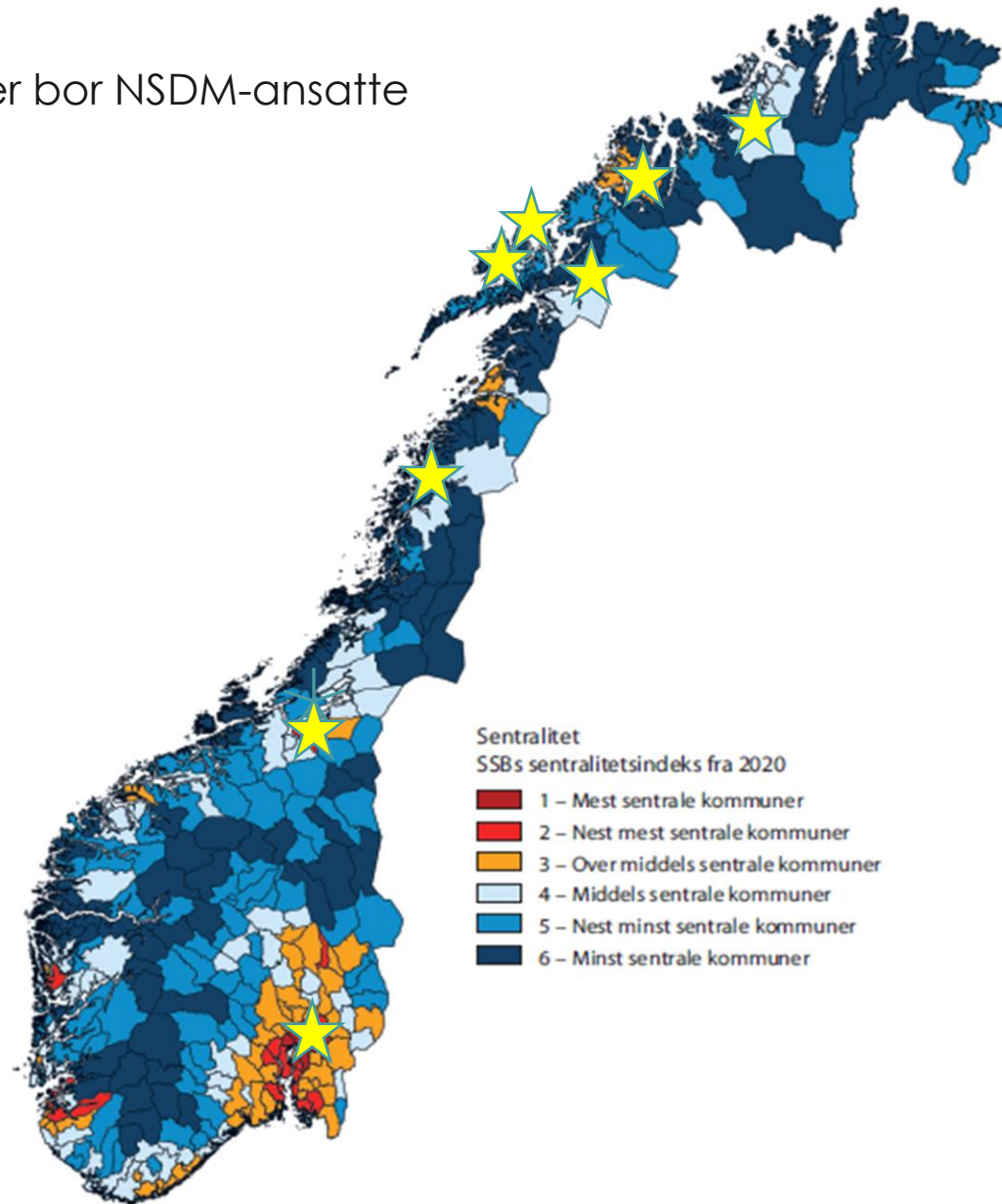


NSDM 1. januar 2022: Anette Fosse, Birgit Abelsen, Margrete Gaski, Frank Remman, Ingvill Konradsen, Martin B Harbitz, Magnus Hjortdahl, Anders Svensson, Roger Strasser, Helen Brandstorp, Hedda Mørch, Tone Seppola-Edwardsen, Hege Bruun

- tverrfaglig kompetansesenter som skal fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene
- bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten ved å bygge bro mellom praksis, akademi og forvaltning



★ Her bor NSDM-ansatte

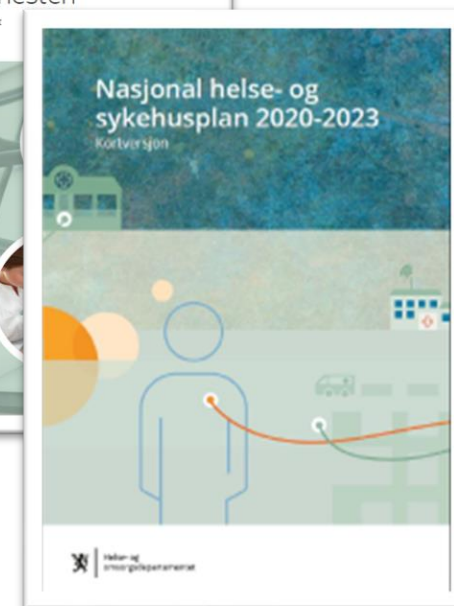
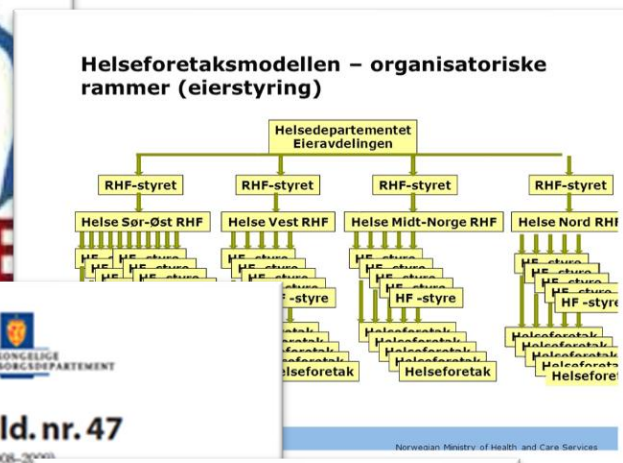


Figur 2.1 Kommuner gruppert etter sentralitet

Kilde: Høydahl, E. (2020). *Sentralitetsindeksen. Oppdatering med 2020-kommuner.* (Notater 2020/4). Statistisk sentralbyrå.

HISTORISK TILBAKEBLIKK

- Fastlegeordningen 2001
- Helseforetaksreformen 2002
- Samhandlingsreformen 2012
- Handlingsplan for fastlegeordningen 2020
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
 - opprette 19 helsefelleskap



How can task shifting put patient safety at risk? A qualitative study of experiences among general practitioners in Norway

Kirsti Malterud^{a,b,c}, Aase Aamland^{a,d} and Anette Fosse^{a,e}

- Task shifting between different levels of health care is a relevant and legitimate strategy for planning and policy
- GPs in Norway report adverse events related to task shifting from specialist colleagues without proper resource allocation
- Patient safety may be put at risk by hazardous delay, overdiagnosis, endangered accountability and potential malpractice

Planning and implementation of task shifting must involve all system levels and relevant stakeholders to ensure patient safety

”Kulturforskjeller”

	Spesialisthelsetjenesten	Kommunehelsetjenesten
Helseproblemer	Ett problem, evt. fokus på ett om gangen.	Gjerne flere parallelt, hele spektret diagnoser/problemer
Behandling	Diagnoseorientert og med avansert teknologi.	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv.
Beslutninger	Tas gjerne i møter med flere og med høy lojalitet til faglige retningslinjer	Tas av helsepersonell alene eller av få, med vekt på pasientpreferanser
Planlegging	Kortsiktig – tom. utskrivning. Ofte med store endringer. Høyt tempo.	Langsiktig – mot resten av livet Ofte liten/langsom endring.
Pasient – helsepersonell forhold	Sjelden og i korte perioder. Mange involverte. Svak pasientrolle	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle
Samarbeid med andre	Mest med kommunehelsetjenesten, sporadisk med pårørende	Med mange, også utenfor helse-tjenesten, tett med evt. pårørende

RAPPORT OM SAMHANDLING MELLOM KOMMUNER OG HELSEFORETAK (MØREFORSKNING 2020)

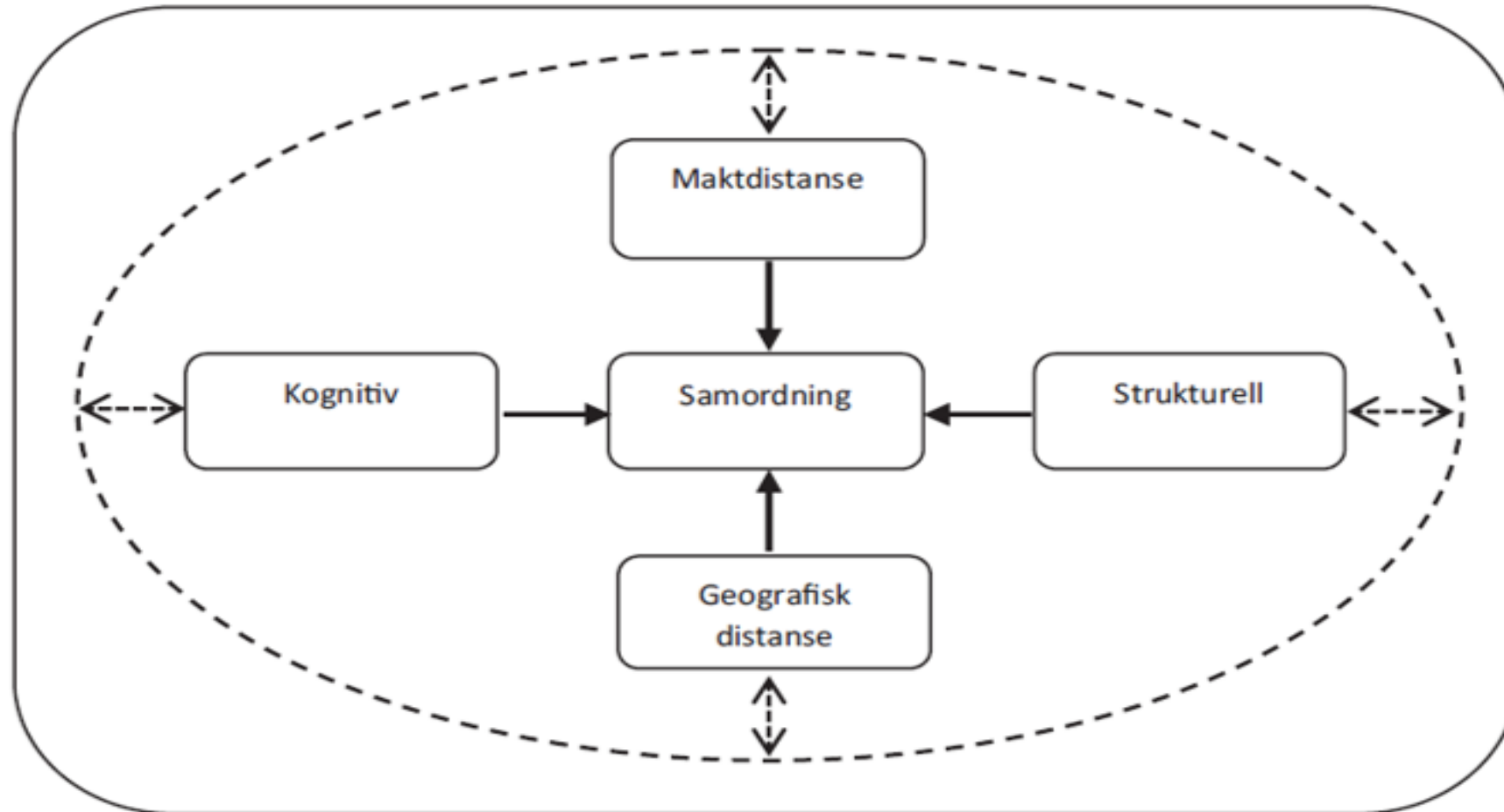
- Lav likeverdighet – helseforetaket setter agendaen
- Manglende beslutningskraft – ulikt nivå og antall representanter deltar fra partene
- Lav kontinuitet i oppmøte fra begge parter
- Utfordringer med overgangene mellom nivåene i samarbeidsstrukturen
- 80% av deltakere fra helseforetaket oppfatter samarbeidsklimaet som godt, mens den tilsvarende andelen fra kommunenivået var 40%
- Kommunene opplever et spenningsforhold mellom erkjennelsen av behovet for økte og dedikerte ressurser til samhandling og skepsisen til å la seg representere av en felles samhandlingsressurs



Hva skal til for at de nye helsefellesskapene kommer bedre ut enn dette?

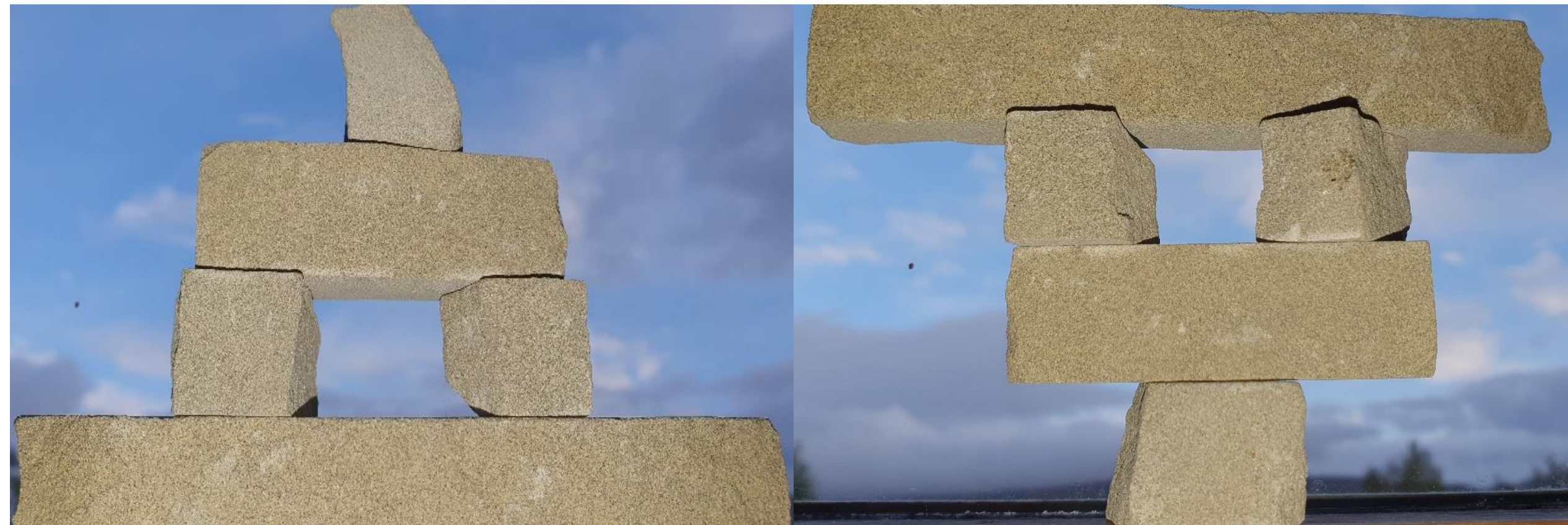
Gjenstridige problemer og tverretatlig samordning: Et analytisk rammeverk

Nesheim, Torstein m.fl Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, 2019-04-04, Vol.35 (1), p.28-50



Figur 2.
Distansetyper i inter-organisatorisk samarbeid

OVENFRAO G N E D O G N E D E N F R A O G O P P



Boin, A. and Bynander, F., 2015. Explaining success and failure in crisis coordination. *Geogrāfiskā Annaler: Series A, Physical Geography*, 97, 123-135

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

Relationship Building

Partners

Pol

Health administrators

Communities

Figure 1 Partnership Per

HEALTH ADMINISTRATORS

First Nations Health Authority
 Provincial Health Services Authority
 Island Health
 Vancouver Coastal Health
 Fraser Health
 Northern Health
 Interior Health
 Providence Health
 BC Women's Hospital
 Specialists of BC
 Society of General Practice

HealthMatch BC
 Worksafe BC
 Insurance Corporation of BC
 Unions
 Veteran Affairs

COMMUNITIES

Patients
 BC Municipalities
 First Nations Communities
 Community Organizations and Foundations
 First Nations Health Council
 BC Rural Health Network
 BC Patient Safety and Quality Council

Society of Rural Physicians of Canada (SRPC)
 Rural Coordination Centre of BC (RCCbc)
 Rural Education Action Plan (REAP)

LINKED SECTORS

Industries with vested interest in health (e.g., forestry, oil and gas, mining, etc.)
 Non-profits (e.g., hospital auxiliaries)
 BC Rural Centre
 Institute of Health System Transformation and Sustainability

Joint Collaborative Committees
 (General Practice Services Committee (GPSC), Shared Care, Specialist Services Committee (SSC), Joint Standing Committee on Rural Issues (JSC))

POLICY MAKERS

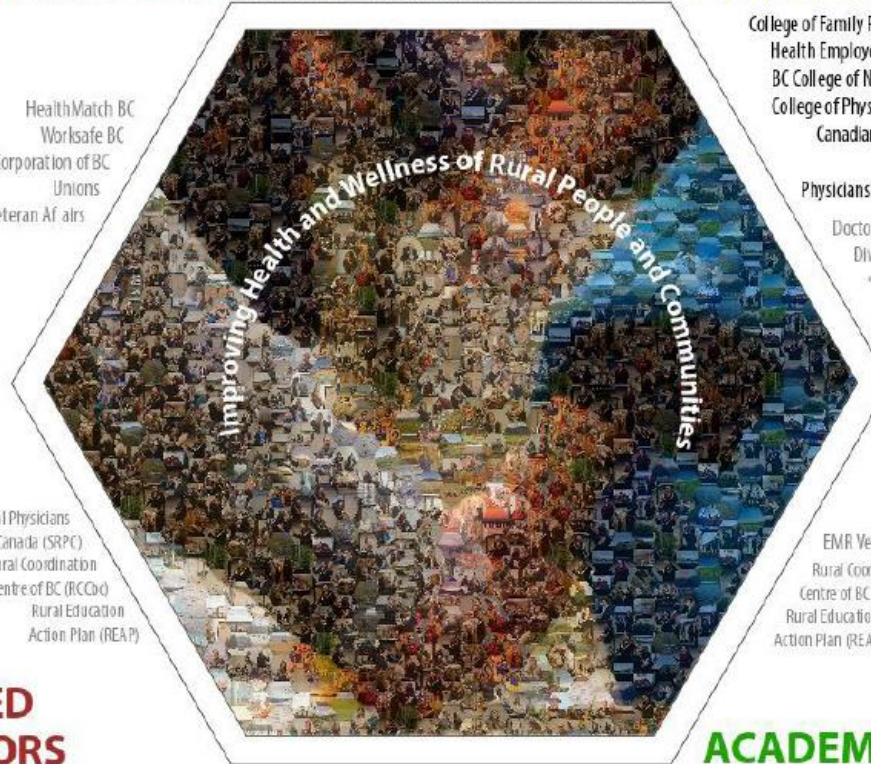
Ministry of Health
 Ministry of Mental Health and Addictions
 College of Midwives
 BC Midwifery Association
 BC Nursing Union
 Nurses and Nurse Practitioners of BC
 BC Emergency Health Services
 Doctors of BC
 Divisions of Family Practice
 *Joint Collaborative Committees (GPSC, SSC, Shared Care)

HEALTH PROVIDERS/ PROFESSIONALS

Allied Health Care Professionals
 Physicians
 BC Ambulance
 Shared Care
 EMR Vendors
 Rural Coordination Centre of BC (RCCbc)
 Rural Education Action Plan (REAP)

ACADEMIA

Rural Scholars
 UBC Health
 Faculty of Medicine, UBC
 Selkirk College Rural Pre-Med Program
 Learners, teachers, and researchers
 University of Northern BC Health Research Institute
 UBC Midwifery Program
 Centre for Rural Health Research
 BC Academic Health Science Network
 Health Sciences and Social Science Faculties at universities and colleges across BC



Partnership Pentagonam Plus.

Markham R, Hunt M, Woollard R, et al. Addressing rural and Indigenous health inequities in Canada through socially accountable health partnerships. *BMJ Open* 2021;11

In complex system undertakings, like health, whoever is **not** there provides a useful excuse for collective failure.

For example:

no policy-makers = lack of will

no managers = too much bureaucracy and red tape

no health professionals = greedy doctors and unions

no academics = ivory tower rather than real world

no patients/communities = unrealistic expectations

no linked sectors = don't care about community

Figure 3 Scapegoats for collective failure.

Markham R, Hunt M, Woollard R, *et al.* Addressing rural and Indigenous health inequities in Canada through socially accountable health partnerships. *BMJ Open* 2021;11

KOMPLEKSITETSTEORI UNDERSTØTTER MODERNE LEDELSES- OG ORGANISASJONSTEORI

- Tilstreber fleksibilitet, handlefrihet og desentralisert lederskap
- Formell struktur tillegges mindre betydning
- Organisasjonen er en dynamisk enhet i stadig endring
- Planverk er fleksible og tilstreber balanse mellom detalj- og intensjonsstyring
- Samhandling oppstår på tvers av avdelinger og i tilfeldige fora
- Uenighet er sunt og er – med rett håndtering – kilde til ny kunnskap

Publisert: 25. januar 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0724



Tidsskriftet
DEN NORSKE LEGEFØRENING

Hva kompleksitetsteori kan lære oss om sykdom og organisering

KRONIKK

LARS PRAG ANTONSEN
E-post: larspantonsen@hotmail.com
Lars Prag Antonsen er lege i spesialisering i anestesi ved Oslo universitetssykehus, Ullevål og ved Sykehuset Østfold.
Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Trekkfuglers bevegelsesmønstre, kinesisk krigsfilosofi og klassisk musikk kaster nytt lys over hvordan vi forstår biologiske og organisatoriske systemer. Kompleksitetsteori forklarer komplekse adaptive systemer og er nyttig både som grunnleggende filosofi og som praktisk klinisk hjelpemiddel.



Illustrasjon: Sylvia Stølan

Medisinsk vitenskap omhandler komplekse systemer i hele spekteret fra molekylærbiologi



Planning and Evaluating Remote Consultation Services: A New Conceptual Framework Incorporating Complexity and Practical Ethics

Trisha Greenhalgh^{1}, Rebecca Rosen², Sara E. Shaw¹, Richard Byng³, Stuart Faulkner¹, Teresa Finlay¹, Emily Grundy², Laiba Husain¹, Gemma Hughes¹, Claudia Leone², Lucy Moore¹, Chrysanthi Papoutsis¹, Catherine Pope¹, Sarah Rybczynska-Bunt³, Alexander Rushforth¹, Joseph Wherton¹, Sietse Wieringa¹ and Gary W. Wood⁴*

OPEN ACCESS

PERCS

Planning And Evaluating Remote Consultation Services

- 7 domener
 - Konsultasjonsårsak
 - Pasienten
 - Lege-pasientforholdet
 - Hjem og familie
 - Teknologien
 - Personalet
 - Helsetjenesten/organisering
 - Det utvidete systemet

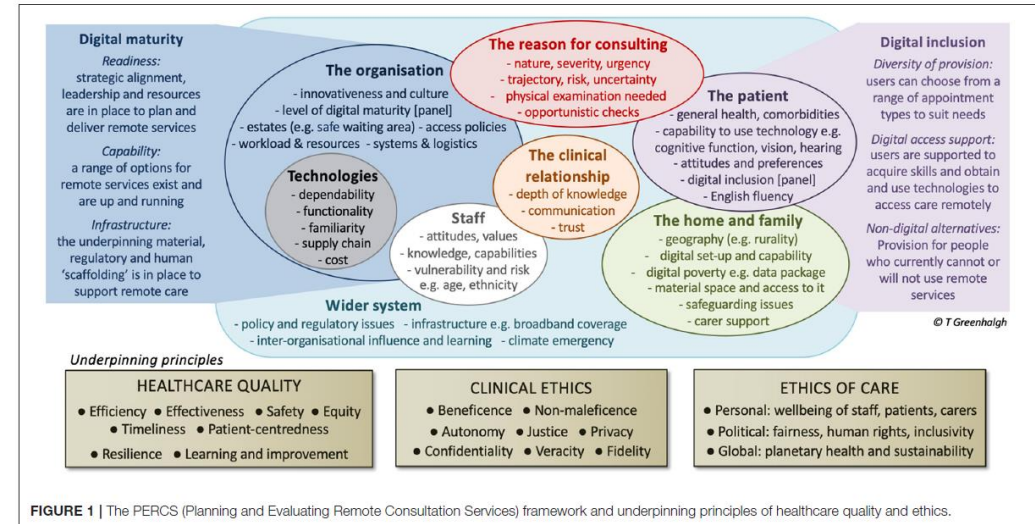


FIGURE 1 | The PERCS (Planning and Evaluating Remote Consultation Services) framework and underpinning principles of healthcare quality and ethics.

PERCS

- vurderer hvordan domenenene samhandler og utvikles over tid som et komplekst system
- fokuserer på organisasjonens digitale modenhet og digitale inkluderingsarbeid

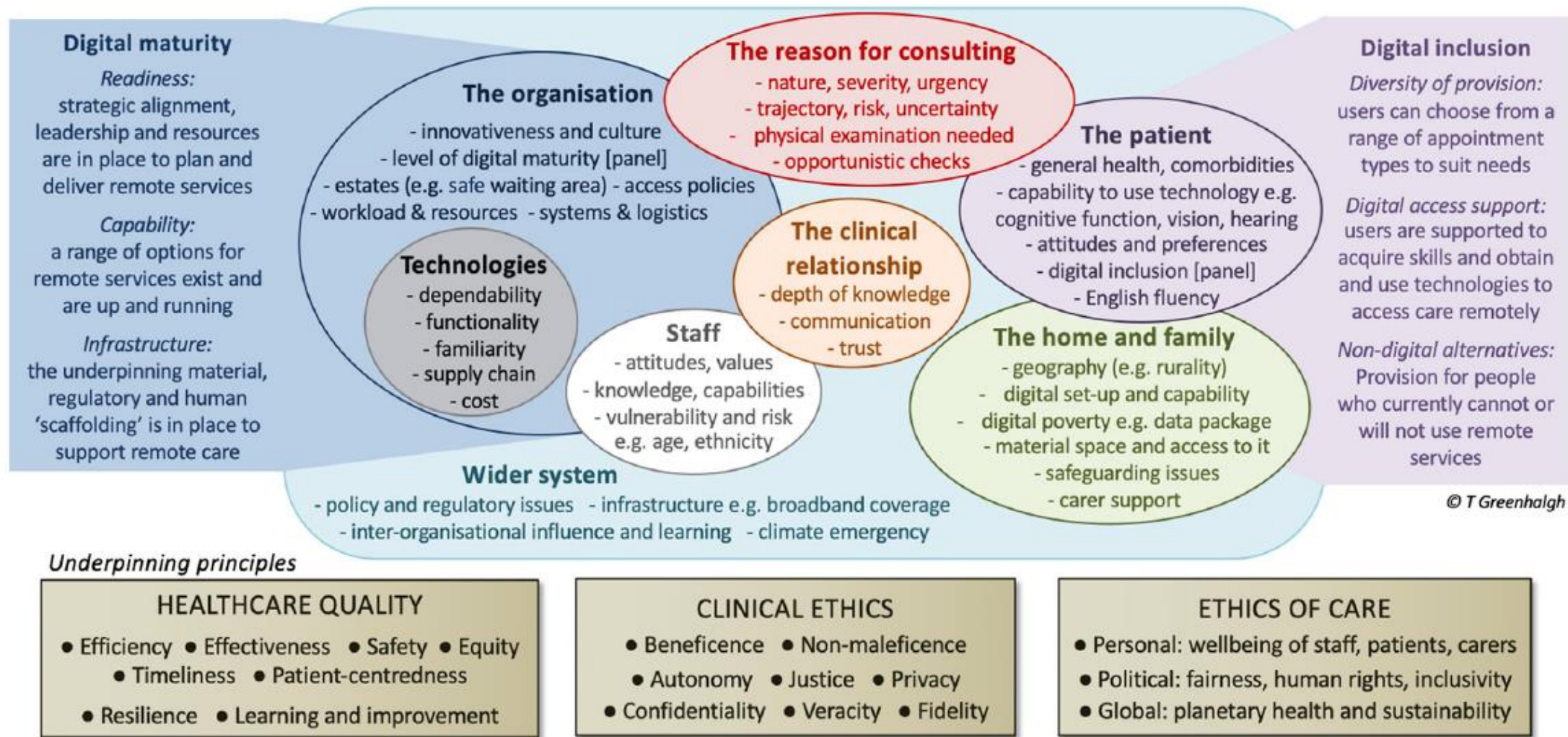


FIGURE 1 | The PERCS (Planning and Evaluating Remote Consultation Services) framework and underpinning principles of healthcare quality and ethics.

Greenhalgh et al (2021) Planning and Evaluating Remote Consultation Services: A New Conceptual Framework Incorporating Complexity and Practical Ethics. *Front. Digit. Health* 3:726095

SAMMENHENGENDE OG BÆREKRAFTIGE HELSEFELLESSKAP

ARBEIDSDDELING 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

Illustrasjoner og designelementer som er merket er laget av Gjerholm design og er brukt med tillatelse fra HOD

ANDERS GRIMSMO, PROFESSOR I SAMFUNNSMEDISIN NTNU

"Kulturforskjeller"

Gjenstridige problemer og tverretattlig samordning: Et analytisk rammeverk

Nesheim, Torstein m.fl Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, 2019-04-04, Vol.35 (1), p.28-50

OVENFRAOGNEDOGNEDENFRAOGOPP

Relationship Building Partners

Poli

HEALTH ADMINISTRATORS
First Nations Health Authority
Provincial Health Services Authority

Health Collaborative Governance
Government of British Columbia (BC), Australia
Government of Ontario (ON), Canada
Government of Saskatchewan (SK), Canada
Government of Alberta (AB), Canada

POLICY MAKERS
Ministry of Health
Ministry of Mental Health and Addictions
College of Family Physicians of Canada
Health Professions Association of BC
College of Midwives

Health administrator

KOMPLEKSITETSTEORI

UNDERSTØTTER MODERNE LEDELSE- OG ORGANISASJONSTEORI

Tidsskrifter

- Tilstreber fi
- Formell str
- Organisas
- Planverk e
- Intensjons
- Samhand
- Uenighet

Figure 1 P

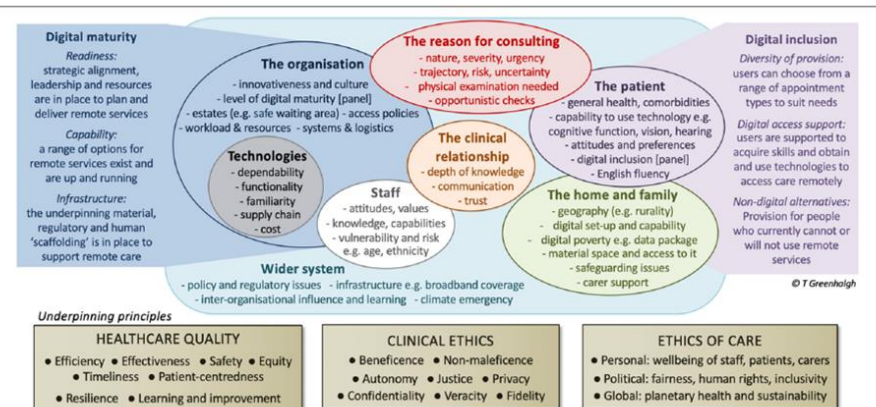


FIGURE 1 | The PERCS (Planning and Evaluating Remote Consultation Services) framework and underpinning principles of healthcare quality and ethics.

Greenhalgh et al (2021) Planning and Evaluating Remote Consultation Services: A New Conceptual Framework Incorporating Complexity and Practical Ethics. Front. Digit. Health 3:726095

