



Helgelandssykehuset 2025

**Samhandling med kommunene,
herunder felles
rekrutteringsutfordringer og
helhetlige helsetilbud i regionen**

Utarbeidet av intern arbeidsgruppe og levert 15.10.19.
Revidert og ny versjon levert 07.11.19 etter
tilleggsspørsmål fra styret i Helgelandssykehuset
fremkommet i styreseminar 22.10.19.



Innhold

Samhandling på Helgeland	1
1 Sammendrag	1
2 Bakgrunn og oppdrag	4
2.1 Arbeidsgruppens sammensetning	5
2.2 Arbeidsgruppens arbeidsmetode og møteplan	5
2.2.1 Møter i arbeidsgruppe og gruppe med utvidet prosjektstøtte	5
2.2.2 Styreseminarer	5
3 Viktige definisjoner og begrepsbruk	5
3.1 Definisjon samhandling	5
3.2 Definisjon av helhetlige pasientforløp	6
Kjennetegn ved helhetlige pasientforløp:	6
3.3 Definisjon rekruttering og stabilisering	7
4 Dagens organisering av samhandling på Helgeland	7
4.1 Samarbeid med kommunene	7
4.2 Øvrige samarbeidspartnere	9
5 Dagens utfordringsbilde på Helgeland og i Helgelandssykehuset – og ønsket fremtidsbilde	11
5.1 Demografi, geografi og topografi	11
5.2 Eldre og kronisk syke	12
5.3 Øybefolkningen og tilgjengelighet til helsetjenester	13
5.4 E-helse	14
5.5 Digital samhandling og teknologi	14
5.6 Endret pasientrolle	16
5.7 Samarbeidsavtaler og tjenesteavtaler	16
5.8 Gode pasientforløp	17
5.9 Samarbeid med fastleger	19
5.10 Folkehelse og forebyggende tiltak	20
5.11 Rekruttering og stabilisering	21
5.12 Kompetanseoverføring	22
5.13 Behandling av pasienter på rett nivå	23
5.14 Tilbudet til den samiske befolkningen	24
6. Henvisninger	24
7. Utvalg av forkortelser/forklaringer av ord og begrep	25

Samhandling på Helgeland

1 Sammendrag

Helgelandssykehuset står ovenfor store utfordringer i tiden fremover for å kunne tilby fremtidsrettede helsetjenester til pasientene på hele Helgeland. Demografiske, medisinske og teknologiske utviklingstrekk krever at PHT (primærhelsetjenesten) og SHT (spesialisthelsetjenesten) gjør store endringer. Pasientrollen endres, vi får økt antall pasienter med kroniske lidelser og informasjon blir stadig mer utfyllende og lettere tilgjengelig. Intensjonen er at *«Helgelandssykehuset HF skal videreutvikle et godt lokalsykehusstilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste på Helgeland, i samarbeid med kommunene, samt styrke forskning, fagutvikling og utdanning»*.

I forbindelse med prosessen HSYK 2025 har samhandlingsjef og representant for utvidet prosjektstøtte fra AD (administrerende direktør) fått i oppdrag å beskrive *«samhandling med kommunenes helsetjenester, herunder felles rekrutteringsutfordringer»* og har inkludert senter for samhandling og senter for HR i arbeidet. Denne presentasjonen tar utgangspunkt i dagens helsetjenester knyttet til samhandling på Helgeland. Helsetjenester utover dette beskrives av andre arbeidsgrupper i henhold til bestillingen.

Samhandlingsfeltet er sentralt for forbedring og utvikling av helsetjenester, og handler om kvalitet, pasientsikkerhet og ressursbruk både i PHT og SHT. Særlig viktig er det å styrke den kliniske samhandlingen. På Helgeland er det stor variasjon i innbyggertall i kommunene. Dette gir enkelte kommuner en utfordring angående manglende kompetanse innenfor ulike helseprofesjoner. Samhandling på Helgeland innebærer samarbeid internt i Helgelandssykehuset, med kommunene på Helgeland samt andre helseforetak og høyere behandlingsnivå. I tillegg er interkommunalt samarbeid essensielt for å kunne tilby gode helsetjenester.

Ny sykehusstruktur på Helgeland skal bidra til å videreutvikle helsetjenesten til pasientene i hele regionen (Helgeland). Den nye strukturen skal bidra til et moderne pasientsentrert utrednings- og behandlings- og opplæringstilbud.

Medisinsk og teknologisk utvikling skaper stadig nye tjenestetilbud som krever nye arbeidsmetoder.

Overordnet mål er at pasientene skal få god utredning, behandling og opplæring samt bli møtt med rett kompetanse til rett tid på rett sted så nært hjemstedet som mulig. En ønsker derfor å desentralisere det man kan til PHT og DMS (distriktsmedisinsk senter) og sentralisere det en bør i forhold til mer kompleks utredning og behandling. I denne sammenhengen bør Helgelandssykehuset ha spesielt fokus på storforbrukere av sykehus tjenester som eldre, kronikere og pasienter med sammensatte lidelser og avansert alvorlig sykdom. Disse utgjør 5-10% av pasientene som legges inn i sykehus og legger beslag på ca. 50% av sengekapasiteten i sykehusene. Spesielt i forhold til denne gruppen som er storforbrukere av helsetjenester er det viktig at en desentraliserer det en kan slik at utredning og behandling i størst mulig grad kan skje i PHT og nærmeste DMS. Denne gruppen har også ofte sammensatte komplekse lidelser, og det er ønskelig at utredning og behandling ved sykehusinnleggelse kan foregå ved en enhet slik at en slipper transport mellom flere enheter som



praktiseres med funksjonsfordelingen vi har i dag. Forebygging er også sentralt, og man må øke kompetansen om egen helse i befolkningen. Dette vil bidra til bedret helse, økt livskvalitet og mindre forbruk av helsetjenester i PHT og SHT.

Flere kommuner på Helgeland har i stor grad befolkning som bor på øyer. I forhold til Helgelandssykehuset som primærsykehus gjelder dette i stor grad Vega, Herøy, Dønna, Træna, Lurøy og Rødøy, hvorav sistnevnte kommune også benytter Nordlandssykehuset Bodø. Befolkningen er som kjent avhengig av transport til vanns for å komme seg til sykehus i tillegg til at lufttransport kan benyttes når situasjonen krever det og været tillater det. For størstedelen av øybefolkningen på Helgeland anses det i forhold til tilgjengelighet med tanke på total transporttid at sykehus plasseres i en enhet sentralt på Helgeland slik at pasientene som allerede har lang reisevei spares for ytterligere transport mellom flere enheter.

Opprettelse av DMS vil gi mange pasienter kvalitetsmessig gode tjenester i nærområdet med påfølgende reduksjon i innleggelser, mindre belastning for pasientene og reduserte transport/reisekostnader. Samlokalisering av desentraliserte spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester vil også gi større mulighet til å etablere helhetlige pasientforløp mellom PHT og SHT.

For å sikre pasientene sammenhengende gode pasientforløp skal den nye strukturen legge til rette for god samhandling med kommunehelsetjenesten. Det bør være forpliktende dialog med ansvarsavklaring mellom PHT og SHT og rutiner, prosedyrer samt tjenesteavtaler må revideres.

Samtidig vil den rivende medisinske og teknologiske utviklingen fremover bidra til at utredning og behandling blir stadig mer spesialisert. Med tanke på at helgelendingene i fremtiden skal motta fremtidsrettede spesialiserte helsetjenester, og også kanskje kunne motta utrednings- og behandlingstilbud som vi ikke har per i dag, er det helt sentralt at profesjoner og kompetanse samles. Dette vil også bidra til at pasienter med sammensatte lidelser slipper unødig transport og får sin behandling for flere lidelser ved samme enhet.

Den teknologiske utviklingen går raskt, og mulighetene for å gi mer avansert behandling blir stadig større. Helgelandssykehuset ønsker å utvikle den prehospitale tjenesten med nyere og bedre utstyr slik at utredning og behandling kan starte allerede i ambulansen. Dette samtidig med at AMK-sentralene og SHT forøvrig oppgraderes med mer robuste og fremtidsrettede teknologiske/kommunikasjonsløsninger.

Avhengig av hvilken sykehusstruktur med lokalisering som vedtas, vil videre innhold i sykehus, ambuleringsordninger, DMS og ansvarsfordeling mellom PHT og SHT kunne utredes og beskrives nærmere.

I følge innspill fra senter for HR er det per i dag ikke utfordrende å rekruttere til de 3 enhetene innen Helgelandssykehuset med unntak av enkelte legespesialiteter. Fremtidens helsepersonell utdannes med kunnskap om stadig mer avansert utredning og behandling. I tillegg til tradisjonelt helsepersonell vil moderne teknologi kreve nye profesjoner som for eksempel fysikere og ingeniører. Skal Helgelandssykehuset fremover rekruttere og senere stabilisere helsepersonell, er det viktig at man i konkurranse med andre aktører er attraktive og kan tilby sykehus som er oppdatert i forhold til

avansert utredning og behandling og som har fulgt teknologisk utvikling og anskaffet nytt moderne utstyr.

For å få dette til bør kompetanse i størst mulig grad samles slik at det etableres robuste tverrfaglige fagmiljø. Samtidig ser en for seg at en del helsepersonell må ambulere til DMS for at pasientene i størst mulig grad skal kunne motta helsetjenester som kan desentraliseres så nært hjemstedet som mulig. Det blir da viktig med akseptabel reise/pendleravstand for personell som må forholde seg til flere arbeidsteder med tanke på velvilje til ambulering. Det er også viktig at PHT og SHT holder hverandre fortløpende orientert om aktuelt personell som kan rekrutteres.

Samlet kompetanse i sykehus vil også kunne gi ringvirkninger til PHT i forhold til rekruttering ved at attraktivitet økes i form av formaliserte hospiteringsordninger hvor personell fra PHT hospiterer regelmessig i SHT med tanke på faglig påfyll.

Helgelandssykehuset ønsker at nasjonale myndigheter gir rammebetingelser som bidrar til:

- God og sikker infrastruktur
- Felles helseplattform
- Felles pasient- og kvalitetssystem med tanke på rask, sikker og god pasientbehandling
 - En innbygger en journal
 - Felles avvikssystem
- Avklaring av behandlingsansvar når spesialisthelsetjenesten følger opp pasienter i hjemmet eller på kommunale arenaer
- Tilrettelegging av finansieringsmodell med incentivordninger som bidrar til økt behandling av pasienter i PHT. Dette er ønsket utvikling/føringer fra Helse -og omsorgsdepartementet og Regional utviklingsplan for Helse Nord frem til 2035, hvor det anføres at et betydelig volum av helsetjenester skal overføres fra SHT til kommunene. Incentivordninger og økte midler til kommunene må det komme føringer på fra sentrale myndigheter.

I forbindelse med samhandling med kommuner på Helgeland ønsker Helgelandssykehuset følgende:

- God og sikker infrastruktur slik at ny teknologi kan tas i bruk
- Økt faglig kompetanse på IKT systemer med tanke på installasjon, opplæring og brukerstøtte
- Tettere samarbeid mellom sykehus, kommuner og bedrifter for å utnytte teknologien best mulig i fremtidig sykehus, DMS og kommuner/hjem
- Bruk av telemedisin/videokommunikasjon og mer avansert utstyr i den prehospitaltjenesten
- Mer utredning, behandling inkludert hjemmebehandling og avstandsoppfølging utenom sykehus
- Formaliserte hospiterings- og ambuleringsordninger
- Videreutvikle pasientsentrert helsetjeneste inkludert LMS (Lærings og mestringscenteret)
- Strukturerte helhetlig pasientforløp gjennom KS (Kommunenes sentralforbund) og FHI (Folkehelseinstituttet) sitt læringsnettverk
- Flere tverrfaglige team som ivaretar de mest sårbare pasientene innen somatikk og psykisk helse og rus
- Videreutvikle interkommunalt samarbeid for å kunne tilby gode helsetjenester ute i distriktene
- Videreføring av observasjonspost/senger ved Helgelandssykehuset for raskere avklaring og overføring av pasientene til rett behandlingsnivå
- Videreutvikling av sømløse pakkeforløp



- Videreutvikling av tolketjenesten til den samiske befolkningen
- Styrket samarbeid med fastlegene gjennom samhandlingsråd
- En velfungerende og rett dimensjonert PKO ordning

I forbindelse med rekruttering ønsker Helgelandssykehuset følgende:

- Samle kompetanse slik at det etableres attraktive og robuste tverrfaglige fagmiljø
- Rekruttere andre profesjoner som blant annet fysikere og ingeniører i takt med teknologisk utvikling
- Akseptable vakt og ambuleringsordninger
- Akseptable reise/pendleravstander med tanke på velvilje til ambulering
- Styrke samarbeidet mellom PHT og SHT via felles rekrutteringsprosjekt slik som for eksempel *Heile Helgeland*

Refererer for øvrig til styreseminarer og egne dokumenter utarbeidet av arbeidsgruppene psykisk helse og rus, DMS, føde, prehospitale tjenester samt E-helse og velferdsteknologi.

2 Bakgrunn og oppdrag

I årene som kommer står vi ovenfor store samfunnsendringer som påvirker helsetjenesten. Dette gjelder ikke bare Helgeland men hele Norge. Pasienter lever lengre med kroniske sykdommer og kravene til oppfølging og medbestemmelse øker. Andelen eldre øker. Resultatet er at presset på helsetjenestene øker, og for fremtiden vil ikke dette være bærekraftig.

Med tanke for fremtidens krav, må SHT og PHT ha en plan for hvordan en sammen kan møte utfordringene. For å møte utfordringene er det viktig med felles mål der en legger til rette for fremtidsrettet pasientbehandling og fornuftig og rasjonell bruk av ressursene. Viktige virkemidler blir organisering, nye arbeidsformer, kompetanse, og ny teknologi. Dette jobbes det allerede med, men ved å jobbe smartere kan man få bedre utnyttelse av ressursene.

Fremtidens sykehusstruktur på Helgeland vil påvirke samhandlingen med kommunene på Helgeland. Pasientene skal være i fokus og arbeidet skal preges av kvalitet, trygghet og respekt.

I 2013 kom bestillingen (Oppdragsdokument 2013 fra Helse Nord RHF til Helgelandssykehuset HF) om å videreutvikle sykehustilbudet. «*Helgelandssykehuset HF skal videreutvikle et godt lokalsykehustilbud og en desentralisert spesialisthelsetjeneste på Helgeland, i samarbeid med kommunene, samt styrke forskning, fagutvikling og utdanning*».

I forbindelse med HSYK 2025 har AD (administrerende direktør) foreslått en modell for gjennomføring av det interne arbeidet med saksforberedelser for styrebehandling høsten 2019. Samhandlingssjef og representant fra utvidet ressursgruppe har fått i bestilling å beskrive «*Samhandling med kommunenes helsetjenester, herunder felles rekrutteringsutfordringer*», og har inkludert Senter for samhandling og Senter for HR i arbeidet. Prosessplanen og bestillingen er gitt av styret via AD jfr. styresak 38-2019.

Den fremtidige samhandlingen på Helgeland omfatter mange fagområder og er kompleks. Arbeidsgruppen har begrenset temaet til helhetlige helsetilbud og felles rekrutteringsutfordringer i regionen.

2.1 Arbeidsgruppens sammensetning

Arbeidsgruppen har bestått av:

- Knut Roar Johnsen, samhandlingssjef, SFS
- Grete Mo, områdesjef medisinsk område Mosjøen
- Marit Hermstad, rådgiver, SFS
- Hege Mørk, rådgiver, SFS

I tillegg har arbeidsgruppen fått bistand fra Senter for HR Helgelandssykehuset i forhold til punktene vedrørende rekruttering og stabilisering.

2.2 Arbeidsgruppens arbeidsmetode og møteplan

Temaet belyses gjennom det som har fremkommet i:

- Arbeidsgruppemøter
- Styreseminarer for styret i Helgelandssykehuset HF (streamet) og PowerPoint-presentasjoner
- Møter i OSO (overordnet samarbeidsorgan)
- Samarbeidsmøter med kommunene
- Dialog med og ved besøk hos kommunene på Helgeland
- Diverse dokumenter, se punkt 6.

2.2.1 Møter i arbeidsgruppe og gruppe med utvidet prosjektstøtte

For å beskrive «Samhandling med kommunenes helsetjenester, herunder felles rekrutteringsutfordringer», har det blitt avholdt 21 møter i arbeidsgruppen i perioden 10.05-07.11.19.

Samhandlingssjefen har presentert deler av rapporten 29.04., 04.06. og 14.08.2019 for ledelsen i Helgelandssykehuset samt utvidet prosjektstøtte. Dette med tanke på innspill til tema og eventuelle korrigeringer.

2.2.2 Styreseminarer

Styret for Helgelandssykehuset ba i styresak 100/2018 om ytterligere vurderinger av flere punkter vedrørende HSYK 2025 ut over ekspertgruppens rapport. I styresak 169/2018 fikk styret en orientering om hvordan temaene skulle belyses. Noen tema ble besluttet belyst bl.a. gjennom styreseminarer. I tillegg kom det i styreseminaret for Helgelandssykehuset den 22.10.19 tilleggsspørsmål som er besvart i vedlegg 2.

3 Viktige definisjoner og begrepsbruk

3.1 Definisjon samhandling

Samhandling, interaksjon, er en betegnelse på samspill eller vekselvirkning mellom to eller flere aktører som er i aktivitet med hverandre. (Store norske leksikon)

For å møte befolkningens behov for helsetjenester i fremtiden må sykehusene og kommunehelsetjenesten samarbeide om trygge pasientforløp og sammenheng i helsetjenestetilbudet. Samhandling krever gjensidig tillit, prioritering, innsats og ressurser fra både kommunene og sykehusene. Det krever også utveksling av kunnskap og kompetanse. Alle involverte

parter må samarbeide om å legge forholdene best mulig til rette. Samhandling foregår på flere plan, her kan nevnes:

Systemnivå

- På systemnivå foregår samhandlingen mellom faglig og administrativt ansvarlige for tjenestene både internt og med eksterne aktører. Dette slik at system, avtaler og retningslinjer organiseres, utarbeides, inngås og implementeres mtp. god og sømløs samhandling knyttet til enkeltindivider som har behov for og benytter seg av tjenestene som ytes av tjenesteapparatet. I dette hører også system for kvalitetssikring, evaluering og avvikshåndtering.

Individnivå

- Samhandling omkring og med den enkelte bruker/pasient og tjenesteyterne.

Brukermedvirkning

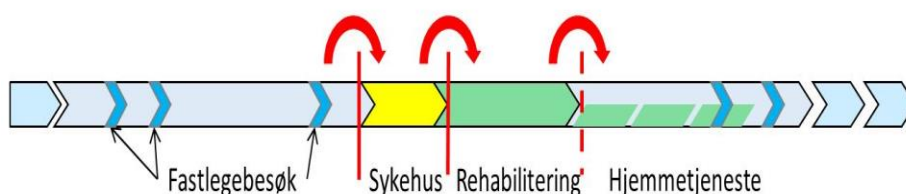
- Brukernes erfaring og synspunkter er viktig med tanke på å forbedre og kvalitetssikre helse- og omsorgstjenestene. Dette skal bidra til at helsetjenestene er bedre tilpasset pasient/bruker i forhold til utforming og gjennomføring både av generelle og individuelle tilbud. Brukermedvirkning er regulert i lovverket.

3.2 Definisjon av helhetlige pasientforløp

Pasientforløp: «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.» Helsedirektoratet

Tidslinjen i et helhetlig pasientforløp går fra første kontakt med helsetjenesten om et helseproblem eller en ny henvendelse om et tidligere overstått helseproblem og til siste kontakt knyttet til det aktuelle behovet. En person kan ha flere helseproblemer samtidig.

Dette kan bl.a. eksemplifiseres på følgende måte:



Kjennetegn ved helhetlige pasientforløp:

- Kontinuitet: tjenestene er koordinerte gjennom god samhandling
- Samarbeid: to eller flere virksomheter har gjensidig forpliktende ansvar over tid
- Sømløshet: smidig overføring av informasjon og oppgaver til rett tid
- Pasientsentrert: pasienten deltar i beslutninger om målsetting og utforming av tiltak, og fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov



Behandlingsforløp i SHT bør utformes med godt planlagte vekslingspunkt over mot mer helhetlige og diagnoseuavhengige pasientforløp i PHT. Dette er også viktig for pakkeforløp som nå utvikles for stadig flere diagnosegrupper både innen somatikk og psykiatri. Oppnevning av koordinatorene både i SHT og i den kommunen pasienten bor, er viktig for pasienter med langvarige og sammensatte behov. Eventuelle ambulante tjenester/team fra SHT bør også planlegges inn i dette.

Faglige retningslinjer som legges til grunn for behandlingsforløp i SHT og som er avgrenset til enkeltdiagnoser, vil ofte ikke kunne følges på samme måte i den videre oppfølgingen av helse- og omsorgstjenesten i kommunen. For pasienter med flere diagnoser og aktive sykdommer må videreføring av tiltak også inkludere faglige vurderinger som inkluderer hensynet til behandlingsbyrde. Dette må skje i tett dialog med pasienten og eventuelt pårørende.

Helhetlige pasientforløp er viktige med tanke på best mulig behandling av pasientene, og det er viktig å avklare ansvar mellom SHT og PHT.

3.3 Definisjon rekruttering og stabilisering

Rekruttering innebærer å identifisere en gruppe med potensielle arbeidstakere, tiltrekke denne gruppens oppmerksomhet til sykehuset som potensiell arbeidsgiver, og ansette kandidater fra gruppen i foretaket.

Stabilisering innebærer å arbeide for å beholde arbeidstakere som allerede er tilsatt, herunder gi disse faglig oppdatering og videreutvikling i organisasjonen, ut fra organisasjonens behov og den ansattes ønsker og muligheter.

4 Dagens organisering av samhandling på Helgeland

4.1 Samarbeid med kommunene

I henhold til Lov om spesialisthelsetjenester § 2-1 e og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-2 skal helseforetak og tilgrensende kommuner inngå samarbeidsavtaler. Helgelandssykehuset og de 18 kommunene på Helgeland har inngått en felles samarbeidsavtale og 11 tjenesteavtaler, første gang signert i 2012, senere reforhandlet våren 2018. Se følgende lenke: <https://helgelandssykehuset.no/fag-og-forskning/samhandling/samarbeidsavtale-og-tjenesteavtaler-med-kommunene>

Felles samarbeidsavtale

Denne overordnede avtalen danner grunnlaget for avtaleprosesser, og skal sikre pasienter og brukere et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester, med lik tilgjengelighet til tilbud uavhengig av bosted. Avtalen skisserer også hvordan avvik og uenighet skal håndteres.

I tillegg skisserer samarbeidsavtalen ulike samarbeidsfora mellom Helgelandssykehuset og kommunene på Helgeland. Av dette kan nevnes:

- OSO (overordnet samarbeidsorgan): OSO er et rådgivende organ for kommunene og Helgelandssykehuset med tanke på å utvikle velfungerende samarbeid, videreutvikle god samhandling og gode pasientforløp. OSO er sammensatt av ansatte fra PHT og SHT, i tillegg til at brukerrepresentanter, fagforbund, Nord Universitet og Fylkesmannen er representert.
- Samhandlingskonferanse: Hvert år arrangeres en felles samhandlingskonferanse.



- Samarbeidsmøter mellom PHT og SHT: Det er utarbeidet ny møtestruktur mellom PHT og SHT på Helgeland. Møter avholdes to ganger pr. år i de fire byene på Helgeland og har en tredelte inndeling:
 - Møte 1 med administrativ og faglig ledelse i PHT og SHT
 - Møte 2 med de øverste administrative lederne og helselederne i kommunene og sykehuset
 - Møte 3 med fastleger/leger i kommunene og klinikere i helseforetaket. Denne delen arrangeres gjerne på færre steder, dog med tilbud om Skype-tilknytning. Møtestrukturen er lagt opp som en møteserie som søkes godkjent med tellende timer/kurs i videre- og etterutdanning hos Den norske legeforening.

Tjenesteavtalene

Av de 11 tjenesteavtalene er det flere som gir detaljerte retningslinjer for samarbeid mellom PHT og SHT slik at pasientene skal sikres helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester ut fra behov og situasjon, uavhengig av lengde og kompleksitet på behovet, herunder forebygging og pasientopplæring. Tjenesteavtalene regulerer også samarbeid om forskning og utdanning, hvordan kompetanse, kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling mellom tjenestenivåene kan utvikles og utveksles samt samarbeid om IKT-løsninger, forebygging og beredskap.

[Pågående samarbeidsprosjekter/tjenester mellom enkelte kommuner og Helgelandssykehuset:](#)

Pasientsentrert helsetjenesteteam

Pasientsentrert helsetjenesteteam er tverrfaglig team fra PHT og SHT hvor pasientgruppen i hovedsak er eldre, multimorbide over 60 år, med sammensatt problematikk som har behov for tverrfaglig kartlegging/vurdering og helsetjeneste. Målet for arbeidet er å ivareta pasienter og redusere sykehusforbruk. Det skal etableres felles tverrfaglige ambulerende team med base i Helgelandssykehuset fra november -19. Helgelandssykehuset Mo i Rana og Rana kommune skal frigjøre ressurser til dette teamet som skal bidra til en bedre helhetlig vurdering og koordinering av helsetjenesten.

Kommunal oppfølging av innlagte pasienter

Rana kommune ønsker å få på plass ordning der ansatte oppsøker innlagte pasienter ved Helgelandssykehuset Mo i Rana, som sannsynligvis skal ha behov for tjenester fra kommunen i etterkant av sitt sykehusopphold. Målet er å få tidlig oversikt over hvilke tilpasninger og behov som må dekkes av kommunen, samt avklare videre pasientforløp.

Observasjonspost/senger ved Helgelandssykehuset

Pasienter ønskes avklart innen 24 timer med tanke på behandling på rett nivå og for å unngå unødig innleggelse i sykehus. Målet er å redusere liggetid for utvalgte pasientgrupper og dermed redusert sykehusforbruk, bedre flyt og logistikk i akuttmottak, samt redusere ventetid og gi en mer effektiv pasientbehandling for predefinerte pasientgrupper.

FACT

FACT (Flexible Assertive Community Treatment) er en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. FACT teamet består av personell både fra PHT og SHT. Modellen har vist å gi gode resultater. Det er avholdt møte med flere kommuner på Helgeland, som også ønsker etablering av FACT team.



Kommunal dialyse-samarbeidsprosjekt

Pasienter skal få gjennomført dialysebehandling i hjemmet eller så nært hjemstedet som mulig. Det jobbes med avtaler som skal regulerer samarbeidet. Tjenesten er SHT sitt ansvar, men skal utføres av kommunene.

«Tidlig Inn» er et samhandlingsprosjekt for å styrke kompetansen hos helsesykepleiere, jordmødre og leger i kommunene på Sør-Helgeland.

VOP ytre Helgeland stiller med veileder i 2 grupper, som også inkluderer 2 ansatte på BUP. Prosjektet går over 2 år og varer til våren 2021.

OSAS (Obstruktiv søvnapné) - Avstandsoppfølging av OSAS pasienter som behandles med CPAP

Lungesykepleier ved Helgelandssykehuset Mosjøen tilbyr avstandsoppfølging av OSAS pasienter som CPAP-behandles. Fra medio februar -19 til og med medio oktober -19 er 70% av kontrollene tatt vha. avstandsoppfølging.

Prosjekt IPS (individuell jobbstøtte) samarbeidsprosjekt mellom SHT, PHT og NAV.

IPS er et tilbud til personer med moderate til alvorlige psykiske helseproblemer, og/eller rusproblemer, som ønsker hjelp til å komme i arbeid eller beholde ordinært, lønnet arbeid.

Konvertering av fysiske konsultasjoner til telefonkonsultasjoner for egnede pasientgrupper

Dette gjelder for eksempel innen urologi og ortopedi.

LMS-prosjekt

Senter for samhandling Helgelandssykehuset har via LMS fått innvilget midler til prosjektet «Lokale lærings- og mestringstilbud – samhandling og kompetansebygging» via Helse Nord. Dette gjøres i samarbeid med Vefsn, Rødøy og Brønnøy kommune. Prosjektet har fokus på kompetanseoverføring via avstandsoppfølging.

I tillegg pågår det kontinuerlig diagnoserettete kurs/opplæring til pasienter og pårørende via LMS og faglig veiledning og dialog mellom SHT og PHT.

Utadrettet virksomhet hvor SHT bistår PHT

Sykepleiere ved Helgelandssykehuset Mosjøen bistår på sykehjem/i hjemmet ved fysisk oppmøte ved for eksempel etablering av intravenøse tilganger og opplæring i forhold til medisinsk teknisk utstyr.

Anestesileger ved Helgelandssykehuset Mosjøen bistår pasienter i hjemmet/på sykehjem og ordinerer behandling i forhold til terminal pleie slik at pasientene unngår unødig innleggelse i sykehus.

Diabetesykepleiere holder undervisning og opplæring ved skoler og institusjoner.

Innen psykisk helse og rus foreligger avtale mellom VOP/Vefsn kommune og Mosjøen fengsel vedrørende spesialisthelsetjenester til innsatte. Det er også etablert samarbeidsprosjekt som kalles familiens møte mellom SHT og kommunal psykiatritjeneste/helsesøster og PPT.

4.2 Øvrige samarbeidspartnere

Helgelandssykehuset samarbeider med flere aktører som dels har sitt utgangspunkt i foretaket selv og dels er eksterne foretak/virksomheter. Foruten kommunene på Helgeland som er viktige samarbeidspartnere, kan følgende nevnes:



- **Brukerutvalget:** er et rådgivende organ for styret og AD i saker som angår tilbud til brukere, pasienter og pårørende. Representanter er satt sammen fra bruker- og pasientorganisasjoner. Brukerutvalget har ca. 5-6 møter i året.
- **Ungdomsråd:** Foreløpig ikke lyktes å få dette på plass, men det jobbes for å få til et samarbeid med Nordlandssykehuset HF.
- **KSU (klinisk samarbeidsutvalg):** oppnevnes av OSO etter vurdering av behov. Pr. nå er det vedtatt opprettet et KSU innen rehabilitering. Dette er enda ikke kommet på plass.
- **PKO (praksiskonsulenter):** PKO er et nettverk av allmennpraktiserende leger med deltidsstillinger i sykehuset som skal bidra til å styrke samarbeidet mellom sykehuset, allmennpraktiserende leger (fastleger) og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, til det beste for enkeltpasienten. Ved Helgelandssykehuset vil det bli sett på en ny organisering av PKO.
- **Fastlegeråd:** Funksjon rundt fastlegeråd er pr. i dag ivarettatt av kommuneoverlegeforum og skal ivareta samhandlingen mellom fastlegene og SHT.
- **Nordlandssykehuset Bodø, Universitetssykehuset Tromsø og St. Olavs hospital** er helseforetak som inngår som faste og nære samarbeidspartnere for Helgelandssykehuset både på pasient-, fag- og systemnivå
- **Avtalespesialister:** på Helgeland er det avtalespesialister innen øye og hud samt psykologer.
- **HRIS (Helgeland Rehabilitering i Sømna):** HRIS har avtale med Helse Nord RHF om spesialisert rehabilitering innenfor gitte områder, eksempelvis kreft, hjerneslag i subakutt og kronisk fase, hjertesykdommer og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom). HRIS tilbyr også kommunal rehabilitering for pasienter som ikke har rett til behandling i SHT.
- **Nordtun HelseRehab** i Rødøy kommune: Nordtun HelseRehab har avtale med Helse Nord om behandlingsopplegg knyttet til mange av de samme pasientgrupper som ved HRIS.
- **Utdanningsinstitusjoner i Nord-Norge:** Helgelandssykehuset samarbeider med ulike utdanningsinstitusjoner særlig lokalisert til Nord-Norge, både i formelle samarbeidsfora og med å tilby praksisplasser for elever og studenter. Dette omfatter videregående skoler på Helgeland, Nord universitet og UiT Norges Arktiske universitet. Helgelandssykehuset har besluttet å erstatte samarbeidet med opplæringskontor med egen konsulent med oppgaver knyttet til lærlinger i foretaket.

5 Dagens utfordringsbilde på Helgeland og i Helgelandssykehuset – og ønsket fremtidsbilde

Fem drivere som vil endre helsetjenesten



5.1 Demografi, geografi og topografi

Status:

- Helgelandssykehusets nedslagsfelt består av 18 kommuner. Bindal trekker i stor grad sørover til Helse Nord-Trøndelag. Helgeland kan sies å være et Norge i miniatyr. Her finnes fjorder, fjell, elver, jord, innland og mye kyst og hav. Helgeland har et areal på 18 834 km².
- Det bor ca. 78.000 innbyggere på Helgeland. Innbyggertallet i kommunene varierer fra 454 til 26 230. 11 av 18 kommuner har i underkant av 2000 innbyggere. Mange kommuner har opprettet interkommunalt samarbeid for å tilby befolkningen lovpålagte tjenester.
- Alderssammensetningen i Helse Nord-området, så også på Helgeland, viser en økning i antall og andel eldre, og en reduksjon i antall personer i alderen 0-59 år. Demografisk utvikling med vekst i antall eldre og i sykdommer som særlig inntreffer hos eldre, er isolert sett den faktoren som påvirker behovet for helsetjenester mest.
- Befolkningsutvikling og forsørgerbrøk for Helgelandssykehusområdet 2018-2035 viser stor nedgang i antall yrkesaktive sett opp mot antall pensjonister og uføre.
- Helgelandssykehuset HF som er en del av Helse Nord RHF, består av tre sykehusenheter beliggende i Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen. Det er også tilbud innen somatikk og psykisk helse og rus i Brønnøysund som er underlagt Sandnessjøen.



- Geografi, klima og generell infrastruktur på Helgeland har i tillegg til nasjonale faglige krav og standarder, i stor grad lagt føringer for strukturen på den prehospitale tjenesten. Dette både i luft med ambulansehelikopter og ambulansefly i Brønnøysund, til vanns med 3 ambulansebåter stasjonert på Vega, Dønna og Rødøy og 16 ambulansebiler.

Utfordring:

- Oppgaveforskyvning:
 - I følge de forutsetninger som Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn i arbeidet med Regional utviklingsplan for Helse Nord, skal det i perioden frem til 2035 overføres et betydelig volum av tjenester fra SHT til kommunene. Den demografiske bærekraftsanalysen viser at det for en stor andel av kommunene på Helgeland vil by på store problemer å møte denne utfordringen. De pasientene som utskrives fra SHT vil i fremtiden bli flere, ha et mer komplekst sykdomsbilde og kreve høyere kompetanse hos helsepersonellet i kommunene.
- Nedgang i forsørgerbrøk
- Mange små kommuner
- Endring i sykehusstrukturen vil gi endringer i den prehospitale tjenesten

Ønsket utvikling:

- Helsetjenestene må tilpasses ut fra sykehusstrukturen som bestemmes
- DMS og prehospitale tjenester må tilpasses valgt struktur, samt utvikles i samarbeid med kommunene
- Befolkningsutvikling og forsørgerbrøk må vektlegges tungt i det videre planarbeidet, både i PHT, SHT og i samhandlingen mellom nivåene
- Dersom SHT skal få den avlastning av oppgaver som forutsettes i premissene for Regional utviklingsplan for Helse Nord, må det tas proaktive grep. Slike grep forutsetter samarbeid mellom helseforetak og kommuner samt interkommunalt samarbeid.
- Økt kompetanse og økt bruk av velferdsteknologi med tanke på best mulige alternativer i forhold til Helgelands geografi. Ta i bruk virtuelle, interaktive E-helsebaserte løsninger.
- Oppstart av flere medisinske prosedyrer/behandlinger prehospitalt i samarbeid med PHT
- Sikre at tjenestetilbudet tilpasses desentralisert bosettingsmønster med tilfredsstillende responstider uten at det blir uforholdsmessig ressurskrevende. Dette i nært samarbeid med kommunal legevakt.

5.2 Eldre og kronisk syke

Status:

- Eldre og kronisk syke utgjør 5-10 % av pasientene som legges inn i sykehus og legger beslag på ca. 50 % av sengekapasiteten i sykehusene. Gruppen består av pasienter (svært mange eldre) med langvarige lidelser med flere diagnoser, mange sykehusopphold og hyppige reinnleggelser. Denne gruppen har behov for tjenester i både PHT og SHT.

Utfordring:

- Flere syke eldre med komplekst sykdomsbilde
- Overganger mellom tjenestenivå og internt i SHT
- Kapasitet hos enkelte kommuner til å ta imot utskrivningsklare pasienter
- Ulike journalsystemer i PHT og SHT



- Mangler lokalt helsetilbud i forhold til medisinske problemstillinger som kan ivaretas nærmere pasientens hjemsted.
- Funksjonsfordeling mellom sykehusenhetene medfører i dag at pasienter med komplekse sammensatte lidelser må transporteres mellom flere enheter.

Ønsket utvikling:

- Sømnløse pasientforløp, (se kapittel 5.8 Gode pasientforløp)
- Opprette pasientsentrerte helsetjenestetteam i flere kommuner som er tverrfaglige og består av ansatte både fra PHT og SHT. Dette med tanke på et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud. Ved utskrivelse skal teamet bistå med å organisere nødvendig opplæring for pasient, pårørende og personale etter at pasienten er kommet hjem.
- Utvikle den gode samhandlingen og kommunikasjonen mellom SHT og PHT (eksempelvis tildelingskontor)
- Videreutvikle elektroniske meldingssystem
- Etablere felles journalsystem i PHT og SHT slik at relevant oppdatert informasjon til enhver tid foreligger når pasienten har behov for kontakt med PHT eller SHT.
- Opprette gode helsetjenestetilbud til eldre og kronisk syke slik de i størst mulig grad kan behandles nærmest mulig hjemstedet, det vil si å desentralisere det en kan til PHT og nærmeste DMS.
- Samle medisinsk faglig kompetanse i en sykehusenhet på Helgeland slik at denne gruppen som ofte har sammensatte komplekse lidelser får utredning og behandling ett sted og slipper transport mellom flere enheter som praktiseres med funksjonsfordelingen vi har i dag.
- Utvikle felles E-helselæringskurs / kompetanseheving innenfor blant annet gode pasientforløp, geriatri og tjenesteavtaler.
- Økt fokus på forebygging i forhold til eldre og kronisk syke med tiltak innenfor ernæring, fysisk aktivitet, fallforebygging, sosialt nettverk og optimalisering av legemiddelbehandling. Dette med tanke på redusert sykkelighet, færre sykehusinnleggelse samt bedre helse og økt livskvalitet, jamfør Helse Nord RHF «Helsetjenester for eldre».

5.3 Øybefolkningen og tilgjengelighet til helsetjenester

Helgeland har flere kommuner hvor befolkningen i stor grad bor på øyer. Dette gjelder spesielt kommunene Vega, Herøy, Dønna, Træna, Lurøy og Rødøy, hvorav sistnevnte også i stor grad benytter Nordlandssykehuset Bodø.

Øybefolkningen er som kjent avhengig av transport til vanns for å komme seg til sykehus i tillegg til lufttransport når situasjoner krever det og været tillater det. For størstedelen av øybefolkningen på Helgeland anses det i forhold til tilgjengelighet med tanke på total transporttid at sykehus plasseres i en enhet sentralt på Helgeland slik at pasientene som allerede har lang reisevei spares for ytterligere transport mellom flere enheter.



5.4 E-helse

«Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022» beskriver strategisk retning for målet om en digitalisert, samlet helse- og omsorgstjeneste og understøtter det overordnede målbildet for Meld. St. 9 (2012-2013) «Én innbygger - én journal». Strategien konkretiseres ytterligere gjennom føringer i de årlige oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

HN (Helse Nord) IKT skal aktivt bidra til at Helse Nord fremskaffer moderne IKT-løsninger som bidrar til høy kvalitet, gode pasientforløp og effektiv ressursbruk i SHT og øvrige brukergrupper. HN IKT skal videreutvikle samhandlingen gjennom åpne prosesser og bedre verktøyunderstøttelse, slik at HN IKT ivaretar helseforetakenes og øvrige brukergrupper sine behov.

Status:

- Sykehus og kommuner har ulike journal-, informasjons- og kvalitetssystem
- På en del områder har kommunene i tillegg ulike elektroniske system seg imellom

Utfordring:

- Ulike systemer gir forsinkelser i informasjonsflyt mellom ulike forvaltningsnivå
- Ikke tatt i bruk systemer som er på plass
- Ressurskrevende å integrere ulike system opp mot hverandre

Ønsket utvikling:

- Felles journalsystem: «Én journal - én innbygger»
- Felles pasient- og kvalitetssystem
- Etablere felles journalsystem inkl. system for laboratorium og røntgen samt felles informasjons- og kvalitetssystem:
 - Helsepersonell får enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
 - Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
 - Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning
- Optimal utnyttelse av teknologi med tanke på mer tid til direkte pasientkontakt og behandling
- At elektroniske systemer som er på plass blir tatt i bruk
- Systematisk opplæring og kompetanseheving

5.5 Digital samhandling og teknologi

Norge står foran store utfordringer innen helse og omsorgstjenesten de neste tiårene, og Helgeland er intet unntak.

Den teknologiske utviklingen vil bety mye for innhold og organisering av fremtidige helsetjenester på Helgeland. Utstyr blir billigere, enklere og mer tilgjengelig.

Det planlegges desentralisering, mer avansert prehospital behandling og mer effektiv kommunikasjon og oppfølging. Den teknologiske utviklingen trekker også i retning av mer avansert behandling ved større enheter samtidig som flere tjenester flyttes ut av sykehuset og hjem til pasienten.

Sentrale tjenesteformer kan være:

- Digital innbyggertjeneste
- Digital hjemmeoppfølging
- Nettbasert behandling
- Hjemmesykehus
- Teknologi i akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

På grunn av rask teknologisk utvikling bør nye sykehusbygg i størst mulig grad utformes fleksible, slik at de med enkle grep kan tilpasses fremtidens utvikling.

Rask kunnskapsutvikling gjør det nødvendig å ta i bruk nye teknikker, arbeids og behandlingsmetoder samt at informasjonsteknologien gir nye muligheter for bedre kvalitet i utredning, behandling, observasjon og kommunikasjon.

Status:

- Helgelandssykehuset har i liten grad tatt i bruk digitale samhandlingsvektøy som finnes på markedet
- Helgelandssykehuset har etablert et samarbeid med privat næringsliv og kommunene på Helgeland med tanke på utvikling og forbedring av E-helse og velferdsteknologiske løsninger mellom SHT og PHT
- Helgelandssykehuset bistår Helsedirektoratet i utarbeidelse av nasjonale anbefalinger, i forhold til regelverk, finansieringsordninger og infrastruktur slik at det blir lagt til rette for økt bruk av medisinsk avstandsoppfølging i SHT, hos fastleger, i andre kommunale helsetjenester og hos private helseaktører

Utfordring:

- Ikke godt nok utviklet infrastruktur
- Manglende kompetanse og utstyr i forhold til rask utvikling
- Ikke tatt i bruk allerede eksisterende teknologi
- Uavklarte finansieringsordninger

Ønsket utvikling:

- Å være i front og ta i bruk nytt moderne teknologisk utstyr, få inn ny kompetanse i tillegg til tradisjonelt helsepersonell
- Tett samarbeid mellom ulike profesjoner og evnen til tverrfaglig samarbeids- og utviklingsprosjekter mellom PHT og SHT
- Økt bruk av E-helse og teknologi
- Satse på velferdsteknologiske løsninger som dekker helsetjenestebehov for pasienter som bor i utkantstrøk/distriktene
- Økt bruk og videreutvikling av medisinsk avstandsoppfølging innen flere fagområder
- Økt bruk av telemedisin/videokommunikasjon, mer avansert utstyr (EKG, ultralyd, CT, hurtiganalyser) i den prehospitaltjenesten vil kunne bidra til:
 - Personell med lavere kompetanse vil kunne utføre mer avanserte tiltak nærmere pasienten
 - Det tas beslutninger på et bedre grunnlag
 - Flere pasienter ivaretas uten innleggelse i sykehus
 - Raskere diagnostisering og behandling



- Bedre smertelindrende behandling knyttet til transport over lengre avstander
- Riktigere valg av transport og valg av mottakende enhet

Viser for øvrig til egne dokument utarbeidet av arbeidsgruppe E-helse og velferdsteknologi.

5.6 Endret pasientrolle

Gjennom vedtaket i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), november 2015 har Stortinget tydeliggjort oppdraget:

«Pasienten skal medvirke i utformingen av tjenesten, delta i valg av egen behandling og få bedre muligheter til å mestre eget liv. Målet er at pasientene ikke skal vente på utredning og behandling utover det som er medisinsk nødvendig. Helsetjenesten skal møte pasienten med vennlighet og respekt og ta ansvar for helhet, sammenheng og gjennomføring av behandlingen. Det skal være åpenhet om kvalitet. Kravene til kvalitet skal være like, uavhengig av region, behandlingssted eller hvem som utfører tjenesten. Det forutsetter at pasientene har tilgang på god informasjon når de trenger det, og samhandler med helsetjenesten gjennom enkle, gode og trygge elektroniske løsninger. Pasientene skal møte dyktige fagfolk som er godt kvalifisert for oppgaven alle steder i helsetjenesten.» Meld. St. 11 (2015-2016) Del 1, innledning.

Pasientperspektivet vil i fremtiden styrkes med tydelig fokus på pasientsikkerhet og pasientmedvirkning. Befolkningen får i økende grad kunnskap om egen sykdom, lidelse og tilgjengelige behandlingstilbud. Dette gjør at pasienter og pårørende stiller stadig større krav faglig kvalitet, funksjonalitet, fasiliteter samt til helsevesenet generelt. Helgelandssykehuset vil legge til rette for å involvere pasienter og pårørende i større grad i vårt arbeid. Fokuset bør være «hva er viktig for deg»? Med denne arbeidsmetoden vil pasienten (pårørende) som kan mest om sin egen helse være med å planlegge det videre forløpet.

Å sette egne mål, mestre sin egen tilstand vil gi økt livskvalitet. For å lykkes med dette arbeidet må tjenestene være koordinerte og helhetlige. Dette betyr at tilbudene i PHT og SHT fremstår som en samlet tjeneste og at psykisk helse og somatikk blir sett i sammenheng. Helgelandssykehuset bør i samarbeid med PHT bidra til å øke helsekompetansen til de enkelte pasienter og pårørende med tilgjengelig informasjon, dialog, opplæring og veiledning.

God informasjon i hele pasientforløpet er avgjørende for trygghet og mestring av egen situasjon. Det er også viktig at skriftlig informasjon har et tydelig og godt språk.

5.7 Samarbeidsavtaler og tjenesteavtaler

Det vises til kapittel 4 vedr. omtale av samarbeids- og tjenesteavtaler.

Status:

- Etter samhandlingsreformen har kommuner og helseforetak i større grad enn tidligere blitt avtaleparter med juridiske forpliktelser. Kommuner og helseforetak møtes til reforhandling av avtaler, inngåelse av nye avtaler og avklaring av prosedyrer. Prosjekter med deltakelse fra SHT og PHT har blitt startet opp og blir lagt ned. Avtaler og samarbeidsprosjekter kan omfatte alle, noen få eller bare enkelt-kommuner.
- Forankring av avtaler i ledelsen er viktig med tanke på implementering. Til tider viser etterlevelse å være utfordrende.



- Helgelandssykehuset oppfyller i liten grad intensjonen i overordnet samarbeidsavtale med tanke på håndtering av samhandlingsavvik. Kun 20% av samhandlingsavvikene svares ut innen frist.

Utfordring:

- Ulik forståelse og praktisering av tjenesteavtalene og en del fokus på skyldfordeling i stedet for å tenke konstruktive løsninger
- Tjenesteavtalene er ikke godt nok kjent blant ansatte i PHT og SHT og følges ikke godt nok opp
- Svikt i forpliktelser i henhold til tjenesteavtaler som utløser avvik følges nødvendigvis ikke opp
- Det er vanskelig å spore intern håndtering av avvik og hvilke tiltak som er vurdert og implementert for å forhindre gjentakelse
- Manglende felles elektronisk system for samhandlingsavvik

Ønsket utvikling:

- Avtalene gjøres kjent, innholdet forstås og praktiseres
- Samarbeids- og tjenesteavtalene revideres jevnlig
- Avtalene videreutvikles med tanke på best mulige prehospitale tjenester, gode pasientforløp og pakkeforløp i takt med demografisk og teknologisk utvikling
- Ansette samhandlingskoordinatorer i tråd med lovverk som ser på hensiktsmessige løsninger i foretaket. Dette med tanke på å forbedre arbeidet rundt avvik og bidra til god kommunikasjon samt sømløse pasientforløp innad i og mellom PHT og SHT
- Utvikle og implementere felles elektroniske meldesystem mellom PHT og SHT for avvikshåndtering

5.8 Gode pasientforløp

Hovedhensikten med samarbeidsavtalen og tjenesteavtalene er at samhandlingen mellom PHT og SHT skal sikre god pasientbehandling og helhetlige pasientforløp mellom og internt i PHT og SHT, der ansvar og oppgaver er definerte og praktiseres tilstrekkelig fleksibelt og pasientsentrert.

Myndighetene har vedtatt ulike tiltak/funksjoner for å bygge og sikre slike pasientforløp. Her kan nevnes læringsnettverk, pakkeforløp med forløpskoordinator, kontaktlege, tverrfaglige team, koordinatorordninger og IP (individuell plan).

Et læringsnettverk er et pedagogisk rammeverk som skal bygge en felles arena for kompetanseutvikling og god praksis på områder en ønsker å utvikle, - dette på tvers av profesjoner, enheter og organisasjoner. I Meld. St. 15 (2017-2018) «Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre» foreslår regjeringen å videreføre læringsnettverk for helhetlige pasientforløp i perioden 2020-2023, slik at alle kommuner og helseforetak får mulighet til å delta.

Pakkeforløp er politisk initiert på bakgrunn av ønske om mer forutsigbarhet i behandlingsforløp uten unødig ventetid og med tanke på trygghet og brukervedvirkning for pasientene. De nasjonale pakkeforløpene omfatter tilstander både innen somatikk og psykisk helse og rus. Pakkeforløpene gir normer for behandlingstid uavhengig av om de er diagnosespesifikke eller generelle. Et sentralt grep for å sikre god oppfølging og unngå unødige avbrudd, er bruk av forløpskoordinatorer både i PHT og SHT.



Kontaktlege i SHT er pasientens medisinskfaglige kontakt og oppnevnes for pasienter som har en alvorlig sykdom, skade eller lidelse og som har behov for behandling eller oppfølging av SHT av en viss varighet. Kontaktlege skal samarbeide tett med koordinator i SHT og pasientens fastlege.

Koordinator: i henhold til SHT- og kommunehelsetjenesteloven skal det for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, oppnevnes koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere samt sikre fremdrift i arbeidet med IP.

IP: Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud skal tilbys IP. Kommunen skal sørge for at pasienten får slik plan, men også helseforetaket har ansvar for å melde behov og medvirke i arbeidet med planen. Det er viktig med stor grad av brukermedvirkning i arbeidet med IP.

Status:

- Det er nasjonale forventninger om at helseforetak og kommuner jobber målrettet sammen for å sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp
- Samarbeidsavtalen, tjenesteavtalene og politiske beslutninger gir føringer for et tettere samarbeid
- Helgelandssykehuset har sammen med de 18 kommunene i nedslagsfeltet ulike medisinskfaglige fora med tanke på utvikling av systemer som gir best mulige pasientforløp
- Helgelandssykehuset har gode erfaringer med pakkeforløp eksempelvis innenfor kreft. Dette i samarbeid med kommunene på Helgeland
- Pakkeforløp for psykisk helse og rus har en trinnvis innføring fra 1.januar 2019 og NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse) er med i arbeidet for å styrke kommunens rolle i samarbeid med Helgelandssykehuset
- Pasientsentrert helsetjenestetteam er etablert og vil ha oppstart fra november-19. Teamet vil ivareta eldre og pasienter med sammensatte lidelser
- Helse Nord RHF har innført retningslinjer for oppnevning av og funksjon for koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, gjeldende for alle sine foretak, så også for Helgelandssykehuset

Utfordring:

- Å få Helgelandssykehuset og kommunene til å være likeverdige samarbeidspartnere som i fellesskap kan utvikle sømløse og helhetlige pasientforløp
- Manglende prosedyrer og samarbeidsrutiner mellom Helgelandssykehuset og kommunene
- Å få de ulike ordningene/funksjonene for gode pasientforløp implementert og til å fungere optimalt

Ønsket utvikling:

- Helgelandssykehuset og kommunene skal være likeverdige samarbeidspartnere som bidrar til helhetlige pasientforløp og arbeide systematisk sammen om dette. Nasjonale tiltak skal bidra til at PHT og SHT kan oppnå likeverdighet
- Utarbeide gode felles prosedyrer og rutiner på systemnivå med økt fokus på stormottakere av helsetjenesten
- Videreutvikle tiltak og system med læringsnettverk, pakkeforløp, tverrfaglige team, kontaktlege, koordinatorordninger og IP for å få til gode pasientforløp innad i virksomhetene samt forbedre overganger mellom SHT og PHT



- Involvere fastlegene i større grad for å oppnå gode pasientforløp
- Styrke oppmerksomheten på det som fremmer helse og egenmestring
- Jevnlig evaluering og revidering av iverksatte tiltak og utviklingsprosesser

5.9 Samarbeid med fastleger

Hovedformålet med fastlegeordningen er å «sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet, til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmenlege å forholde seg til». Dette med tanke på kontinuitet og stabilitet i lege/pasientforholdet. Forsvarlig legedekning er viktig for å oppnå tilgjengelige legetjenester av god kvalitet. Kommunene har lovbestemt ansvar for å sørge for en forsvarlig fastlegeordning i sin kommune.

I følge NSDM (Norsk senter for distriktsmedisin) sin utredning om fastlegetjenesten i Nord-Norge viser det seg å være høyere gjennomtrekk i fastlegestillingene i denne landsdelen enn resten av landet. Turnover er også klart høyere i perifere kommuner med lavt folketall enn i mer sentrale og folkerike kommuner i landsdelen.

For at PHT og SHT skal ha et optimalt samarbeid på alle nivå er det avgjørende at fastlegedekningen er tilfredsstillende slik at det oppnås god stabilitet og kontinuitet.

For å sikre et godt samarbeid og god samhandling, som bidrar til trygg pasientbehandling mellom fastleger og klinikere i SHT, må det etableres forpliktende samarbeidsfora for å avklare ansvar, plikter samt utarbeides felles rutiner og prosedyrer. I dette arbeidet vil PKO ha en sentral rolle med tanke på å sikre god samhandling mellom leger i PHT og SHT knyttet til diagnostikk, behandling, oppfølging av sykdom og dokumentasjon.

Status:

- Rekrutteringsutfordringer
- Ikke god nok fastlegedekning og bruk av vikarer til legevakt
- Manglende samhandlingsarenaer mellom klinikere i SHT og fastleger
- Underdimensjonert PKO-ordning

Utfordring:

- Å få etablert samhandlingsråd mellom Helgelandssykehuset og fastlegene på Helgeland
- Å få fastleger som er selvstendige næringsdrivende til å prioritere samarbeidstiltak som ikke er inntektsgivende, herunder delta i samarbeidsfora, kurs og seminarer mellom PHT og SHT. Dette er ekstra sårbart i små kommuner der kommuneoverlegestilling ofte er kombinert med fastlegestilling.
- Å få på plass kontaktlege i SHT for pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse som har behov for behandling/oppfølging av SHT
- Manglende stabilitet i fastlegeordningen gir redusert kontinuitet i pasientbehandlingen
- Misnøye mot «snikoverføring» av oppgaver fra SHT
- Manglende interesse for PKO-stillinger i henhold til dagens organisering

Ønsket utvikling:

- Stabilitet i fastlegeordning og legevaktjenester på Helgeland



- Etablere samhandlingsråd mellom Helgelandssykehuset og fastlegene på Helgeland (fastlegeråd)
- En velfungerende, rett dimensjonert og stabil PKO ordning
- At PKO/fastleger er godt representert og tar del i samarbeidsprosesser mellom fastleger og SHT, som for eksempel kompetanse i team og samarbeider om henvisninger og epikriser
- Få på plass formalisert ansvarsfordeling mellom PHT og SHT jamfør nasjonale føringer
- Få etablert system som fungerer i forhold til kontaktlege i SHT
- Få etablert gode hospiteringsordninger mellom klinikere i SHT og fastleger

5.10 Folkehelse og forebyggende tiltak

Status:

- Folkehelse og forebygging er arbeid på system- og tjenestenivå med tanke på å få færre personer som pasienter i PHT og SHT. Arbeidet skal bidra til at befolkningen holder seg friske og selvhjulpne i størst mulig grad.
- Tjenesteavtale 10 legger føringer for hvordan det gjensidige samarbeidet skal være mellom kommuner og helseforetak med tanke på helsefremmende- og forebyggende arbeid
- Det jobbes med forebyggende tiltak internt i Helgelandssykehuset og i samarbeid mellom andre forvaltningsnivå og etater
- Helgelandssykehuset har forpliktet seg til helsefremmende og forebyggende arbeid gjennom det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I Trygge hender 24/7»
- Helgelandssykehuset gjennomfører totalt ca.30 – 40 lærings- og mestringskurs pr. år. Årlig deltar mellom 300 – 350 deltakere på lærings- og mestringskurs.
- Det er flest LMS-tilbud etablert innen somatikk i foretaket, færre innen psykisk helse og rus
- For å kunne ha likt LMS-tilbud ved alle tre enhetene har LMS lyktes med å dele på helsepersonell på tvers av enhetene samt involvert personell fra kommunene
- Helgelandssykehuset jobber for at kvalitetsreformen «Leve hele livet» blir gjennomført i samarbeid med kommunene på Helgeland
- Det pågår flere prosjekter som nevnt tidligere som har som mål å forebygge innleggelse/reinnleggelse samt gi gode pasientforløp og øke helsekompetansen til pasientene

Utfordring:

- Utvikle forebyggende tiltak i takt med behov
- Få kommuner har egne LMS-tjenester foruten de som er i regi av eventuelle etablerte Frisklivsentraler
- Mangel på fagkompetanse i enkelte kommuner
- Forebyggende tiltak i og mellom PHT og SHT er ikke prioritert tilstrekkelig høyt
- Reformen «Leve hele livet» krever godt samarbeid mellom PHT og SHT for å ivareta sammenhengende gode helsetjenester

Ønsket utvikling:

- PHT skal samarbeid tettere med SHT for å kunne tilby tjenester etter behov
- Flere tilbud utvikles for å bevare folkehelsen og øke helsekompetansen til befolkningen
- Utvikle «Helhetlig pasientforløp» i samarbeid med kommunene
- Økt fokus på pasient- og pårørendeopplæring
- Opprettelse av flere pasientsentrerte helsetjenesteteam



- Økt bruk av velferdsteknologi og avstandsoppfølging

5.11 Rekruttering og stabilisering

Status:

- Anslagsvis 75-90 % av alle rekrutteringer er uproblematisk, dvs. utlysningene gir god respons innenfor et begrenset geografisk område
- 10-20 % av rekrutteringer er krevende og en må utvide det geografiske nedslagsområdet primært i Norge, men også til Sverige og Danmark
- 5 % av rekrutteringer er vanskelige og krever et større strategisk arbeid for å nå målgruppen.
- Legespesialister innenfor de store fagfeltene under område akutt og kirurgi, herunder ortopedi, generellkirurgi og gynekologi, er stabilt bemannet over tid. De mindre fagfeltene, deriblant hud, øye og urologi har vært vanskeligere å rekruttere til og stabilisere, og man har i større grad måttet benytte seg av innleie.
- Innenfor medisinsk område er det utfordrende å rekruttere spesialister i generell indremedisin, herunder gastroenterologer og lungeleger
- Det er også vanskelig å rekruttere radiologer
- Innen psykisk helse og rus er det vanskelig å rekruttere psykiatere, spesialister innen i rus- og avhengighetsmedisin og barnepsykiatere. Psykologspesialister utdanner foretaket i stor grad selv gjennom å ansette psykologer som går inn i utdanningsløp.
- Rekruttering av LIS1 er uproblematisk
- På sykepleiersiden er det vanskelig å rekruttere i midlertidige stillinger. Det samme gjelder små stillingsandeler som brukes for å få turnus til å gå opp. Faste sykepleiestillinger klarer foretaket stort sett å rekruttere til.
- Det er påbegynt dialogmøter mellom enkelte kommuner og Helgelandssykehuset med tanke på felles utfordringer innenfor rekruttering og stabilisering. I forlengelsen av dette har kommuner, Helgelandssykehuset og øvrige næringsliv gått sammen i et felles prosjekt ledet av Kunnskapsparken Helgeland. Prosjektet heter «Heile Helgeland» og fokuserer på felles utfordringer innenfor rekruttering og stabilisering.

Utfordring:

- Å få rekruttert og stabilisert legespesialister innen de små fagfeltene, samt fastleger til enkelte kommuner/distrikt
- Medisinskfaglig kompetanse er spredt på flere enheter som bidrar til mindre attraktive fagmiljø
- Ugunstige vakt- og ambuleringsordninger og lang reiseavstand mellom ulike arbeidssteder, som for eksempel mellom DMS og sykehus
- PHT og SHT konkurrerer om samme personell
- Få på plass formaliserte hospiteringsordninger mellom PHT og SHT
- Beholde ferdigutdannede spesialister etter endt utdanning
- Å være attraktiv arbeidsplass i konkurranse med nasjonale og internasjonale enheter/fagmiljø
- Rekruttere helsepersonell tidlig i utdanningsforløpet

Ønsket utvikling:



- Med utgangspunkt i prosjektene *Hodet først* og *Heile Helgeland*, har Helgelandssykehuset som mål å rekruttere tilstrekkelig kvalifisert personell på kort og lang sikt samt styrke samarbeidet med kommuner og øvrig næringsliv på Helgeland
- Samle kompetanse slik at det etableres robuste og attraktive fagmiljø
- Være i front med tanke på å ta i bruk nye teknologiske løsninger og rekruttere personell som ivaretar kompetanse i forhold til fremtidige behov, for eksempel fysikere og ingeniører
- Videreutvikle samarbeidet med kommuner og næringsliv
- Redusere uønsket deltid, for eksempel gjennom å utvikle spennende og attraktive stillinger på tvers av virksomheter
- Være en attraktiv arbeidsgiver og synliggjøre Helgeland som et godt sted å bo og leve
- Styrke kommunikasjon med arbeidsmarkedet
- Markedsføre Helgelandssykehuset kontinuerlig i langsiktig plan
- Akseptable reise/pendleravstander for personell som må forholde seg til flere arbeidssteder
- Styrke og forbedre strategi for rekruttering, jfr. konseptet *Tid til å leve*
- Delta i regionalt prosjekt *Smart annonsering* med tanke på å finne aktuelle jobbkandidater
- Formalisere hospiterings- og ambuleringsordninger
- Videreutvikle prosjektet «*Smart annonsering og publisering*» for å etablere kontakt og dialog med studenter i tidlig fase av studiene med tanke på senere fremtidig ansettelse

Moderne sykehus er avhengig av ekspertise utover det helsefaglige. Teknologisk og faglig utvikling vil i fremtiden medføre store endringer i utredning- og behandlingstilbud. Teknologisk og medisinsk utvikling samt oppgaveforskyvning og arbeidsfordeling vil påvirke fremtidige kompetansebehov. Dette er viktig å ha fokus på i forhold til type personell/kompetanse ved fremtidige rekrutteringer.

Samlet kompetanse og robuste fagmiljø med godt rennømmé vil rekruttere og stabiliserer helsepersonell. For ambulerende personell kan akseptabel pendleravstand fra hovedarbeidsplass til biarbeidsplass være avgjørende i forhold til rekruttering. Formaliserte hospiteringsordninger mellom PHT og SHT samt innen SHT som bidrar til opprettholdelse av faglig kompetanse vil virke rekrutterende.

5.12 Kompetanseoverføring

Status:

- Kompetansebygging mellom tjenestenivåene i helsesektoren handler om å ha kompetent helsepersonell på lavest mulig effektive nivå. Pasienter og pårørende har lett tilgang på helseinformasjon og det er derfor viktig at helsepersonell er kompetente og trygge. Å skape gode nettverk for kunnskapsoverføring mellom PHT og SHT på Helgeland vil bidra til å holde partene oppdatert. Det er stadig utvikling både i fag og teknologi som gjør at det er behov for kontinuerlig og gjensidig kompetanseoverføring.
- Tjenesteavtale 6 «Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering» legger føringer på hvordan kompetanseoverføringen mellom sykehus og kommune skal være
- Tjenesteavtale 7 «Avtale om samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid» legger til rette for økt samhandling ved utvikling av felles tiltak for å styrke blant annet kunnskap, kompetanseoverføring, utdanning og forskning



- Det foregår kompetanseoverføring fra sykehus til kommune gjerne via dialogmøter eller via Skype. Enkelte fagfelt har faste møter for kompetanseoverføring. LMS har jevnlig diagnosespesifikke kurs på Helgeland tilpasset pasienter- og pårørende.

Utfordring:

- Skaffe oversikt over hvilken kompetanse som trengs i fremtiden med tanke på medisinsk utvikling, sykehusstruktur og nye teknologiske løsninger
- Etablere riktig kompetanse i fremtidig DMS, PHT, SHT og prehospitale tjenester
- Utvikle felles teknologiske løsninger mellom PHT og SHT
- PHT og SHT på Helgeland har ikke utformet systematiske kompetanse- og hospiteringsordninger.
- Lange avstander mellom kommuner og sykehus

Ønsket utvikling:

- Å videreutvikle gode fagmiljø via systematisk kompetansedeling og tjenesteutvikling
- Å styrke de ansattes kompetanse ang. velferdsteknologi
- Å styrke internundervisning i PHT/SHT via Skype/video for kompetansedeling, samt flere digitale kurs tilgjengelig
- Videreutvikling av LMS- tilbud ut fra innmeldte behov og krav til helseforetaket
- Etablere hospiteringsordninger mellom PHT og SHT med tanke på bedre forståelse og samhandling
- Etablere faglige nettverk/møteserier mellom SHT og PHT for ulike profesjoner innen helsetjenesten
- Økt oppgaveglidning mellom profesjoner både i PHT og SHT

5.13 Behandling av pasienter på rett nivå

Status:

- Helgelandssykehuset har pr i dag funksjonsfordeling som medfører at pasienter med sammensatte lidelser må forflyttes mellom sykehusenhetene. Dette medfører merbelastning for pasienten i form av transport mellom enhetene og økte kostnader i helseforetaket.
- En del pasienter som i dag blir behandlet i SHT kunne vært i varetatt i PHT
- Helgelandssykehuset mangler pr i dag akutt avdeling innen psykisk helse og rus

Utfordring:

- Helgelandssykehusets funksjonsfordeling kan medføre forsinkelser i pasientforløp med påfølgende merbelastning for pasientene og økte kostnader på grunn av transport mellom enhetene
- Det er ikke gode nok rutiner og prosedyrer rundt oppgavefordeling mellom PHT og SHT

Ønsket utvikling:

- Pasientene skal motta tilbud med rett kompetanse til rett tid på rett sted så nært hjemstedet som mulig
- Samle kompetansen slik at komplisert utredning og spesialisert pasientbehandling i størst mulig grad kan foregå på Helgeland og hindrer pasientlekkasje ut av regionen
- Utvide tilbudet i Helgelandssykehuset slik at pasienter med sammensatte lidelser (spesielt eldre/kronikere) slipper unødig transport mellom enhetene, og helseforetaket sparer reise og transportkostnader
- Desentralisering ved hjelp av telemedisin/avstandsoppfølging samt ambulerende spesialister slik at spesielt kronikere og eldre får behandling i PHT og DMS nærmere hjemstedet



- Tydelig rolle, ansvar og oppgavefordeling inkludert utarbeidelse av prosedyrer mellom PHT og SHT slik at pasientene får rett behandling på rett sted. Det er også viktig å avklare hvilke pasienter som skal ivaretas i DMS og hvem som skal ha ansvaret for disse
- Få etablert akuttavdeling innen psykisk helse og rus for behandling av pasienter på Helgeland og unngå merbelastning for pasientene med transport til NLSH- Bodø
- Økt samhandling innen psykisk helse og rus med PHT i forhold til pakkeforløp, ambulerende team, individuell jobbstøtte, alderspsykiatri inkludert rusproblematikk, forskning og ledsagertjeneste
- Økt bruk av E-helse, teknologi og avstandsoppfølging i samarbeidet mellom PHT og SHT
- Optimalisere samarbeid mellom PHT og SHT med tanke på best mulig tilbud for gravide og fødende på Helgeland
- Videreutvikle gode prehospitaltjenester og heve kompetanse i takt med teknologisk utvikling i samarbeid med PHT

Viser for øvrig til innspill/dokument utarbeidet av egne arbeidsgrupper innen DMS, psykisk helse og rus, E-helse og velferdsteknologi, føde, og prehospitaltjenester.

5.14 Tilbudet til den samiske befolkningen

«Samiske pasienter har rett til likeverdige helse- og omsorgstjenester på linje med den øvrige befolkningen. Likeverdige helsetjenester forutsetter helsetjenester tilrettelagt samiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn», jf. Regional utviklingsplan 2035 for Helse Nord. Samelovens § 3-5 gir den som ønsker det rett til å bli betjent på samisk. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven skal informasjon være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger også når det gjelder kultur og språkbakgrunn.

Status:

- Helgelandssykehuset har ikke tilrettelagt god nok helsetjeneste til den samiske befolkningen, dette både i forhold til tolketjeneste og skriftlig informasjon

Utfordring:

- Gi likeverdige helsetjenester sammenlignet befolkningen for øvrig som er tilrettelagt samiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn
- Begrenset kompetanse innen samisk språk og kultur innad i helseforetaket

Ønsket utvikling:

- Utarbeide handlingsplan, spesielt fokus på språk og kultur, for å sikre likeverdige helsetjenester for den samiske befolkningen
- Økt bruk og ytterligere utvikling av samisk tolketjeneste
- Tilby skjermtolkning via Skype
- Tilby skriftlig informasjon på samisk språk
- Utarbeide informasjonsmaterieil til samiskspråklig befolkning
- Knytte til seg samiske ressurspersoner

6. Henvisninger

- Helgelandssykehuset 2025. Rapport fra ekstern ressursgruppe, 16. mars 2019
- Helgelandssykehuset 2025. Oppsummering av høringsvar til Ekstern ressursgruppens foreløpige rapport 3.12.2018, styresak 27-2019, vedlegg 2



- *Nasjonal helse og sykehusplan (2016-2019)* Meld. St. 11 (2015-2016)
- *Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord*, vedtatt av styret i Helse Nord RHF 19. desember 2018
- *Helgelandssykehuset HF – utviklingsplan 2025*, styresak 52/2015 i Helse Nord RHF
- *Oppdragsdokument 2019 fra Helse Nord RHF til helseforetakene*, samt tilsvarende for hvert av årene 2013-2018
- *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*
<https://www.hesledirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Helseministerens krav til sykehusene i 2019, tale 15.01.2019
- *Strategisk utviklingsplan 2018-2035* for Nordlandssykehuset
- *Regional utviklingsplan Helse Sør-Øst 2035*
- Gjeldende lovverk knyttet til helsetjenester, pasientrettigheter, helsepersonell og samhandling:
 - Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
 - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (kommunehelsetjenesteloven)
 - Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)
 - Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- 1. Strategiske utviklingsplaner for kommunene på Helgeland, se postloggen til Helgelandssykehuset
- Div. rapporter fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin, NSDM
- Samhandlingsbarometeret
<https://www.samhandlingsbarometeret.no/webview/>
- Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke. Om læringsnettverk publisert på Kommunens sentralforbund sine nettsider 30.03.2017:
<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/omsatsingen/gode-pasientforlop/>
- *Helsetjenester for eldre* Plan for samhandling mellom Helse Nord og kommunehelsetjenesten 2019-2025

7. Utvalg av forkortelser/forklaringer av ord og begrep

HSYK 2025 (Prosess Helgelandssykehuset 2025)

HN (Helse Nord)

Samhandlingsbarometeret – gir oss lett tilgang til oppdaterte data, og er et nettsted som skal gjøre kunnskap tilgjengelig for kommune- og spesialisthelsetjenesten, og i tillegg styrke grunnlaget for samarbeid mellom tjenestenivåene. Nettstedet er under kontinuerlig utvikling og inneholder relevant informasjon om samarbeid og utviklingstrekk i helsetjenesten.

Velferdsteknologi er brukerrettet teknologi som har til hensikt å understøtte og forsterker brukernes trygghet, sikkerhet, muliggjøre økt selvhjelpenhet, medbestemmelse og livskvalitet. (NOU 2011: 17)

E-helse er bruk av [informasjons- og kommunikasjonsteknologi \(IKT\)](#) for å forbedre effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgssektoren.



Spesialisthelsetjenesten (SHT) i Norge er den delen av Norges helsevesen som har ansvar for somatiske og psykiatriske sykehus, andre institusjoner samt ambulansetjenesten.

Primærhelsetjenesten (PHT) er helsetjenester som leveres i lokalsamfunnet i det daglige. Primærhelsetjenester består av allmennpraktiserende leger, hjemmesykepleie, helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logopeder, annet helsepersonell som kiropraktorer, og av institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre.

Overordnet samhandlingsorgan (OSO), er et rådgivende organ for kommunene og Helgelandssykehuset. Formålet er å utvikle samarbeidet, videreutvikle den gode samhandlingen, gode prosesser og sammenhengende pasientforløp.

Praksiskonsulenter (PKO) er et nettverk av allmennpraktiserende leger med deltidsstillinger i sykehuset som skal bidra til å styrke samarbeidet mellom sykehuset, allmennpraktiserende leger (fastleger) og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten - til det beste for enkeltpasienten. PKOs primære formål er god samhandling mellom leger i klinisk arbeid, knyttet til diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom.

Distrikts medisinsk senter (DMS)

Læringsnettverk er et pedagogisk rammeverk for å spre god praksis på tvers av profesjoner, enheter og organisasjoner.

LIS- leger i spesialisering

KE (koordinerende enhet)

NAPHA (nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse)

Folkehelse Befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.

Folkehelsearbeid Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Hodet først er et rekrutteringsprosjekt i Helgelandssykehuset med det formål å sikre Helgelandssykehuset tilstrekkelig kvalifisert personell på kort og lang sikt. Prosjektet ble startet våren 2018 og skal være avsluttet høsten 2019.

Onboarding er prosessen hvor nyansatte tilpasser seg sin nye arbeidsplass, både på det sosiale, kulturelle, og det faglige plan. Ny digital veileder for Onboarding er et av tiltakene gjennomført i *Hodet først*

Tid til å leve er navnet på Helgelandssykehusets nye rekrutteringskonsept utviklet under prosjektet *Hodet først*

Heile Helgeland er navnet på en ny felles rekrutteringssatsing på Helgeland:

<https://www.kph.no/2019/03/29/heilehelgeland/>

VEDLEGG:

1. Tilleggsspørsmål fra styret i Helgelandssykehuset gitt på styreseminaret 22.10.19 i forbindelse med HSYK 2025 i henhold til –*Samhandling med kommunene, herunder felles rekrutteringsutfordringer og helhetlig helsetilbud i regionen.*



Tilleggsspørsmål fra styret i Helgelandssykehuset gitt på styreseminaret 22.10.19 i forbindelse med HSYK 2025 i henhold til – *Samhandling med kommunene, herunder felles rekrutteringsutfordringer og helhetlig helsetilbud i regionen.*

Følgende innspill ble gitt på Styreseminar 22. oktober 2019:

Samhandling med kommunene:

- Si mer om hvordan finansieringsordningen kan være en driver for utvikling – kan vi opprette en pilot, teste ut nye finansieringsordninger? OBS! Avtale mellom regjeringen og KS: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/avtale-mellom-regjeringen-og-ks-etablerer-19-helsefelleskap/id2674825/>

Kommentar:

Helgelandssykehuset ønsker at nasjonale myndigheter gir rammebetingelser som bidrar til tilrettelegging av finansieringsmodell med incentivordninger som bidrar til økt behandling av pasienter i PHT. Dette er ønsket utvikling/føringer fra Helse -og omsorgsdepartementet og Regional utviklingsplan for Helse Nord frem til 2035, hvor det anføres at et betydelig volum av helsetjenester skal overføres fra SHT til kommunene. Incentivordninger og økte midler til kommunene må det komme føringer på fra sentrale myndigheter.

Ny avtale mellom regjeringen og KS ang Helsefelleskap (vedtatt i nasjonal helse og sykehusplan) vil bli fulgt opp i oppdragsdokumentet 2020. Dette vil være en videreutvikling av samarbeidsmøter med kommuner og OSO Helgeland.

• **Overordnet ambisjon for arbeidet:**

1. Strategisk ambisjon: møte mer «krevende», mer opplyste pasienter
2. Bygge opp et miljø i HSYK som har kontakt inn i den medisinskfaglige utviklinga. Ikke nødvendigvis drive forskning selv, men ha kontakt/følge med på det som skjer.
3. Pasientopplevelsen – pasienten skal ta større del i egen behandling
4. Kompetanse til å avdekke behov

Kommentar til punkt 1 og 2:

Robuste fagmiljø med samlet kompetanse og kliniske samarbeidsutvalg vil bidra til å imøtekomme mer opplyste pasienter samt bygge opp miljø i Helgelandssykehuset med tanke på kontinuerlig oppdatering i takt med medisinsk utvikling.

Kommentar til punkt 3:

Pasientopplevelsen bør ivaretas ved å implementere gode pasientforløp via KS og Folkehelseinstituttets læringsnettverk som beskrevet i kapittel 5.8 -*Gode pasientforløp*. Fokuset skal gå fra «hva er i veien med deg»? til «hva er viktig for deg»?

På systemnivå har Helgelandssykehuset velfungerende brukerutvalg.



I tillegg planlegges opprettet Regionalt fagråd for samhandling via Helse Nord RHF fra 2020 som inkluderer brukerrepresentant.

Kommentar til punkt 4:

Kompetansebehov vil avhenge av hvilken sykehusstruktur med lokalisering som velges. Uansett vil det være fornuftig å desentralisere de helsetjenesten en kan, samt sentralisere mer kompliserte helsetjenester i et solid robust fagmiljø.

- **Hvordan kan vi best utnytte mulighetene i ny struktur?**

Kommentar:

I dag er det ikke godt nok utbygd lokalt helsetilbud i forhold til medisinske problemstillinger som kan ivareta pasientene så nært hjemstedet som mulig. Funksjonsfordeling mellom sykehusenhetene medfører i dag at pasienter med komplekse sammensatte lidelser må transporteres mellom flere enheter. En ønsker derfor å desentralisere det man kan til PHT og DMS og sentralisere det en bør i forhold til mer kompleks utredning og behandling. Dette krever kompetanseøkning og fornuftig pasientvennlig oppgaveglidning.

- **Rekruttering i fellesskap – for eksempel psykologer?**

Kommentar:

Helgelandssykehuset skal videreutvikle prosjektet «*Smart annonsering og publisering*» for å etablere kontakt og dialog med studenter i tidlig fase av studiene med tanke på senere fremtidig ansettelse.

- **Teknologisk ligger vi langt bak – i forhold til hva/hvem? Hvordan kan vi gå fortere frem?**

Kommentar:

Helgelandssykehuset har systemer og teknologi tilgjengelig som ikke er tatt i bruk.

I forhold til utvikling og hvordan vi skal gå videre frem, henviser vi til rapporten utarbeidet av egen arbeidsgruppe for E- helse og velferdsteknologi.

- **Skrøpelig eldre, kognitiv svikt – helseteam**

Kommentar:

Disse utgjør 5-10 % av pasientene som legges inn i sykehus og legger beslag på ca. 50 % av sengekapasiteten i sykehusene. Spesielt i forhold til denne gruppen som er storforbrukere av helsetjenester er det viktig at en desentraliserer det en kan slik at utredning og behandling i størst mulig grad kan skje i PHT og nærmeste DMS. Denne gruppen har også ofte sammensatte komplekse lidelser, og det er ønskelig at utredning og behandling ved sykehusinnleggelse kan foregå ved en enhet, slik at en slipper transport mellom flere enheter som praktiseres med funksjonsfordelingen vi har i dag. Forebygging er også sentralt, og man må øke kompetansen om egen helse i befolkningen. Dette vil bidra til bedret helse, økt livskvalitet og mindre forbruk av helsetjenester i PHT og SHT. Henviser for øvrig til punkt 5.2 under utfordring og ønsket utvikling for utfyllende informasjon samt prosjekt Pasientsentrert helsetjenestetteam.



- **Øybefolkningen og tilgjengelighet til helsetjenester**

Kommentar:

Helgeland har flere kommuner hvor befolkningen i stor grad bor på øyer. Dette gjelder spesielt kommunene Vega, Herøy, Dønna, Træna, Lurøy og Rødøy, hvorav sistnevnte også i stor grad benytter Nordlandssykehuset Bodø.

Øybefolkningen er som kjent avhengig av transport til vanns for å komme seg til sykehus i tillegg til lufttransport når situasjoner krever det og været tillater det. For størstedelen av øybefolkningen på Helgeland anses det i forhold til tilgjengelighet med tanke på total transporttid at sykehus plasseres i en enhet sentralt på Helgeland slik at pasientene som allerede har lang reisevei spares for ytterligere transport mellom flere enheter. Dette er lagt inn som eget kapittel under punkt 5.3 i rapporten.

07.11.19 Knut Roar Johnsen - Samhandlingssjef Helgelandssykehuset

Grete Mo – Områdesjef medisin Helgelandssykehuset Mosjøen

Hege Mørk – Rådgiver Senter for samhandling Helgelandssykehuset