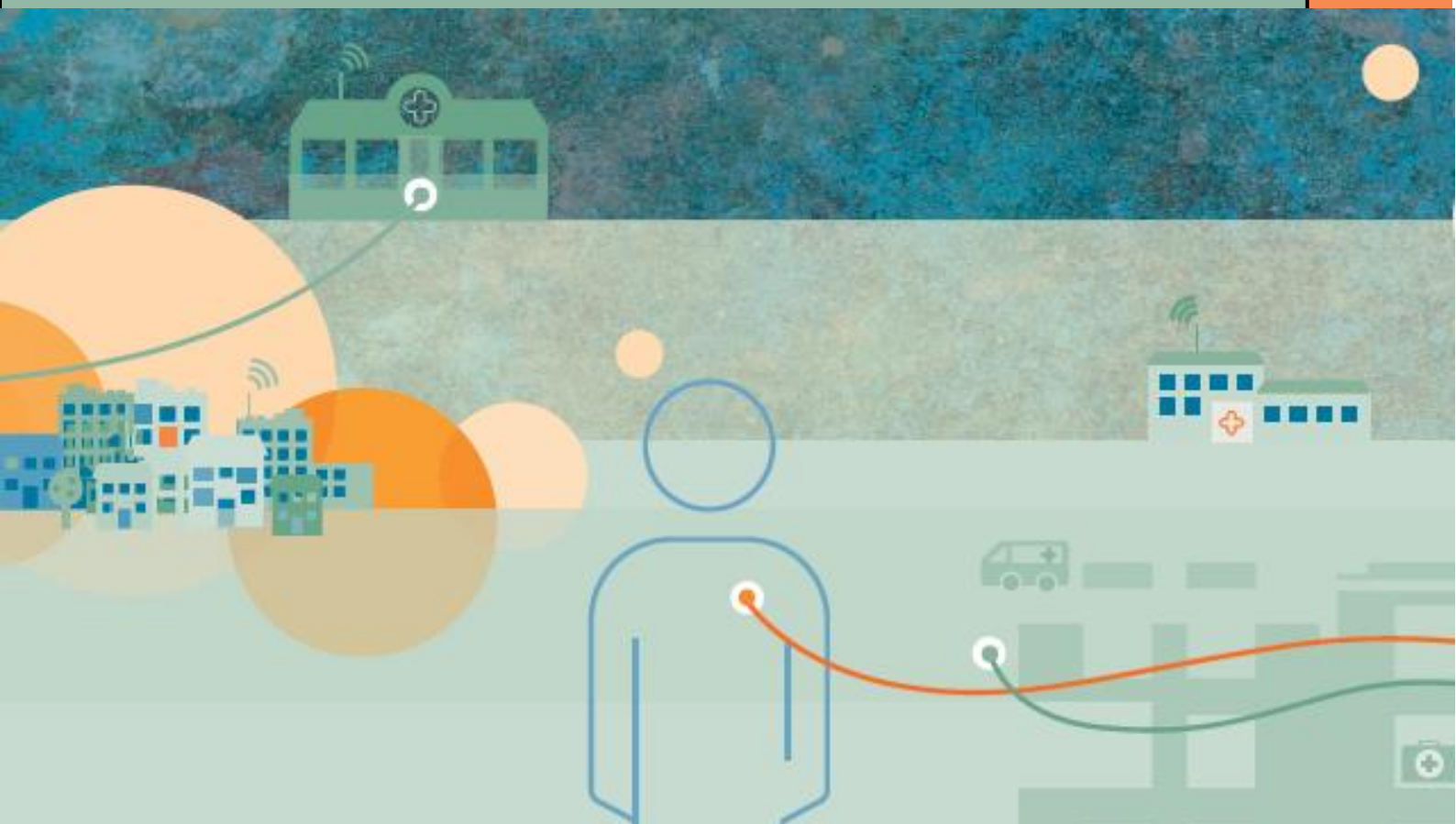


2020

Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan

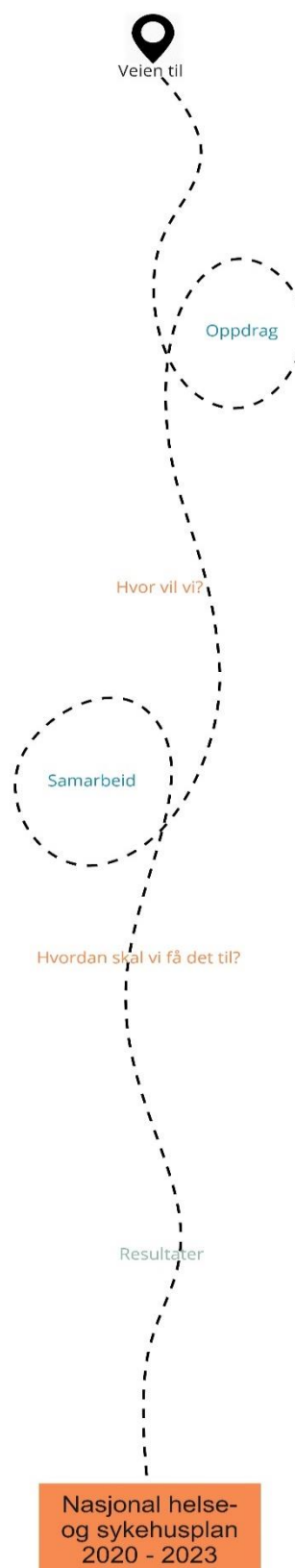


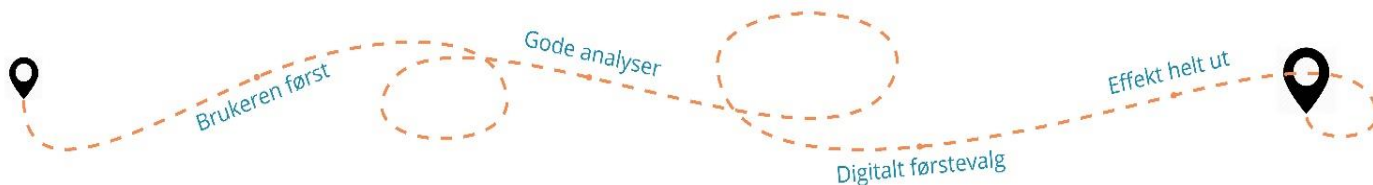
Helsedirektoratet

05.11.2020

Innhold

Forord	3
Innledning	4
Plansystemet	5
Overordnede mål for Nasjonal Helse- og sykehusplan 2020 – 2023:	6
Hvor vil vi?	6
Hvordan får vi det til?	7
Måloppnåelse 2020- eksempler på hva som er oppnådd	9
Sammendrag	10
Covid-19-pandemien og status for etablering av helsefellesskap	14
Helsedirektoratets rolle i opprettelsen av helsefellesskap	17
Prioriterte pasientgrupper	18
Samhandling	21
Pasienten som aktiv deltaker	27
Psykisk helsevern	31
Akuttmedisinske tjenester	39
Teknologi	44
Kompetanse	54
Finansiering	61
Vedlegg: Rapportering på Helsedirektoratets enkeltoppdrag	65
Vedlegg: De regionale helseforetakenes rolle i opprettelse av helsefellesskap	89





Forord

Kontinuerlig utvikling av helsetjenesten er nødvendig. Utfordringene og sykdomsbildet endrer seg. Hjelpemidlene, både teknologi, legemidler og arbeidsmetoder, forandres. Og forventningene øker både hos brukere og ansatte.

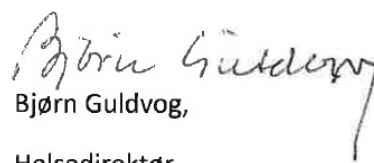
Dette har vært særlig tydelig i 2020. Koronapandemien har til fulle vist oss betydningen av samarbeid og samhandling både i og utenfor helsetjenesten.

En plan er et hjelpemiddel for å nå definerte mål. Nasjonal helse og sykehusplan 2020 – 2023 tar utgangspunkt i mål som sammenfaller godt med Helsedirektoratets strategiske mål, nemlig *Brukeren først*, *Gode analyser*, *Digitalt førstevalg* og *Effekt helt ut*. Hovedmålet er helsetjenester av god kvalitet som møter pasientenes behov.

For å oppnå pasientens helsetjeneste, som er et hovedmål for Nasjonal helse- og sykehusplan, må vi ha økt oppmerksomhet på bruker- og pårørendemedvirkning. Helsedirektoratets strategiske utviklingsområde "Brukeren først" innebærer systematisk brukermedvirkning. I oppfølgingen av Nasjonal helse- og sykehusplan er det brukerrepresentant med i programstyret. Og i en felles referansegruppe som er opprettet i direktoratet, er det invitert med brukere som representerer alle de fire prioriterte gruppene i planen; pasienter med psykiske lidelser, pasienter med flere kroniske sykdommer, barn og unge samt eldre med sammensatte behov.

Da pandemien traff Norge i mars 2020 var opprettholdelse av helse- og omsorgstjenestetilbud en hovedutfordring. Smittesituasjonen flyttet mange konsultasjoner og helsetjenestekontakter over til digitale flater. Svært mange har søkt informasjon om koronaviruset på helsenorge.no og benyttet muligheten for å finne sine prøvesvar der. Rapporteringen viser at det er godt arbeid på vei mot digitale førstevalg i helsetjenesten.

Norsk helsetjeneste står på et solid fundament som er skapt gjennom mange år. Fundamentet bygger blant annet på kunnskapsbasert medisin, pasientsikkerhetsarbeid, kvalitetsarbeid, og stadig større kunnskap fra registre og gode datakilder. Organiseringen utvikles videre og etableringen av helsefellesskap er et stort, neste steg på denne veien. Helsefellesskap angir en ny fase. Sykehus og kommuner skal ikke bare samarbeide, men også planlegge sammen. Vi må se ressursene og virkemidlene i sammenheng- både i tjenestene og i forvaltningen slik at vi får til samarbeidet om og med brukeren og får effekt helt ut.


Bjørn Guldvog,
Helsedirektør

Oslo 5. november 2020

Innledning

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 ble lansert i november 2019.

Stortingsbehandlingen var berammet til april 2020, men ble utsatt til slutten av mai 2020 grunnet covid-19-pandemien.

Ansvar for å utvikle tjenesten i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) er lagt til tjenestene. Helsemyndighetene, blant annet Helsedirektoratet, har ansvaret for å utvikle nasjonale rammebetingelser som finansieringsordninger, veiledning, normering, registre og styringsinformasjon slik at de understøtter denne utviklingen. Helse- og omsorgsdepartementet har i tillegg gitt Helsedirektoratet et særskilt ansvar for løpende å vurdere gjennomføring og måloppnåelse knyttet til NHSP.

Direktoratet skal, i samråd med tjenestene, vurdere om utviklingen i tjenesten går i den retningen som er staket ut i NHSP, på hvilke områder det oppstår/vedvarer risiko for gjennomføring og hva som kan være aktuelle tiltak. Rapport og vurderinger skal legges fram samlet for departementet hver høst som et grunnlag for departementets styring og politikkutforming.

Rapporteringen for 2020 tar utgangspunkt i det arbeidet Helsedirektoratet gjør, både i oppdrag direkte gitt i tilknytning til planen og tilgrensende oppdrag som har betydning for oppnåelse av målene som er skissert i Nasjonal helse- og sykehusplan. Planen er

gjeldende ut 2023. I dette oppstartsåret og med de begrensninger i kapasitet som pandemien både har gitt og fortsatt gir, har det vært mindre kontakt med tjenestene enn ønskelig på en del områder. Ved senere rapporteringer er målet å kunne gi en mer helhetlig vurdering av fremgang og utvikling i tjenestene og i oppdragene Helsedirektoratet har. I 2021 vil de regionale helseforetakene ha rapportert på våren og helsefelleskapene vil være et naturlig kontaktpunkt for innsikt i pågående arbeid.

Det betyr ikke at det ikke har skjedd mye i tjenestene. Covid-19-pandemien har vært en stor belastning på tjenestene, men har også gitt en rekordrask utvikling i digitalisering. Pandemien har også vist betydningen av samarbeid på tvers av nivåer og av velfungerende forløp, enten det er i smitteoppsporing eller i den akuttmedisinske kjeden. Det er i denne rapporten gitt eksempler på arbeid som er gjort i tjenestene, men dette er kun enkeltstående eksempler og gir ikke et fullverdig bilde av aktivitet på de enkelte områdene.

Målet for rapporteringen er å vise hva som gjøres, hvordan ulike områder og virkemidler sees i sammenheng, hvilken effekt som ønskes av tiltakene og etter hvert hvilken effekt som sees i tjenestene. Malene vil fylles ut med tiltak etter hvert som vi beveger oss utover i planperioden.



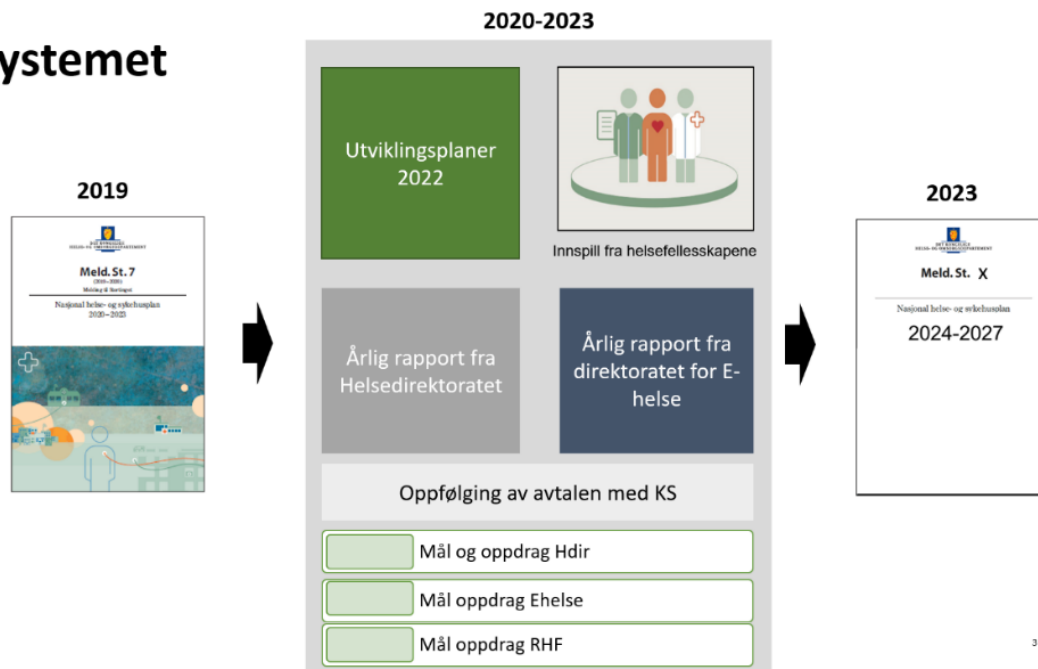
Forsideillustrasjonen er laget av Gjerholm design. Alle illustrasjoner og designelementer som er merket med er laget av Gjerholm design og er fra Nasjonal helse- og sykehusplan, og brukt med tillatelse fra Helse- og omsorgsdepartementet



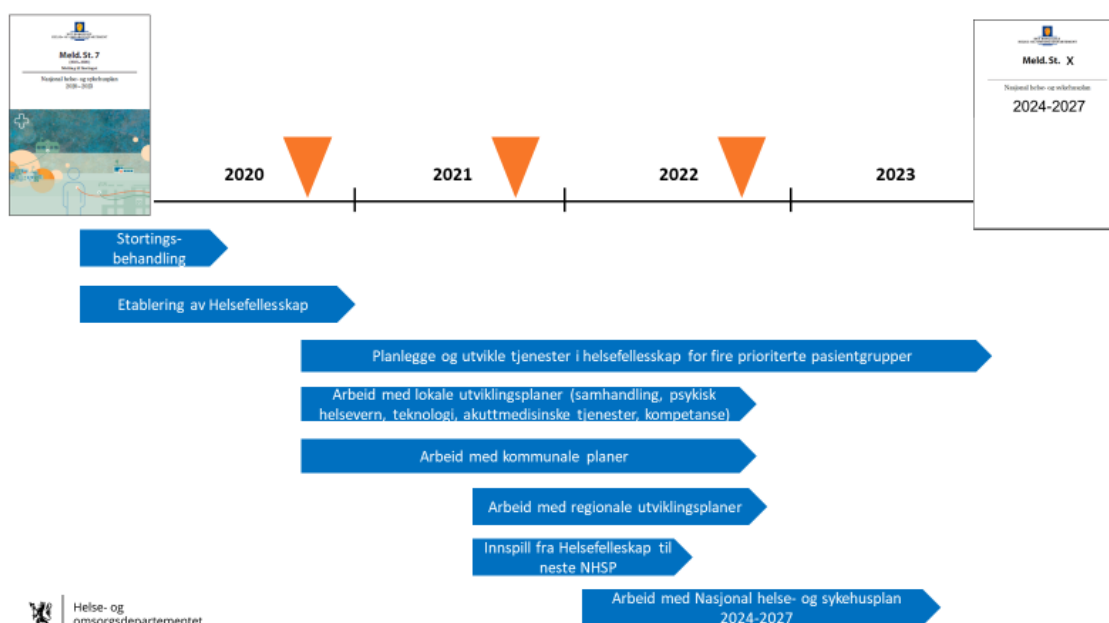
Plansystemet

Rapporteringen fra etatene og senere innspill fra helsefellesskapene, skal være med å danne grunnlag for både justeringer av oppdrag og virkemidler, og gi bakgrunn for arbeidet med neste Nasjonale helse- og sykehusplan.

Plansystemet



Figuren fra Helse- og omsorgsdepartementet viser hvordan ulike planprosesser hvor helsefellesskapene er deltakende går gjennom hele virkeperioden for Nasjonal helse- og sykehusplan. Helsefellesskapene skal gi innspill til ny helse- og sykehusplan som skal komme i 2024, men skal underveis delta i arbeid med lokale og regionale utviklingsplaner.



Overordnede mål for Nasjonal Helse- og sykehusplan 2020 – 2023:

Hvor vil vi?

HVOR VIL VI?



Pasienten er aktiv deltager



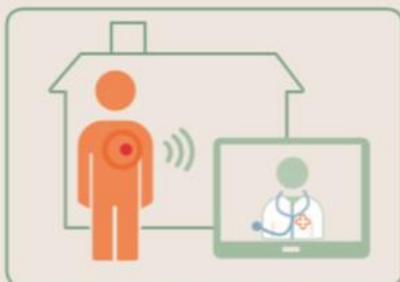
Helhetlige og sammenhengende tjenester



Sårbare pasienter møtes med team



En sammenhengende akuttmedisinsk kjede



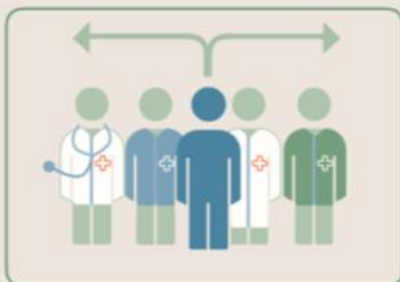
Spesialisthelsetjenester i hjemmet



Bruk av helsedata til det beste for fellesskapet



Livslang læring



Ledelse bidrar til endring



Vi lærer av hverandre

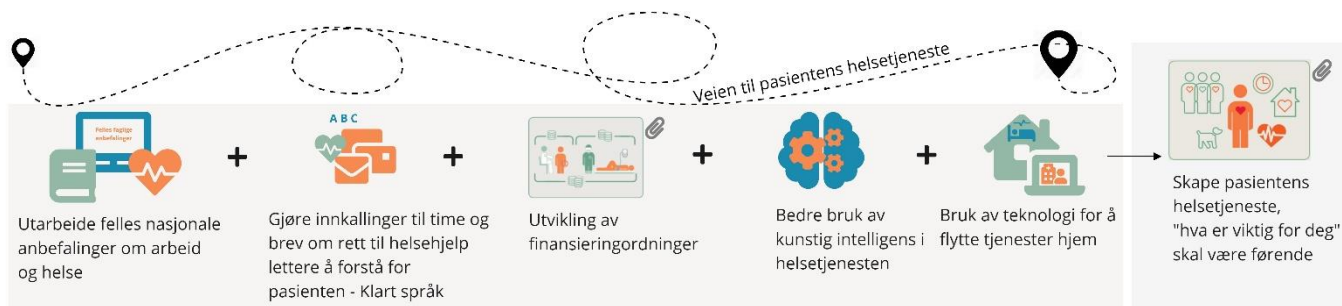
Hvordan får vi det til?

Helsedirektoratet har fått 23 ulike oppdrag under Nasjonal helse- og sykehusplan inkludert et overordnet oppdrag om understøttelse og rapportering. Her viser vi hvordan de ulike oppdragene vil være med på å bidra til å nå de overordnede målene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Etablere 19 helsefellesskap:



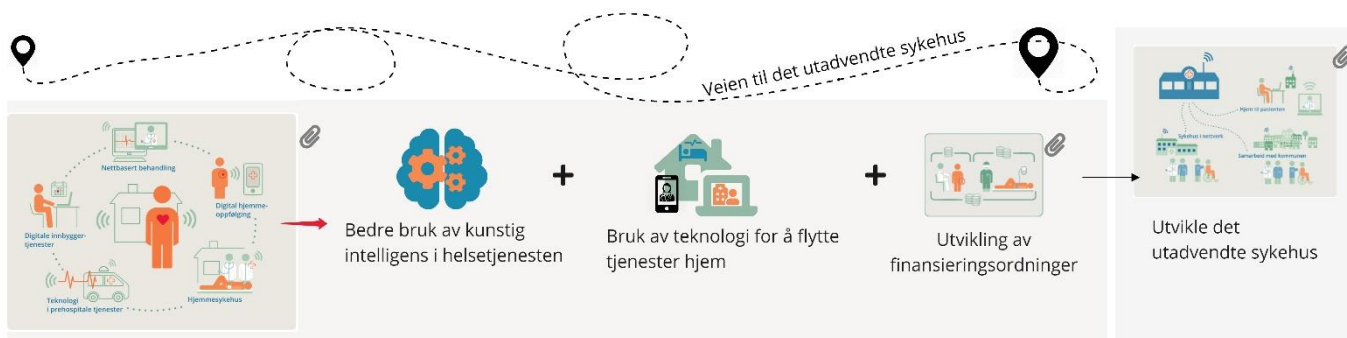
Skape pasientens helsetjeneste:



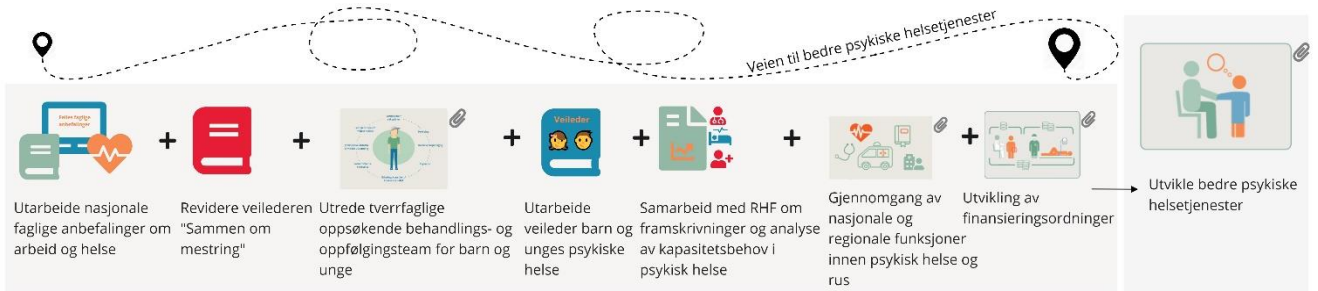
Styrke pasientens helsekompetanse og sikre mulighet for pasient til å være aktiv deltager:



Utvikle det utadvendte sykehus:



Utvikle bedre psykiske helsetjenester:



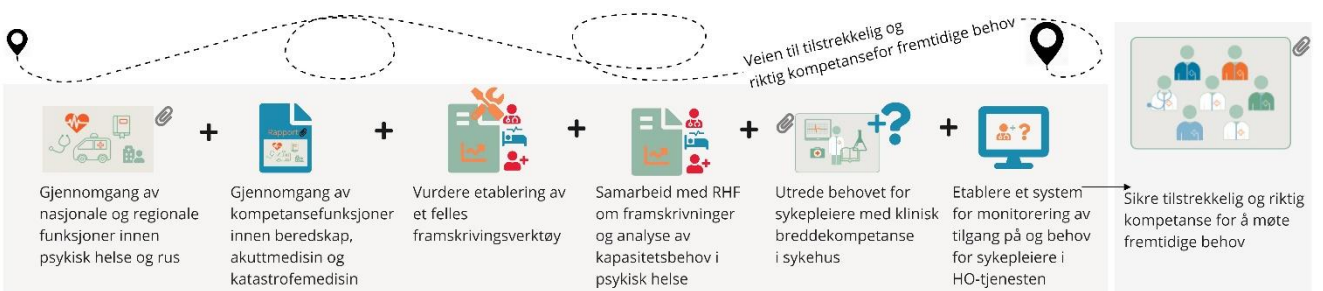
Sikre en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede:



Angi retning for bruk av teknologi i spesialisthelsetjenesten:

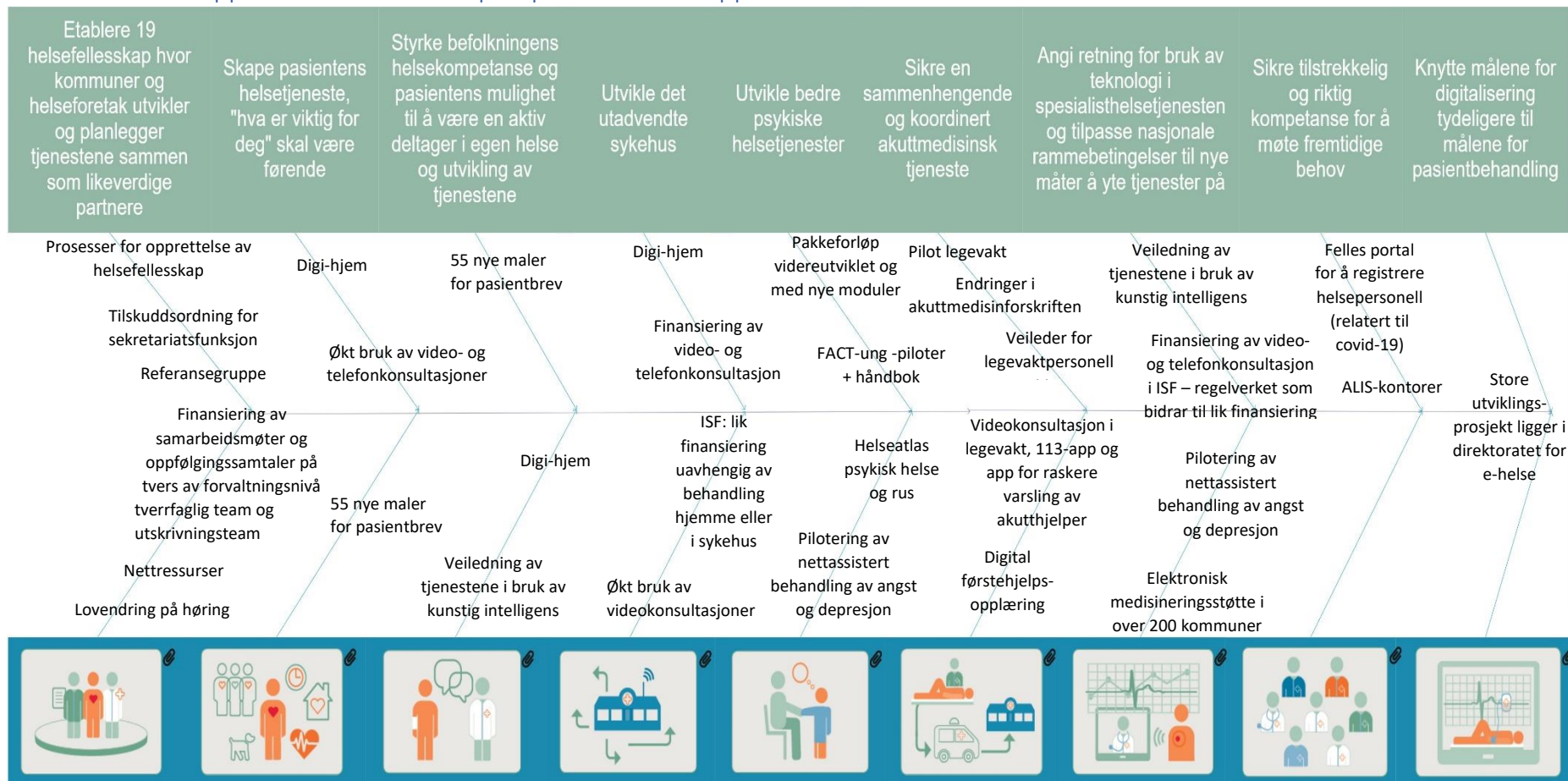


Sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse for å møte fremtidige behov:



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

Måloppnåelse 2020- eksempler på hva som er oppnådd



Nasjonal helse- og sykehusplan

HVOR VIL VI?



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



Sammendrag

Covid-19-pandemien har gitt en spesiell start for arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) i 2020. Planen har mange og ambisiøse mål for tjenesteutvikling. Ansvar for utvikling av tjenestene ligger hos tjenestene, mens sentrale helsemyndigheter har ansvar for rammebetingelser og tilrettelegging.

Helsedirektoratet har i alt fått 23 oppdrag under planen inkludert et overordnet oppdrag om understøttelse av helsefellesskap og rapportering på status og fremgang. I tillegg er det svært mange av direktoratets andre oppdrag som har betydning for oppnåelse av målene i NHSP. Årets rapportering inneholder i stor grad status og fremgang på arbeid i helsedirektoratet. For senere år i planperioden kan rapportering utvides til å inneholde mer fra tjenestene når helsefellesskap og andre samarbeidsstrukturer rundt måloppnåelse for planen er på plass.



Måloppnåelse 2020 per oktober:

Rapportering gis midt i høstsemesteret og flere aktiviteter og tiltak gjenstår for året.

Samarbeid er styrket, både lokalt og med sentrale helsemyndigheter. Dette samarbeidet er viktig grunnlag for helsefellesskapene. Det er prosesser for formell etablering av helsefellesskap i alle helseregioner, men det varierer hvor langt arbeidet har kommet. Pandemien har gitt forsinkelser i prosessene.

At pasienten skal møtes med team er et viktig mål i NHSP. I 2020 er det pilotert FACT-ung team. I tillegg er piloten med primærhelseteam pågående. Det er innført finansierings-takster for strukturert oppfølging fra tverrfaglige integrerte team og utskrivnings-team etter langvarige behandlingsløp, samt finansiering av samarbeidsmøter og oppfølgingssamtaler på tvers av forvaltningsnivåene.

Helseatlas psykisk helse og rus som ble publisert av Helse Vest i juni 2020 gir oversikt over uønsket variasjon i tjenesten. Pakkeforløp skal bidra til å redusere slik uønsket variasjon. Samtlige pakkeforløp er oppdatert i 2020 og det er lagt til nye moduler samt utvidelse av pakkeforløpet for spiseforstyrrelser hvor aldersgruppen 18-23 år nå er inkludert.

Tydeliggjøring av arbeids- og ansvarsfordeling på psykisk helse er prioritert. Dette arbeidet er i gang.

Pasienter skal kunne ta aktivt del i egen behandling. Gjennom klar-språk i helsetjenesten er det utviklet 55 nye maler for enklere pasientbrev i spesialisthelsetjenesten. Implementering av disse er i gang.

Nye måter å tilby tjenester er en hovedsatsing i NHSP. Det har skjedd viktige fremskritt på teknologi og digitalisering i 2020. Pandemien ga et akutt behov for tekniske løsninger for konsultasjoner. Bruk av videokonsultasjoner har økt betraktelig. Finansiering skal ikke oppleves som et hinder for nye måter å jobbe på, og skal tilpasses raskere. Finansierings-ordningene skal understøtte digitalisering og bedre samhandling. Videokonsultasjoner ble fra 2019 finansiert i ISF-ordningen på lik linje som konsultasjoner med oppmøte, og fra 1. juli 2020 ble også telefonkonsultasjoner i somatikk gitt tilsvarende refusjon som andre konsultasjoner.

Digitale innbyggertjenester har sett betydelig økt bruk under pandemien. Helsenorge har blitt en foretrukket plattform for informasjon til befolkningen om pandemien og tilbyr også stadig flere selvbetjeningsløsninger. DigiUng og DigiHelsestasjon har gjort fremgang med sikker dialog med helsestasjons- og skolehelsetjenesten for ungdommer helt ned til 13-års alder ved å bruke blant annet Feide-innlogging. Det jobbes med e-læring som støttefunksjon til arbeidet i helsestasjons- og

skolehelsetjenesten, og vurderes muligheter for å tilby mestrings- og selvhjelpsverktøy for ungdommer samlet på ett sted.

Pilotering av nettassistert behandling for angst og depresjon i kommuner starter høsten 2020.

Det er gjort utprøvinger av videokonsultasjon for legevakt. I tillegg til 113-appen, som nå brukes av 1,5 millioner brukere, er det lansert en app for raskere varsling av akuttgjelder. Deling av posisjonsopplysninger mellom nødsentralene prøves ut i 2020. Det jobbes med nasjonal utrulling. Sammen med det nasjonale hjertestarterregisteret gir de teknologiske løsningene raskere og bedre hjelp i nødsituasjoner, og er et viktig steg for en sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Det vil bli jobbet med videreutvikling og nasjonal utbredelse i planperioden.

Det er mye som skjer innenfor kunstig intelligens, og vi mener å se at det er mange initiativer, nasjonale løft og interesse for internasjonale samarbeid innenfor flere områder som er viktige for å få kunstig intelligens i klinikk i Norge. Det er plukket ut tre prosjekter for veiledning fra koordineringsprosjektet "Bedre bruk av kunstig intelligens" i 2020. Prosjektene er fra ulike fagområder: Bildeanalyse for å avdekke kreft, diagnostisering av hjertesviktpasienter og analyse av netthinnebilder for å avdekke tidlige tegn på diabetisk retinopati. De to første er startet opp, og veiledes av koordineringsprosjektet.



Risiko

Overordnet:

Stort press på tjenestene på grunn av covid-19-pandemien er en risiko for utvikling og implementering av alle nye prosjekter i helsetjenesten. Det har vært forsinkelser i 2020, og det er stor sannsynlighet for at dette vil vedvare også i 2021 og at både tjenestene og sentral helseforvaltning må gjøre harde prioriteringer.

NHSP legger opp til samhandling både ute i tjenestene og at oppdrag og områder skal sees i sammenheng i sentral helseforvaltning. Dette krever kommunikasjonskanaler og samarbeidsplattformer som ikke er fullt på plass ennå.

Helsefellesskapene kan ha ulike organisering rundt i landet. Ulike organisering kan gjøre det krevende å tilrettelegge for og støtte helsefellesskapene fra sentralt hold.

For å gjennomføre målene i NHSP er det avgjørende at samarbeidsstrukturer kommer på plass. Dette ser vi per nå som den største risikoen for gjennomføring av planen.

Risiko på enkeltområder er nevnt under. For fullstendig oversikt vises det til enkeltkapitler.

Helsefellesskapene skal planlegge sammen og da er det viktig med felles forståelse og god tilgang på data. Det er et krevende arbeid med utvikling av styringsinformasjon for helsefellesskapene. De prioriterte pasientgruppene for helsefellesskapene er ikke preget av enkeltdiagnoser, og diagnosedata kan være lite egnet til å måle deres behov for tjenester. Det er behov for å se på funksjonsnivå mer enn diagnoser. Å måle multimorbiditet og skrøpeligheit er komplekst og det er derfor risiko knyttet til dette arbeidet. Å utvikle et dashboard og nye tekniske løsninger krever også ressurser, noe som er en ytterligere risiko. Arbeidet med å vurdere felles framskrivningsverktøy for sykehus og kommuner krever involvering og samarbeid med ulike parter på ulike nivåer. Det er noen spenninger i dette og ulike formeninger hos dem som utvikler modellene og de som skal benytte dem.

For helsefellesskapene vil arbeidet med revisjon av veileder for samarbeidsavtalene være av stor betydning. Forprosjektet på læring og mestring (se s. 28) har vist at prosessen med å utarbeide samarbeidsavtalen er avgjørende for innholdet. Forarbeidet har funnet at avtalene ikke er godt nok forankret,

forpliktet, vedlikeholdt, tilgjengelig, konkrete og implementert, og at noe av grunnen til dette er at prosessen ikke har ivaretatt likeverdet mellom partene godt nok.

Rask utvikling av digitale tjenester gir muligheter, men kan også være en risiko. Digitalisering henger tett sammen med arbeidet med helsekompetanse. Risikoen for digitalt utenforskap må kontinuerlig tas hensyn til i arbeidet. Raske endringer gir også risiko for at tjenestene, når krisen er over, går tilbake til gamle måter å jobbe på og det kan være risiko for at bruken av digitale konsultasjoner reduseres mer enn hva enn hva som er hensiktsmessig.

Krisearbeidet i forbindelse med covid-19-pandemien har forsinket arbeidet med kunstig intelligens (KI) i tjenestene og i koordineringsprosjektet. Det er usikkerhet i helsetjenesten rundt hva som er lovlig bruk av sky, noe som er en risiko siden mange leverandører bruker skyteknologi. KI er nytt for mange og det er risiko knyttet til anskaffelsesprosesser. Det kan ta tid å få gode resultater i forskningsprosjekter som forsker på bruk av kunstig intelligens. Lar de gode resultatene vente på seg, kan det gi utfordringer og stoppe prosjekter, og manglende finansiering er en risiko.

På psykisk helseområdet er det sett noe økt bruk av tvang i 2020. Denne utviklingen må følges nøye videre da det er et nasjonalt mål å redusere bruk av tvang. I flere pågående arbeider er det uavklart hvordan det skal jobbes videre med problemstillinger rundt arbeidsdeling mellom nivåene. Det er sårbare overganger mellom tjenestenivåer og det vil være behov for å avklare dette.

Det er en del medisinske avvik på det akuttmedisinske området og dette må det jobbes systematisk med. Det er krevende å identifisere relevante indikatorer og registerdata på området. På nasjonalt nivå er det vanskelig å finne tall for akuttinntak. Dette er etterspurt. Dersom det skal være noe som er rutinemessig oppdatert og ikke være

egne rapporteringer så er det krevende å lande slike definisjoner.

På finansieringsområdet er det krevende å få overblikk over de regionale helseforetakenes ønskede utviklingstiltak og prioriteringen av dem på tvers av regionene; det medgår mye tid til å danne slik oversikt og prioriteringer fremfor å jobbe med å løse de konkrete problemene. Mangelfulle eller trege standardiseringsprosesser for hvordan nye tjenesteformer skal registreres i de elektroniske pasientjournalssystemene og rapporteres til Nasjonalt pasientregister (NPR) gir et dårlig datagrunnlag for å videreutvikle både ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) og kvalitetsbasert finansiering (KBF). NPRs drift er på flere områder orientert om fagområder og med et tjenesteyterperspektiv. Strategien for utvikling av finansieringsordningene tilsier mer helhetstenkning og pasientorientering i måten pasientdata prosesseres på i NPR. Gap mellom behov og gjeldende løsninger bidrar til risiko for at blant annet ISF-ordningen ikke kan videreutvikles i ønsket takt.



Videre fremgang og anbefalinger

For å styrke helsefellesskapene blir det viktig i 2021 å etablere nettverk hvor helsefellesskapene kan dele erfaringer og jobbe sammen om blant annet tjenesteutvikling, forløp og kvalitetsforbedringer for de fire pasientgruppene (se s. 18). Både for å få godt samarbeid med helsefellesskapene og for å ha god kjennskap til utviklingen i tjenestene, er det nødvendig at det utvikles en samarbeidsstruktur mellom de regionale helseforetakene og helsedirektoratet spesifikt om NHSP.

Helsedirektoratet har igangsatt flere arbeider som har betydning for helsefellesskapene både på styringsinformasjon og tilgjengelig-gjøring av data, praktiske eksempler på avtaler på tvers av nivåer og revidering av samarbeidsavtalene. Disse arbeidene må prioriteres i 2021. I arbeidet med samarbeids-

avtaler må det være likeverdighet i representasjon, inkludere systematisk bruker-medvirkning og benytte metodikk som sikrer at likeverd mellom partene blir ivaretatt hele veien. Dette må løftes frem i arbeidet med utvikling av helsefellesskapene og i arbeidet med revisjon av samarbeidsavtaleveilederen.

Pasienten som aktiv deltaker: Helse Sør-Øst har satt i gang en undersøkelse for å etterspørre andre områder med behov for klarspråk. Å utarbeide en generell språkprofil for pasientkommunikasjon i spesialist-helsetjenesten kan være et aktuelt grep. Et oppfølgingsprosjekt på læring og mestring må se på nye måter å jobbe på.

Akuttmedisinske tjenester: Arbeidet med nye retningslinjer for somatiske akuttmottak og arbeidet med utvikling av styringsinformasjon for akuttmottak henger tett sammen og det blir viktig å koble disse arbeidene tettere. Akutt- og mottaksmedisin er en ny spesialitet for leger. Det er behov for at en ny retningslinje gir noen føringer for hvilken rolle de skal ha i mottak. Revidert retningslinje vil også ha betydning for samarbeid, kapasitet og informasjonsflyt.

Det er behov for en langsiktig bærekraftig forankring av den nasjonale førstehjelpsdugnaden "Sammen redder vi liv" og samarbeidet mellom myndighetene og frivillige/humanitære organisasjoner og ideelle stiftelser. Et strategisk samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og departementet bør initieres slik at strukturer som er bygget opp sikres langsiktig drift og utvikling.

Kompetanse: Helsefellesskapene bør bli en viktig arena for kompetanse og personell-planlegging. Det er behov for sterke samarbeid mellom nivåene på kompetanse-området. Helseforetak og kommuner i samme område forholder seg oftest til de samme utdanningsinstitusjonene for helsepersonell, og bør se både sine behov og sine ressurser i

sammenheng. Hvis kommunene også får sørge for-ansvar for praksisopplæring av helsefagstudenter, vil kommuner og helseforetak bli mer likestilte i sitt ansvar for utdanningene.

Psykisk helse: Helsedirektoratet må jobbe videre med å se oppdragene på psykisk helse i sammenheng for å oppnå bedre psykiske helsetjenester. Det må gjøres ytterligere arbeid for å tydeliggjøre arbeids- og ansvarsfordeling på psykisk helse. Tallene viser at det er utilsiktede forskjeller i hvilken behandling som tilbys og det er behov for å fortsette arbeidet med å redusere disse forskjellene. Videreutvikling av pakkeforløp blir et viktig arbeid i denne sammenhengene.

Teknologi: Under covid-19-pandemien har det skjedd endringer i hvordan tjenestene leveres både i kommuner og i spesialist-helsetjenesten. Mye er gjort på kort tid, men det er fremdeles behov for å kommunisere hvor viktig velferdsteknologi kan være for håndtering av denne og eventuelle framtidige pandemier. Det er fortsatt mange gevinster som ikke er tatt ut av alle kommuner og helseforetak og her må det jobbes videre.

Fremover vil det være viktig å bygge på de raske endringene som allerede har skjedd slik at tjenestene opplever at dette er hensiktsmessig utvikling og at teknologien gir nytte både for bruker og behandler. Det er viktig å fortsette å opplyse prosjekter innen kunstig intelligens (KI) om at det finnes et veiledningstilbud, oppfordre til at dette brukes og trygge dem på at bruk av KI er en ønsket retning å gå. Det er også nødvendig å følge opp at algoritmer forsket frem i Norge blir CE-godkjent slik at de kan brukes i klinikk og komme pasienter til nytte.

Finansiering: Det vurderes at en endring og spissing av kvalitetsbasert finansierings-ordningen slik Helsedirektoratet vil foreslå for HOD senere i 2020, vil bidra til positiv fremgang i henhold til målene på samhandling og digitalisering som skissert i NHSP.

Covid-19-pandemien og status for etablering av helsefellesskap

Etablering av 19 helsefellesskap mellom helseforetak og kommunene i opptaksområdet, er en hovedsatsing i Nasjonal helse- og sykehusplan.

"Regjeringen og KS ønsker at kommuner og helseforetak skal se hverandre, ikke som parter, men som likeverdige partnere med felles eierskap og ansvar for pasientene. Regjeringen og KS ønsker derfor at helseforetak og kommuner sammen etablerer helsefellesskap. I helsefellesskapene møtes representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles"¹. Avtalen mellom Regjeringen og KS angir at Helsefellesskapene skal bygge på tydeligere samarbeidsstruktur, bedre felles planlegging, økt samordning, bedre beslutningsprosesser, sekretariat, tydelige prioriteringer, felles virkelighetsforståelse og behov for lokale

tilpasninger. Helsefellesskapene skal gi innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan.

I mange helseforetaksområder er det samarbeidsstrukturer på plass slik at etableringen av helsefellesskap handler om tilpasninger og utvikling av strukturene. Selv om covid-19-pandemien har forsinket formaliseringsprosessene så angir både kommuner og helseforetak at pandemien også har vært en drahjelp for samarbeid, fordi både kommuner og sykehus har fått oppleve hva som skal til av tett og god samhandling for å løse de oppgavene man står overfor i en krise.

I tillegg til at pandemien har gitt store ressursutfordringer i hele helse-Norge har det også i 2020 vært mange endringer i kommunal struktur og fylkesstrukturen som har bidratt til utfordringer i enkelte regioner. Noen steder gir det forsinkelser fordi det er behov for å etablere nye samhandlingsstrukturer mot regionalt nivå.

I Nasjonalt nettverk/dialogforum for samhandling hvor KS, flere kommuner og de regionale helseforetakene møtes har det gjennom året blitt gitt orienteringer om fremgangen i etablering av helsefellesskap. I møtet 24. september ble det gitt orienteringer fra alle regionene.

I Helse Vest er alle helseforetakene i prosess for etablering av Helsefellesskap. Helse Stavanger har kommet langt og overordnet samarbeidsavtale og strukturer er på plass, men det er ikke avholdt partnerskapsmøte ennå. Partnerskapsmøtet skulle være i oktober 2020, men er utsatt til mars/april 2021. Avtale foreligger og helsefellesskapet har fått tilskudd til felles sekretariatsfunksjon for kommunene og dette er på plass. Helse Fonna og Helse Førde har også kommet godt på vei. Andre helseforetak i regionen har måttet skyve litt mer på det, men er i prosess.



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

I Helse Nord er arbeidsgruppene for helsefellesskap tilbake i arbeid etter en pause i arbeidet med bakgrunn i pandemien. Det er etablert arbeidsgrupper for alle sykehusområdene i Helse Nord.

I Helse Midt er samarbeidsavtale for Møre og Romsdal ute på høring høsten 2020. Det er lagt opp til en samarbeidsstruktur i tråd med helsefellesskap. De to områdene i Trøndelag er begge godt i gang med arbeidet.

I Helse Sør-Øst har covid-19-pandemien også medført noe forsinkelse for etableringen, men Sørlandet har hatt helsefellesskap i hele 2020 og Østfold har formelt etablert det. De andre sykehusområdene jobber aktivt for å få det på plass og angir at det er et godt samarbeid. Innlandet er et helsefellesskap med hele 42 kommuner. De har etablert en egen styringsgruppe og jobber for enda bedre forankring i regionene, og helsefellesskapet vil ikke bli formalisert før nyåret 2021. Telemark har foreslått to strategiske samarbeidsutvalg, ett for nedre Telemark og ett for øvre Telemark.

Høsten 2020 er høring ute om endring i Helse- og omsorgstjenesteloven om planlegging mellom sykehus og kommuner. Flere Helsefellesskap har levert felles høringsuttalelser.

Tilskudd til felles sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefellesskap

I revidert nasjonalbudsjett ble det bevilget 4,8 millioner kroner for 2020 slik at kommunene i helsefellesskapene kan søke tilskudd til felles sekretariatsfunksjon. Tilskuddet gis som 1/19 av avsatt beløp per helsefellesskap. Minst 2/3 av kommunene i helsefellesskapene må stå bak søknaden om tilskudd. Per 1.oktober 2020 har i alt ti helsefellesskap på kommunesiden søkt og fått innvilget tilskudd. I forslaget til statsbudsjett som ble lagt frem 7.oktober 2020 er tilskuddet foreslått forlenget og det er foreslått 9,5 millioner kroner til dette i 2021.

Offisiell rapportering for tilskuddsmottakerne er først våren 2021. Syv av helsefellesskapene hvor kommunene har gått sammen og søkt tilskudd til felles sekretariatsfunksjon og ett

som ikke har søkt tilskuddet, har gitt en tilbakemelding til Helsedirektoratet om hvor langt de har kommet i etableringsprosessen, hva de opplever som utfordringer og hva de trenger for å komme videre. Dette er bare en "temperaturmåling" fra kommunesiden i syv av helsefellesskapene og kan ikke ansees å være representativt for alle helsefellesskapene, men angir noen eksempler på organisering og problemstillinger. Flere av helsefellesskapene angir at det er en utfordring hvordan og hvem som skal honorere fastlegene som skal være representert på alle nivåer. En annen viktig utfordring som er oppgitt er å finne ut hvordan felles planlegging kan foregå i samspillet mellom ett helseforetak og omliggende kommuner med egne planprosesser. Det er også oppgitt at samarbeidet mellom de ulike utvalgene i helsefellesskapsmodellen og mellom kommunene inn mot de ulike nivåene i modellen også må arbeides med videre.

Flere Helsefellesskap har gitt tilbakemelding til Helsedirektoratet om at de ønsker at det etableres et nettverk for erfaringsdeling og samarbeid mellom helsefellesskapene.

Under er lenker til nettsider for de helsefellesskapene som har delt dette i sine tilbakemeldinger til Helsedirektoratet:

Helse Fonna: www.fousam.no
www.helse-fonna.no/samhandling

Helsefellesskapet Sykehuset Østfold:
<https://sykehuset-ostfold.no/helsefaglig/samhandling>

Helsefellesskap Helse Nord-Trøndelag:
<https://hnt.no/helsefaglig/samhandling>

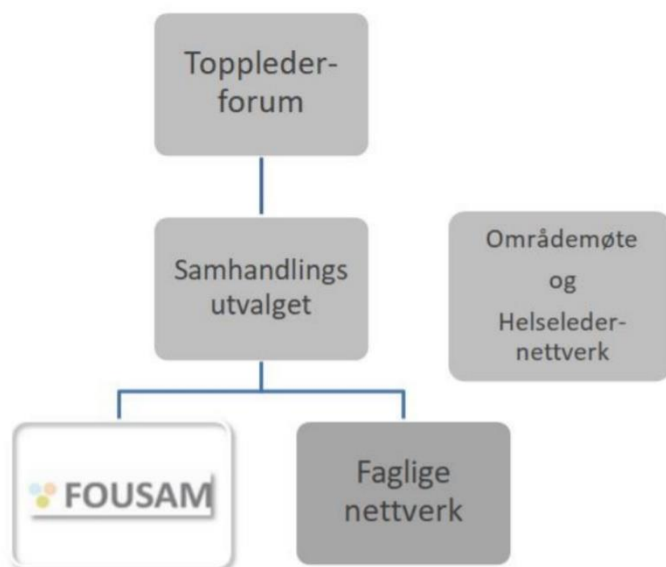
Helsefellesskap Helse Førde:
<https://samhandling-sfj.no/>

Helsefellesskapet Sykehuset Telemark:
<https://www.sthf.no/helsefaglig/samhandling#helsefellesskap-i-telemark>

Helse Stavanger: <https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/samhandling>

Eksempel

Samhandlingsstrukturen i Helse Fonna-regionen



Topplederforum – en årlig samling for administrativ og politisk toppledelse i kommuner og foretak og brukerrepresentanter.

Samhandlingsutvalget (SU) – et partssammensatt organ, bestående av administrativ og faglig ledelse i foretak og kommuner (fire kommunale representanter, pluss en fast møtende vara, som alle representerer de 16 kommunene i Helse Fonna-regionen), samt to brukerrepresentanter og leder av FOUSAM. Kommunene og helseforetaket bytter på ledervervet og samhandlingskoordinatorfunksjon hvert annet år. Interkommunal samhandlingskoordinator følger kommunal leder av Samhandlingsutvalget.

Områdemøter – et forum for administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak. Områdemøtet er delt i to geografiske områder; Sunnhordland/ Hardanger og Haugalandet.

Deltakerne fra kommunene møtes også i et eget Helseledernettverk for alle kommunene i regionen.

FOUSAM – For å bidra til å ivareta helseforetaket og kommunene sine plikter knyttet til forskning og utvikling, inngikk alle tre parter også en egen om drift av FOUSAM (felles FoU – enhet for samhandling). FOUSAM gikk fra prosjekt til drift i 2014. FOUSAM er Samhandlingsutvalget sitt utøvende organ og følger opp samarbeidsavtalene i praksis. FOUSAM får sitt mandat fra Samhandlingsutvalget. Samarbeidet om FOUSAM endret organisasjonsform fra juli 2020, da Høgskolen på Vestlandet (HVL) valgte å trekke seg ut av det formelle samarbeidet. FOUSAM gikk da fra å være et trepartssamarbeid til topartssamarbeid, med kommunene og helseforetaket som eiere. Leder av FOUSAM ble som en konsekvens ansatt i en av samarbeidskommunene, men har en tett dialog med helseforetaket og Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Leder i FOUSAM er ansatt i 50 prosent stilling kombinert med 50 prosent stilling som Interkommunal Samhandlingskoordinator.

Faglige nettverk – er opprettet for å sikre gode pasientforløp på tvers av nivå. FOUSAM har ansvar for å koordinere og følge opp aktiviteten i disse nettverkene. Hovedfokus i nettverkene er fagutvikling, pasientforløp og oppfølging av viktige områder i samarbeidsavtalene. Per dags dato er det opprettet 11 faglige nettverk, med mandat fra Samhandlingsutvalget. Disse er: Akuttberedskap, IKT, Barn og Unge, Kommunale ØH-døgntilbud, Eldremedisin, Kreftomsorg og lindrende behandling, Folkehelsehelsefremming og forebygging, Læring og mestring, Gode pasientforløp og pasientsikkerhet, Tuberkulose og Velferdsteknologi.

Helsedirektoratets rolle i opprettelsen av helsefellesskap

Ansvar for å utvikle tjenestene i tråd med planen er lagt til tjenestene. Opprettelse av helsefellesskapene skjer i samarbeid mellom helseforetak og omliggende kommuner. De regionale helseforetakene og fylkesmennene har fått i oppdrag å bistå i arbeidet (for RH Fenes oppdrag se vedlegg s. 89).

Helsedirektoratets oppgave er å bidra med tilrettelegging. Figuren på denne siden viser hvordan direktoratet bruker sine ulike verktøy for å bistå og tilrettelegge for helsefellesskap.

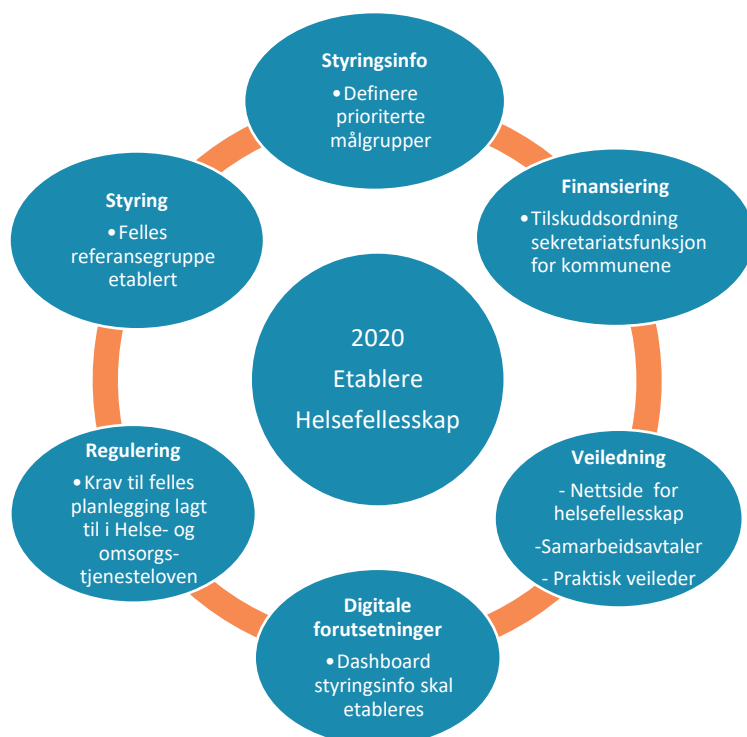
Det er etablert en temaside på helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap som skal bygges ut med informasjon og verktøy som kan være til hjelp for helsefellesskapene. Her ligger også lenke til å søke på tilskuddsordningen for felles sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefellesskap. Helsedirektoratet har invitert inn til en felles referansegruppe for flere av oppdragene under NHSP. Referansegruppen har representanter fra helseforetak i alle helseregionene, små og store kommuner fra ulike deler av landet, profesjonsorganisasjoner og brukerorganisasjoner som representerer alle de fire prioriterte pasientgruppene (se s. 18). En bredt sammensatt referansegruppe vil være av stor betydning for arbeidet. Det er viktig å få innspill fra mange ulike aktører og at disse kan høre hverandres innspill.

Samhandlingspunkter: KS dialognettverk med deltakere fra de regionale helseforetakene og kommuner er et nyttig forum for diskusjoner på fremgang og utfordringer knyttet til NHSP. Det jobbes også med å etablere faste punkter for kontakt med de regionale helseforetakene.

Måloppnåelse: Alle helseregioner angir at det er prosesser for opprettelse av helsefellesskapene. Det foreligger ikke en oversikt over hvor langt alle 19 har kommet.

Risikoer: NHSP legger opp til samhandling både ute i tjenestene og at oppdrag og områder skal sees i sammenheng i sentral helseforvaltning. Dette krever at det er gode kommunikasjonskanaler og samarbeidsplattformer. Helsefellesskapene kan ha ulik organisering rundt i landet. Ulik organisering kan gjøre det vanskeligere å tilrettelegge for og støtte helsefellesskapene fra sentralt hold.

Videre fremgang og anbefalinger: Flere av oppdragene Helsedirektoratet har fått under NHSP vil ha leveranser som er til støtte for helsefellesskapene. Det pågår arbeid for å utvikle styringsinformasjon for helsefellesskapene og det er planlagt et dashboard tilgjengelig for helsefellesskapene. Veileder for samarbeidsavtalene vil bli revidert og denne vil også inneholde et kapittel om tjenestemodeller på tvers av nivåer. Her vil det presenteres konkrete eksempler på aktuelle avtaler for tjenestemodeller. Dette vil også



publiseres på temasiden for helsefellesskap. Flere helsefellesskap har ønsket at Helsedirektoratet skal bidra til å opprette et nettverk hvor helsefellesskapene kan møtes for erfaringsutveksling og samarbeid. Dette vil det jobbes med i 2021.

Prioriterte pasientgrupper



Skrøplige eldre

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



Psykisk helse

- Kortere ventetid (under 40 dager voksne og 35 dager barn innen 2021)
- At den relative veksten innen PH og TSB er høyere enn i somatikken – PH og TSB skal prioriteres i spesialisthelsetjenesten
- Klar ansvars- og oppgavefordeling mellom aktører internt i kommunen og i spesialisthelsetjenesten
- ACT/FACT er integrert del både hos spesialisthelsetjenesten og kommuner
- Tverrfaglige ambulante team implementeres der det er befolkningsmessig grunnlag (helseforetak og kommuner har det med i planlegging og utvikling)
- Videreutvikle og bedre pakkeforløp (bl.a. inkludere avtalespesialistene)
- Ta i bruk og videreutvikle eksisterende tjenester som brukerstyrte senger og akutteam til brukere med alvorlige og langvarige lidelser
- Et helhetlig tilbud som dekker pasientens behov
- Legge til rette for utvikling av digital oppfølging og behandling
- Pasienterfaringer fanges opp systematisk og brukes aktivt i forbedringsarbeid
- Særlig oppmerksomhet til barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov
- Gjennomføre tiltak som styrker brukermedvirkning og øker kunnskapen om brukerens opplevelser
- Raskere innføring av nye arbeidsformer og metoder
- Redusert bruk av tvang og tvangsinnleggelser



Pasienter med flere kroniske lidelser

- Ta i bruk og videreutvikle eksisterende tjenester som brukerstyrte senger og akutteam til brukere med alvorlige og langvarige lidelser
- Tilgang til tilpassede tjenester av god kvalitet
- Individuelt tilpasset opplegg for de som har behov for det
- Helsefelleskapene jobber systematisk med utarbeiding av gode forløp = pasient opplever helhetlig og sammenhengende tjeneste



Barn og unge

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

Helsefelleskapene skal prioritere fire pasientgrupper: Pasienter med psykiske lidelser, pasienter med flere kroniske sykdommer, barn og unge samt skrøplige eldre. Planen setter opp mange mål for de fire gruppene og disse er forsøkt sammenfattet i figuren over.

Det er også flere andre store og viktige løp som har en del av de samme målgruppene. Noen eksempler er:

Reformen Leve hele livet

Leve hele livet er regjeringens kvalitetsreform for eldre. Det overordnede målet med reformen er at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg, aktiv og verdig alderdom.

Reformperioden startet 1. januar 2019 og varer ut 2023, i stor grad overlappende periode som Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Målgruppen i reformen er innbyggere over 65 år, både de som bor hjemme og de som bor på institusjon. Reformen er særlig rettet mot helse- og omsorgssektoren, men alle sektorer må bidra for å skape et mer aldersvennlig samfunn hvor eldre kan være aktive og selvstendige.

Reformen skal bidra til

- flere gode leveår der eldre beholder god helse og livskvalitet, mestrer eget liv og får helsehjelpen de trenger når de har behov for den
- at pårørende ikke blir utslitt
- at ansatte opplever å ha et godt arbeidsmiljø der de får brukt egen kompetanse og gjort en faglig god jobb

Helhet og sammenheng i tjenester er ett av reformens innsatsområder. Målet er å gi eldre økt trygghet og forutsigbarhet i pasientforløp og overganger, få færre hjelpere å forholde seg til og oppleve større grad av kontinuitet i tilbudet. Målet er også å ta vare på de som tar vare på sine nærmeste, og gi støtte og avlastning, slik at de ikke sliter seg ut. Mange eldre og pårørende opplever at helse- og omsorgstjenestene ikke henger godt nok sammen. Når eldre trenger flere helse- og omsorgstjenester på grunn av helse- og funksjonssvikt kreves god og sømløs samhandling mellom fastlege, legevakt, sykehus, hjemmetjeneste, sykehjem og kommunale akutte døgnenheter. Samhandling for gode overganger mellom disse tjenestene krever organisering og koordinering i et komplekst system. En personsentrert tilnærming, god støtte og avlastning til pårørende og god kontinuitet i oppfølgingen har god effekt for både pasient, pårørende og ansatte.

Fylkesmennene og den regionale strukturen skal ha gitt tilbud om og gjennomført møter

med alle kommunene i løpet av 2020 der analyse og planlegging har stått på dagsorden.

Primærhelseteam

Pilotprosjektet med primærhelseteam har mange av de samme prioriterte gruppene som er angitt for helsefelleskapene. Brukere med store og sammensatte behov skal sikres bedre tjenester gjennom primærhelseteam. Disse brukerne er beskrevet i fire hovedkategorier ². Felles for disse brukerne er at de bor hjemme og har behov for gode allmennmedisinske tjenester som en viktig del av sitt samlede behov. Behovet for forsterket helsehjelp skal ikke knyttes opp til spesifikke diagnoser. Det er den enkeltes funksjonsnivå og behov som skal være utgangspunkt for den helsehjelpen som tilbys.

Brukere med kroniske sykdom:

Primærhelseteamet skal gjennom å ha oversikt over listepopulasjonen, kunne avdekke risiko eller etablert kronisk sykdom, og tilby tettere og mer systematisk oppfølging for de som har behov for det.

Brukere med psykisk helseutfordringer og rusmiddelmisbruk: Dette gjelder innbyggere i alle aldre. Tilbudet må være proaktivt og oppsøkende. Blant disse er det flere som i for liten grad etterspør legetjenester. Det er viktig å ikke overse behov knyttet til disse pasientenes somatiske helse.

Brukere som omfattes av definisjonen skrøpelige eldre: Dette er personer med samtidighet av ulike aldersforandringer, flere sykdommer og fysiske og/eller mental funksjonssvikt. Utviklingen kommer gradvis med svekket egenomsorg, økt falltendens og svekket kognitiv funksjon. Ofte er utviklingen langsam og hjelpebehovet avdekkes for sent til å snu eller begrense utviklingen.

Brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelser: Dette er brukere som er særlig sårbare ved svikt i oppfølging og

² Primærhelseteam – Kvalitet, Ledelse og Finansiering, IS-2656

koordinering, og som i stor grad er avhengig av bistand fra andre personer for å få gode og sikre tjenester. Dette er brukere der overganger i livet medfører utfordringer også knyttet til helsetjenester. Overganger fra barn til voksen representerer ofte et brudd i etablert kontakt i spesialisthelsetjenesten. Primærhelseteam kan for disse være en viktig trygghetsfaktor når andre forhold skifter. Barn med alvorlige funksjonsnedsettelse medfører betydelig økte omsorgs- og arbeidsoppgaver for familien eller andre omsorgspersoner. Gruppen har ofte behov for regelmessig oppfølging fra både primær- og spesialisthelsetjenesten og NAV. Primærhelseteamet skal bl.a. bidra til bedre koordinering og støtte til barna og deres familie.

Handlingsplan for forebygging av selvmord

Ny handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 ble lansert 10. september 2020. Regjeringen innfører med denne handlingsplanen en nullvisjon for selvmord. Mye av det forebyggende arbeidet skjer utenfor helsesektoren og derfor er det åtte departementer som står sammen om planen. Tiltakene skal være mest mulig kunnskapsbaserte. FHI har levert en systematisk gjennomgang av internasjonale oversiktsartikler fra perioden 2015–2018 og Helsedirektoratet har levert en oversikt over verktøy på det selvmordsforebyggende området. Det har også kommet innspill til handlingsplanen fra mange fagmiljøer og bruker-, pårørende- og etterlatte-organisasjoner. Det er satt i gang kampanjer fra Helse Vest og pilot på en kampanje i tidligere Østfold fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning.

Mestre hele livet

Mestre hele livet er Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). Dette er den første strategien som spenner over hele det psykiske helsefeltet; fra folkehelse til behandling og rehabilitering. Strategien har særlig vekt på barn og unge og dannet

grunnlaget for Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse (2019). Alle sektorer har ansvar for innbyggernes psykiske helse, ikke bare helsesektoren. Sju departementer står derfor bak strategien.

Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse

Målet i Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse for perioden 2019–2024 er at flere skal oppleve god psykisk helse og god livskvalitet, og at de som trenger det skal få et godt behandlingstilbud. Opptrappingsplanen inneholder både helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede tiltak, og omfatter barn og unge mellom 0–25 år. Dette er et tverrdepartementalt arbeid. Planen har totalt 70 tiltak på fire hovedområder: Fremme barn og unges psykiske helse, livskvalitet og opplevelse av mestring (35 tiltak), tidlig innsats (9 tiltak), barn og unges behov for støtte og behandling (24 tiltak) og forskning, kunnskap og kompetanse (2 tiltak). Tiltakene er ikke tidsavgrenset til ulike deler av perioden, men enkelte oppdrag er prioritert for rask oppstart. Blant annet gjelder dette veileder for barn og unges psykisk helse (se s. 32).

0–24 samarbeidet

0–24 samarbeidet bidrar til at alle barn og unge får den støtten og hjelpen de behøver for å mestre eget liv. I 0–24 samarbeider Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Integrerings- og mangfoldsdirektoratet og Utdanningsdirektoratet.

Samhandling

En sammenhengende helse- og omsorgstjeneste: Hvor vil vi?

Pasienter og pårørende opplever en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste der pasienten kan være en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Det er etablert god samhandlingskultur, felles forståelse av hva helseforetak og kommuner skal samhandle om og hvordan de skal gjøre det. Helseforetak og samarbeidende kommuner møtes som likeverdige partnere i helsefellesskap. Sammen med brukere og fastleger utvikler og planlegger de tjenester til sårbare pasientgrupper med behov for tjenester fra begge nivå. Tilrettelagt styringsinformasjon og felles fremskrivingsverktøy bidrar til felles virkelighetsforståelse og understøtter felles planlegging. Helseforetak og kommuner inngår avtaler om lokalt tilpassede måter å løse oppgavene på til det beste for pasientene. Helsedirektoratet gir god veiledning om det lokale handlingsrommet og innretningen av samhandlingen. Stortinget behandler Nasjonal helse- og

sykehusplan hvert fjerde år der det formidles forventninger til helsefellesskapene om utvikling av helse- og omsorgstjenesten.

Pasientforløp på tvers av og innad i kommuner og sykehus kjennetegnes ved gode rutiner i overgangene som gir pasienter og pårørende forutsigbarhet og trygghet, mulighet for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell og IKT-systemer som understøtter samhandlingen. Pasientforløp utvikles basert på kunnskap og erfaring. Tverrfaglige team på tvers av nivåer ivaretar behovene til pasienter med store og sammensatte behov. Spesialisthelsetjenesten møter pasientene i større grad i hjemmet og i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og deler sin kompetanse – både fysisk og virtuelt. Lovverk for informasjonsdeling, finansieringsløsninger og styringsdata er tilpasset disse arbeidsformene.

Regjeringen vil

Etablere helsefellesskap mellom kommuner og helseforetak
Helsefellesskapene prioriterer utviklingen av helhetlige, koordinerte tjenester til de fire prioriterte pasientgruppene
Helsefellesskapene skal avtale hvordan de skal drive felles planlegging og utvikling
Understøtte helsefellesskapene gjennom utvikling av bedre styringsinformasjon, fremskrivingsverktøy og predikasjonsverktøy
Be helsefellesskapene om innspill til neste Nasjonal helse- og sykehusplan
Skape det utadvendte sykehus
Gi rom for lokale løsninger i oppgavedelingen mellom kommuner og helseforetak
Oppfordre helsefellesskapene om å drøfte hva som kjennetegner en vellykket kultur for samarbeid
Gjennomføre tiltak som vil bidra til bedre forløp for alle pasienter
Tilpasse finansieringsordninger, regelverk, veiledning og styring for å understøtte ønsket målbilde for pasientbehandling og samhandling

Oppdrag under Samhandling



Oppdragene under samhandling i Nasjonal helse- og sykehusplan skal bidra til at pasienter og pårørende opplever en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste der pasienten er aktiv deltaker i egen helse og behandling. Helseforetak og kommuner skal etablere god samhandlingskultur og møtes som likeverdige partnere i helsefellesskap. For at dette skal bli en realitet skal det inngås avtaler mellom kommuner og helseforetak om lokalt tilpassede måter å løse oppgaver på til det beste for pasienten. Det skal være gode rutiner og overganger som gir pasienter og pårørende forutsigbarhet og trygghet. Videre skal det etableres tverrfaglige team på tvers av nivåer som ivaretar pasientens behov, og pasienten møtes i større grad i hjemmet.

For å kunne oppnå disse målene er det gitt til Helsedirektoratet seks oppdrag som har som mål å understøtte, veilede og løse helsefellesskapene i ønsket retning ved blant annet å revidere samarbeidsavtalene, utarbeide en praktisk veileder som gir forslag på eksempler til hvordan samarbeidsavtalene kan tilpasses lokalt, utarbeide og forbedre kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon for helsefellesskapene, vurdere hvordan et felles fremskrivningsverktøy for helseforetak og kommuner kan etableres for å kunne være forberedt på hva fremtiden kan bringe, og å utarbeide en felles utskrivningsprosess for helhetlig behandling og oppfølging hvor informasjon følger pasienten fra innleggelse til eventuelt videre behandling og oppfølging ute i kommunene. I tillegg arbeides det med et

forprosjekt hvor læring- og mestringssentrene blir gjennomgått for å finne forbedringspunkter (se kap. om Pasienten som aktiv deltaker s. 27).

Aktiviteter i 2020:

Veileder for samarbeidsavtalene skal revideres. Dette arbeidet er så vidt igangsatt i Helsedirektoratet. Samarbeidsavtalene skal revideres av partene årlig. Endringer av helse- og omsorgstjenesteloven med tillegg om at kommuner og helseforetak skal planlegge sammen, er på høring høsten 2020 og er planlagt vedtatt i vårsesjonen. Dette er av betydning for revisjon av veilederen for samarbeidsavtalene.

Avtalene om helsefellesskap som er inngått mellom KS og regjeringen har satt opp effektmål som også kan være gode sett opp mot samarbeidsavtalene. Det vil legges vekt på målene i det videre revideringsarbeidet.

Helsedirektoratet jobber også med en praktisk veileder for tjenestemodeller på tvers av nivå. Her vil det vises eksempler samt lages sjekklister etc. Det er også et mål å legge ut maler for avtaler som kan brukes. Dette arbeidet henger nøye sammen med revisjon av veileder for samarbeidsavtaler og det er planlagt at arbeidet vil inngå i denne veilederen, men at eksempler og sjekklister etc. først vil publiseres digitalt på temasiden for helsefellesskap på helsedirektoratet.no

Arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon for helsefellesskapene er i gang. Det jobbes med en analyserapport om omfang og tjenestebruk for de fire pasientgruppene. Det planlegges å lansere en webside i starten av 2021 med nyttig og relevant informasjon for helsefellesskapene. Her vil det samles lenker til ulik informasjon fra mange kilder blant annet Samdata, FHI, ulike registre etc. Dette vil gjøre det enklere for helsefellesskapene å finne informasjonen. Aktuelle lenker vil blant annet være til FHIs kontinuerlige brukerundersøkelser innen psykisk helsevern og TSB som kommer hver måned, samt kvartalsvis informasjon om

hvordan tjenester har samarbeidet. Her finnes også data fra pasienter som angir grad av tilfredshet med behandling på begge nivåer. Andre aktuelle datakilder er pasient-opplevelser i pakkeforløpene og epikrisetid i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Det jobbes også med å etablere et dashboard som vil koble data fra kommunehelsetjeneste og fastleger og spesialisthelsetjeneste. Dette er en mer komplisert prosess og det legges opp til en første versjon i 2021 og et mål om å utvikle dette til en ny versjon i 2022.

Det er igangsatt arbeid med å vurdere hvordan felles framskrivningsverktøy kan etableres ved hjelp av data fra begge tjenestenivåene. I dette arbeidet er det behov for god dialog med de som sitter og bruker verktøyene. I første omgang skal det leveres et notat med kartlegging og behovsanalyse til Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2021. Det er nødvendig å få tak i behovet for ulike parter fra begge nivåer. Målet er å få bedre beslutningsgrunnlag for å lage et nytt verktøy. Dette arbeidet henger sammen med utviklingsarbeidet som gjøres med styringsinformasjon for helsefellesskapene, fordi det er nødvendig å si noe om dagens tilstand før man kan si noe om fremtiden.

Arbeidet med framskrivningsverktøy henger også sammen med oppdrag om framskrivning og monitorering av tilgang på og behov for sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten (Se kap. om kompetanse s. 56)

Helsedirektoratet har startet opp arbeidet med å utrede hva som er ønsket innretning av utskrivningsprosessen og vil, basert på dette, foreslå eventuelle endringer i nasjonale rammevilkår, herunder forskrift om utskrivningsklare pasienter, relevant veileder, styringsinformasjon, finansieringsordninger og digitale forutsetninger. I 2020 jobbes det med hvor vi vil og i 2021 vil arbeidet gå gjennom metoder for hvordan få dette til. Utredningen skal gjøres i samråd med KS og Oslo kommune, RHF og Direktoratet for e-helse, og trekke veksler på erfaring fra sykehus og

kommuner som har etablert gode utskrivningsprosesser og pasientforløp. Det er opprettet en tverrfaglig og bredt sammensatt arbeidsgruppe. Utredning forventes ferdigstilt i mars 2021.

Arbeid med pasientforløp er viktig for å oppnå bedre tjenester for pasientene og kan bare gjennomføres ved samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Mer standardiserte pasientforløp kan også være med på å redusere utilsiktede forskjeller. Pakkeforløpene er et slikt stort arbeid. Gjennom arbeid med pasientforløp og pakkeforløp er målet i tillegg å sikre gode overganger slik at det gir trygghet og forutsigbarhet for pasienter og brukere.

Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp videreføres i perioden 2020-2022, slik at alle landets kommuner skal få tilbud om å delta. KS er definert som eier av satsingen og gjennomfører i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Målet er å sikre brukernes behov for å møte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester. I læringsnettverkene jobbes det med komplekse forløp i og mellom sykehus og kommuner.

Det var to læringsnettverk i piloten som startet i 2014-2015, men dette har økt med åtte nye nettverk frem til 2020. I 2020 er det startet opp læringsnettverk i tidligere Vestfold samtidig som det ble avsluttet i tidligere Østfold. Det er planlagt oppstart av nettverk i de regionene som tidligere var fylkene Sogn og Fjordane, Akershus og Telemark for våren 2021. I tillegg planlegges et læringsnettverk på Helgeland. Dette har blitt utsatt fordi restriksjoner i forbindelse med pandemien har gjort det vanskelig å arrangere fysiske samlinger. Det jobbes med nettbaserte løsninger for samlinger.

Arbeidet i læringsnettverkene fungerer ved at hver kommune og sykehus setter sammen tverrfaglige forbedringsteam. I planleggingsfasen er det møter med alle

kommunalsjefene i regionen og sykehusledelsen. Regionale læringsnettverk og forbedringsteamene møtes deretter i fire samlinger i en 18 måneders periode. Det tilrettelegges for faglig fordypning og jobbing i forbedringsteamene som ser på hvordan kommuner og sykehus kan forbedre det gode pasientforløpet. Det jobbes med to hovedintervensjoner: systematisering av pasientforløp og "hva er viktig for deg"-forskningsbaserte verktøy som forbedringsteamene skal tilpasse til sitt arbeid lokalt. Nettverkene bruker kvalitetsforbedringsmetoder og kvalitetsmodellen fra forskriften for kvalitet og ledelse.

Helsedirektoratet har tilrettelagt data for å kunne analysere forløpene for ulike pasientgrupper mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale helse- og omsorgstjenester. Det skal benyttes data fra Nasjonalt pasientregister (NPR) og Kommunalt pasientregister (KPR). Analysene vil begrenses av hvilke tjenester som disse registrene dekker. En analyse vil rette seg mot pasienter som er meldt utskrivningsklare og undersøke hvilke tjenester de mottar i etterkant av utskrivning fra sykehus. Dette vil i stor grad omfatte eldre somatiske pasienter. Det skal også gjøres en analyse rettet mot pasienter som har mottatt rehabiliterings-tjenester for å se hvilket tilbud de mottar etter utskrivning. Ytterligere en analyse vil se på forløpene for pasienter med psykiske lidelser eller rusproblematikk. Analysene er planlagt gjennomført i løpet av vinteren 2020-2021.

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter:

Pakkeforløp hjem er et planlagt pakkeforløp på tvers av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Pakkeforløp hjem for kreftpasienter ble satt på vent i mars 2020 på grunn av situasjonen med covid-19-pandemien. Helsedirektoratet gjenopptok arbeidet i september 2020. En intern prosjektgruppe har laget en plan for høsten 2020 som blant annet innebærer å få på plass et utkast til pakkeforløp før utgangen av 2020. Foreløpig plan for 2021 er å teste

pakkeforløpet i noen utvalgte kommuner og sykehus for å skaffe erfaringer før pakkeforløpet vurderes innført over hele landet. Det er forelått 5 millioner i statsbudsjettet for 2021.

Pakkeforløp for kreft:

I 2015 ble 28 pakkeforløp for kreft implementert i helsetjenesten, 26 sykdomsspesifikke pakkeforløp, samt et pakkeforløp for metastaser (spredning) med ukjent utgangspunkt og diagnostisk pakkeforløp for pasienter med uspesifikke symptomer på alvorlig sykdom som kan være kreft. Helsedirektoratet følger med på pakkeforløp for kreft i helsetjenesten gjennom rapporteringer til nasjonalt pasientregister (NPR) og med kvalitetsindikatorer. Nasjonal målsetning er at 70 prosent av kreftpasienter skal inn i pakkeforløp og 70 prosent av alle pasienter skal starte behandling innen normert forløpstid.

Helsedirektoratet oppdaterer pakkeforløpene jevnlig. Innspill til endringer diskuteres i en implementeringsgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet. Pakkeforløpene ble sist oppdatert i 2019. Det har også kommet innspill til endringer i 2020, disse diskuteres og forankres i fagmiljøet og i implementeringsgruppen før eventuelle endringer legges inn i pakkeforløpene. Disse endringene vil tre i kraft fra 1.1.2021.

Pakkeforløp hjerneslag:

Det første pakkeforløpet som beskriver definerte målepunkt både i spesialist- og primærhelsetjenesten med de viktigste tiltak for oppfølging i den kommunale helse og omsorgstjenesten, og den første pakken som retter fokus på rehabilitering spesielt. Det akutte forløpet (fase 1) ble publisert sammen med nasjonal faglig retningslinje i desember 2017. Norsk hjerneslagregister har påtatt seg arbeidet med å monitorere og følge opp målepunktene i fase 1 av pakkeforløpet. Resultatene oppdateres ukentlig på deres

nettside. Tjenesten kan bruke dette i sitt arbeid og med sin kvalitetsforbedring.

Pakkeforløp hjerneslag ble komplett med fase 2 - oppfølging og rehabilitering som ble publisert november 2019. Dette pakkeforløpet beskriver og definerer anbefalte målepunkter med logistikk og tidsfrister, samt krav til kvalitet og samarbeid i hele behandlingsforløpet fra den akuttmedisinske tjeneste, via de ulike nivåene i spesialisthelsetjenesten, til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er kommet innspill fra tjenesten om behov for implementering av dette pakkeforløpet. Dette arbeidet har vært noe forsinket på grunn av covid-19-pandemien, men Helsedirektoratet har nå startet et arbeid på dette.

I Pakkeforløp hjerneslag – oppfølging og rehabilitering er det ikke innført noen nye målepunkt, men tjenesten skal registrere aktiviteter inn i allerede eksisterende kodeverk. Foreløpig vil resultat i pakkeforløp hjerneslag vises på to ulike måter:

Akutt forløp (fra symptomdebut til innleggelse og behandling i slagenhet): Resultater vises på [Norsk hjerneslagregister](#)³ sine [interaktive nettsider](#) og koding/registrering av data skjer i henhold til veiledning fra Norsk hjerneslagregister og innlogging på deres nettsider.

Oppfølging og rehabilitering (fra utskrivning fra slagenhet og videre oppfølging og rehabilitering fram til tre måneder): Resultater vil i 2020 foreløpig vises i en rapport fra Norsk pasientregister (NPR) som vil gjøre en sammenstilling av de ulike data som tjenesten registrerer inn i NPR, KPR og Norsk hjerneslagregister.

³ <https://stolav.no/fag-og-forskning/medisinske-kvalitetsregistre/norsk-hjerneslagregister>

Vurdering:



Måloppnåelse 2020 per oktober:

Etablering av helsefellesskap er i gang i alle helseregioner. Arbeidet er forsinket, men samarbeidet både lokalt og sentralt er betydelig utviklet gjennom året etter covid-19-pandemien traff med fullt monn fra mars 2020.

Tilskuddsordning for felles sekretariatsfunksjon for helsefellesskapene gir økonomisk tilskudd til en stilling som kan samordne kommunene. Ti av 19 helsefellesskap har så langt søkt på tilskuddet.

Risiko:

Stort press på tjenestene i forbindelse med pandemien gjør at en del utviklingsoppgaver blir satt på vent.

Arbeidet med å utvikle styringsinformasjon er krevende. Målgruppene angitt for arbeid i helsefellesskapene er ikke preget av enkeltdiagnoser, og diagnosedata kan være lite egnet til å måle behovet for tjenester. Det vil være behov for å se på funksjonsnivå. Å måle multimorbiditet og skrøpeligheit er komplekst og det er derfor risiko knyttet til dette arbeidet. Å utvikle et dashboard og nye tekniske løsninger krever også ressurser, noe som er en ytterligere risiko i dette arbeidet.

Arbeidet med å vurdere felles framskrivningsverktøy for sykehus og kommuner krever involvering og samarbeid med ulike parter på ulike nivåer. Det er noen spenninger i dette og ulike formeninger hos dem som utvikler modellene og de som skal benytte dem.

Videre framgang og anbefaling:

I 2021 blir det viktig å få på plass en plattform for kontakt og samarbeid mellom

helsefellesskapene i form av nettverk og at helsefellesskapene kan dele erfaringer og arbeid de gjør blant annet på pasientforløp og planlegging av tjenester for de fire prioriterte pasientgruppene. Helsedirektoratet vil prioritere oppdragene som understøtter helsefellesskapenes arbeid som utvikling av styringsinformasjon, praktisk veileder for tjenestemodeller på tvers av forvaltningsnivåer og revidering av veileder for samarbeidsavtalene.

Forprosjektet på læring og mestring (se s. 28) har vist at prosessen frem til samarbeidsavtalen er avgjørende for innholdet. Forarbeidet har funnet at avtalene ikke er godt nok forankret, forpliktet, vedlikeholdt, tilgjengelig, konkrete og implementert, og at noe av grunne til dette er at prosessen ikke har ivaretatt likeverdet mellom partene godt nok. Her må det være likeverdighet i representasjon, inkludere systematisk brukermedvirkning og benytte metodikk som sikrer at likeverd mellom partene blir ivaretatt hele veien.

Samhandling



Revidere veileder for samarbeidsavtaler

+



Utarbeide praktisk veileder for tjenestemodeller på tvers av forvaltningsnivå

+

Oppdrag



Utvikle styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer for å understøtte helsefellesskap

+



Vurdere etablering av et felles framskrivingsverktøy

+



Utrede ønsket innretning av utskrivningsprosessen



Mål
Pasienter og pårørende opplever en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste der pasienten er aktiv deltager i egen helse og behandling. Helseforetak og kommuner har etablert god samhandlingskultur og møtes som likeverdige partnere i helsefellesskap. Det inngås avtaler mellom kommuner og helseforetak om lokalt tilpassede måter å løse oppgaver på til det beste for pasienten. Det skal være gode rutiner og overganger som gir pasienter og pårørende forutsigbarhet og trygghet. Det er etablert tverrfaglige team på tvers av nivåer som ivaretar pasientens behov, og pasienten møtes i større grad i hjemmet.

2020

Tiltak

- Etablering av helsefellesskap
- Tilskuddsordning for felles sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefellesskap opprettet
- Temaside for helsefellesskap opprettet på Helsedirektoratets nettsider
- Endring av Helse- og omsorgstjenesteloven med ny bestemmelse om pålagt felles planlegging i helsefellesskapene på høring fra HOD 25.08.20.

2021

- Praktisk veileder for tjenestemodeller på tvers med eksempler publiseres digitalt
- Veileder for samarbeidsavtalene ferdig til sommeren
- Behandling av ny bestemmelse om felles planlegging i helsefellesskapene i Helse- og omsorgstjenesteloven
- Styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer: Publisere analyserapport som beskriver omfanget av de fire pasientgruppene i helsefellesskap og kommuner og graden av overlapp, samt etablere webside og publisere dashboard v 1.0 i Power BI. Sendt ut spørreundersøkelse til helsefellesskap om behov rundt styringsinformasjon
- Rapport om innretning av utskrivningsprosessen

2022

- Videre arbeid i utvikling av framskrivingsverktøy
- Kvalitetsindikatorer og styringsinformasjon:
 - Videreutvikle og oppdaterer webside og dashboard v 2.0
 - Starte dialog rundt hva som gir gode pasientforløp for de fire prioriterte pasientgruppene for utarbeiding av forløpsindikatorer
- Utskrivningsprosessen – implementering på bakgrunn av rapporten som er levert

- Tilbakemeldinger og innspill fra helsefellesskapene samles inn og tas med til neste Nasjonal helse- og sykehusplan

Tiltak tilgrensende oppdrag

- Forsøk med primærhelseteam (PHT): 4 nye team inkluderes, 17 legekantor totalt i ni kommuner. I PHT benyttes tverrfaglige team i legekantor:
 - Det utvikles takster for å håndtere samhandling.
 - Et av målene er at pasienter er i kontakt med PHT innen 3 døgn ved utskrivelse fra sykehus.
- Kvalitetsbasert finansiering (KBF) har skissert ny finansieringsmodell og arbeider med nye indikatorer som kan fremme og bedre samhandling
- Utvikling av innsatsstyrt finansiering

- Etablere nettverk for helsefellesskapene
- Kvalitetsbasert finansiering (KBF): indikatorer for å fremme og bedre samhandling
- Gjennomgang av kompetansetjenestene i akuttmedisinske tjenester: Konseptutredning med forslag til forbedringer
- ISF videreutvikles med tanke på samhandling
- Pakkeforløp evalueres, testes og videreutvikles for bedre samhandling. Pakkeforløp hjem utprøves.
- Tiltak under Opptrappingsplan barn og unge
- Evaluering av primærhelseteam -ev utvidelse av prosjektet

- Mulige indikatorer for digital hjemmeoppfølging utvikles
- Utvikling og arbeid med Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling
- Primærhelseteam (PHT): Eventuell videreutvikling og videre arbeid på grunnlag av evaluering fra 2021
- Kvalitetsbasert finansiering videreutvikler og vurderer nye indikatorer til finansieringsordningen

- Primærhelseteam (PHT) - prosjektet avsluttes
- Kvalitetsbasert finansiering videreutvikler og vurderer nye indikatorer til finansieringsordningen

Resultat

- Etablert helsefellesskap i flere regioner.
- Primærhelseteam tar aktivt kontakt med pasienten. De skal prioritere samme pasientgrupper som helsefellesskapene.
- ISF-takster bla for strukturert oppfølging fra tverrfaglige integrerte team og til utskrivningsteam etter langvarige behandlingsløp og finansiering av samarbeidsmøter og oppfølgingssamtaler på tvers av forvaltningsnivåene.

Ønsket resultat

- Helsefellesskapene har kontakt og deler erfaringer og resultater med hverandre
- Det er igangsatt felles planlegging og utvikling av tjenester til de fire pasientgruppene
- Bedre samordning og beslutningsprosesser mellom kommunene og med HF
- Tydeligere prioriteringer og felles virkelighetsforståelse
- Primærhelseteam: pasienter mottar tverrfaglig hjelp etter deres behov, mer teambasert arbeid
- God og likeverdig dialog i helsefellesskapene

Ønsket resultat

- Flere sårbare pasienter møtes med tverrfaglige team
- Pasientene opplever mer sammenhengende tjenester
- Kommunal helse- og omsorgstjeneste får nødvendig informasjon i tide
- Økt bruk av digital hjemmeoppfølging- og behandling
- God pasientflyt mellom tjenester og forvaltningsnivåer
- Pasienter og pårørende opplever trygg utskrivning hvor de vet hvilket tilbud som venter i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og de har hatt mulighet til å medvirke

Ønsket resultat

- Pasientene opplever trygghet, forutsigbarhet på tvers og trygge overganger
- Færre akuttinnleggelser, færre reinnleggelser
- Bedre ressursbruk
- Primærhelseteam styrker pasienttilfredshet, friskere pasienter – at det er redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester. Pasienter og brukere opplever mer helhet og sammenheng i tjenestene de mottar. For tjenestene er det en bedre samhandling og sammenheng. Redusert behov for omfattende helsehjelp. Og det er samfunnsøkonomisk bærekraftig.

Pasienten som aktiv deltaker

Pasient som aktiv deltager: Hvor vil vi?

Pasientens behov er førende for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Det er en selvfølge å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?» når beslutninger skal tas. Pasienten er en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Det er utviklet gode samvalgsverktøy for flere tilstander. Helsepersonell tar hensyn til pasientens helsekompetanse og tilpasser kommunikasjonen deretter. Pasienter med langvarige helseutfordringer og behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten, får bedre og mer tilrettelagt opplæring til å mestre egen helse. Digitale løsninger er integrert

som en del av opplæringen og kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten. Kommunikasjonen mellom pasienten og spesialisthelsetjenesten er forståelig – det er tydelig hvem man skal møte og når, hva som kreves av forberedelser og hva man kan vente seg på sykehuset. De som har behov for tolk, får disse tjenestene med høyere kvalitet og i større grad via skjerm. Digitale innbyggertjenester gjør det lettere for innbyggerne å følge opp egen helse og tilpasse kontakten med helsetjenesten til egen hverdag.

Regjeringen vil

Legge til rette for at pasienten kan være en aktiv deltaker i beslutninger om egen helse og i utviklingen av helsetjenestene
Øke bruken av skjermtolking i spesialisthelsetjenesten
Arbeide for å heve helsekompetansen i befolkningen
At tjenesten skal bruke klart språk i kommunikasjon med pasientene
Bidra til bedre pasient- og pårørendeopplæring gjennom revidering av lærings- og mestringstjenestene
At innbyggerne skal få tilgang til flere digitale innbyggertjenester

Oppdrag under Pasient som aktiv deltager



+



Gjøre innkallinger til time og brev om rett til helsehjelp lettere å forstå for pasienten - Klart språk

Gjennomgang av lærings- og mestringstjenestene



Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (NHSP) beskriver at befolkningens helsekompetanse er en del av forutsetningene for realisering av pasientens helsetjeneste, og at det er viktig å styrke pasientens mulighet til å være en aktiv deltaker i egen helse.

Digitale verktøy utenfor helsesystemet forandrer hvordan personer tar eierskap til egen helse. Pasienter supplerer informasjon de får fra helsepersonell med informasjon fra andre kilder, som internett eller apper for å følge med på egen helse. Bruk av forbrukerteknologi kan bidra til økt mestring og deltakelse i egen helse. Samtidig kan det gjøre innføringen av digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling enklere for pasienten ved at de bruker eget utstyr som de kjenner og det kan være kostnadseffektivt for tjenesten.

Ny strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023⁴ har mange felles mål med NHSP og tiltak som settes i gang under denne strategien blir viktige for måloppnåelsen også for NHSP. I 2020 gjennomføres en kartlegging av befolkningens helsekompetanse og det utarbeides en prosjektplan for operasjonalisering av strategien.

Aktiviteter i 2020:

Det er et mål at kommunikasjon mellom pasientene og spesialisthelsetjenesten skal være forståelig. Helsedirektoratet har bidratt inn i arbeidet Helse Sør-Øst leder for å gjøre innkallinger til time og brev om rett til helsehjelp lettere å forstå for pasienter. Nye maler er utarbeidet og implementering er i gang. I arbeidet har det deltatt kommunikasjonsmedarbeidere fra alle de regionale helseforetakene samt Helse-

direktoratet og Direktoratet for e- helse, Norsk helsenett (NHN), Helfo og Språkrådet og en pasientrepresentant. Arbeidet har pågått i halvannet år. Det er utarbeidet 28 hovedbrevmaler og i alt er det laget 55 maler. Disse er implementert i Oslo Universitetssykehus og delvis i Sørlandet sykehus. Malene er videre distribuert til Helse Midt og Helse Nord, men det er foreløpig ikke rapportert status for implementering. Helse Sør-Øst forbereder en sak om implementering for interregionalt fagdirektørmøte.

Det er et mål at pasienter får bedre og mer tilrettelagt opplæring til å mestre egen helse. De regionale helseforetakene fikk i revidert oppdragsdokument 2019 i oppdrag å gjennomføre et forprosjekt for gjennomgang og revisjon av lærings- og mestringstjenestene i spesialisthelsetjenesten. Det ble også angitt at samiske lærings- og mestringstjenester skal inngå i prosjektet og at brukerrepresentasjon skal ivaretas. Helsedirektoratet deltar i dette forprosjekt om læring- og mestringsvirksomhet der samhandling mellom helseforetak og kommuner og status for kommunale tilbud gjennomgås. I 2020 det gjort en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for samhandling mellom helseforetak og kommuner om lærings- og mestringsvirksomhet ⁵. Et hovedfunn er at det ikke finnes norsk forskning som eksplisitt omhandler organisering og oppgave- og ansvarsdeling mellom helseforetak og kommuner knyttet til lærings- og mestringsvirksomhet og det angis behov for å initiere forskningsprosjekter omkring tematikken. Rapporten viser at det finnes litteratur om samhandling generelt med overføringsverdi til lærings- og mestringsvirksomheten og avdekker viktige fasilitatorer og barrierer for samhandling. Det pekes blant annet på at gjensidighetskunnskap

og likeverdighet mellom partene i utarbeidelse og oppfølging av avtaler, er nødvendig for god samhandling. Det er også gjort en gjennomgang av samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner – delavtale 2, 5, 6 og 10 ⁶. Her er hovedfunn at hverken tilgjengelighet, vedlikehold, forpliktelse, brukermedvirkning eller konkretisering av innhold vedrørende samarbeid om ulike lærings- og mestringstilbud kan sies å være tilfredsstillende og i henhold til veileder for samarbeidsavtalene eller veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Flere helseforetak og kommuner har valgt å tydeliggjøre og samle det som handler om lærings- og mestringsvirksomhet på ett sted i avtaleverket. Det er stor variasjon i samhandlingen knyttet til det samlede lærings- og mestringstilbudet, og det er lite systematikk i oppgave- og ansvarsdeling mellom kommuner og helseforetak på dette området. Flere i den gjennomførte kartleggingen anga mangler i koordinering av hvilke tilbud som blir gitt i helseforetak og kommuner, og at de i enkelte tilfeller hadde tilbud til de samme målgruppene uten å vite om hverandre. Kartlegging av utfordringer og behov for tilrettelagt lærings- og mestringsvirksomhet til den samiske befolkningen, er under arbeid. Det samme gjelder rapport vedrørende status for kommunale lærings- og mestringstilbud. Oppdraget koordineres med Helse Sør-Øst som gjennomgår lærings- og mestringsvirksomheten i helseforetakene. En felles rapport leveres i desember 2020.

Annet arbeid: For å oppnå pasientens helsetjeneste er spørsmålet "hva er viktig for deg" sentralt. Pasienter har rett til å delta i valg rundt egen sykdom. Det er utviklet samvalgsverktøy for en rekke sykdommer (<https://www.helsenorge.no/samvalg>). Noen

⁵ (https://mestring.no/wp-content/uploads/2020/06/Rapport_Litteraturgjennomgang_NKLMH.pdf)

⁶ (https://mestring.no/wp-content/uploads/2020/06/110520_Rapport_Kartlegging_samarbeidsavtaler_NK-LMH.pdf)

av disse er oppdatert i 2020 og flere er planlagt oppdatert i 2021.

Digitale innbyggertjenester har fått et betydelig løft under covid-19-pandemien. Helsenorge.no er laget for å gi den enkelte pasient eller pårørende et bedre og enklere møte med helsetjenesten, og gi hjelp til økt mestring, styrke pasientrollen og få bedre helse. Helsenorge.no har informasjon om forebygging, symptomer, diagnostikk og behandling og en stadig flere selvbetjeningsløsninger. Plattformen skal gjøre det enklere å finne fram til og velge behandler, få tilgang til egne helseopplysninger, gi tilbud om selvbetjening og selvhjelp.

Pandemien akselererte bruken av Helsenorge.no og månedlige besøk steg fra snaut 4 millioner i februar til drøyt 10 millioner i mars. Bruken etter nedstengningen 13. mars 2020 var formidabel og holdt seg stabilt høyt fram mot sommeren. Helsenorge.no har vært en avgjørende kanal som har tatt unna et massivt informasjonsbehov gjennom hele pandemien. For å forenkle kompliserte anbefalinger og regler ble det raskt utviklet flere tjenester som ble publisert på helsenorge.no. En chatbot (praterobot), som svarer på koronarelaterte spørsmål, ble publisert tidlig i april, og har per 1.10 besvart 334 749 samtaler (snitt 1762/dag). 1. juli 2020 ble Koronasjekk lansert. Tjenesten benyttes av 6000- 8000 per dag. Koronasjekk er en algoritme som tar brukeren gjennom testkriterier og karantene-regler basert på brukerens spesifikke situasjon. I juni ble også tjenesten digitalt prøvesvar tilgjengelig og har per 1.oktober 2020 hatt 2,4 millioner innlogginger. Helsepersonell kan se covid-19 relaterte prøvesvar i kjernejournal så snart prøven er analysert. I en ny fane i kjernejournal finner helsepersonell alle covid-19-relaterte laboratorieprøvesvar, både direkte virus-påvisning og antistoffanalyser, etter 1.1.20.

Vurdering:



Måloppnåelse i 2020 per oktober:

I 2020 har det blitt arbeidet med mange ulike oppdrag som har betydning for målene i Nasjonal helse- og sykehusplan og digitale innbyggertjenester har sett betydelig økt bruk i sammenheng med pandemien. Helsenorge er en foretrukket plattform for informasjon for befolkningen. Det tilbys stadig nye selvbetjeningsløsninger. 55 nye pasientbrevmaler implementeres i spesialisthelsetjenesten.

Risiko:

Forprosjektet med gjennomgang av lærings- og mestringsvirksomheten peker på mange utfordringer. Det blir viktig å bruke denne kunnskapen videre for å sikre likeverdighet mellom partene i utarbeidelse og oppfølging av avtaler og for å sikre god samhandling.

I arbeidet med maler for enklere innkalling til time og behandling, er det risiko knyttet til implementering i de regionale helseforetakene. Malene har ikke status som nasjonale standarder. Det er opp til hver helseregion om og hvordan de vil bruke dem. Det vil være kontinuerlige behov for oppdateringer av malene, men etter prosjektet er ferdig, har ingen fått tildelt oppgaven med å vedlikeholde malene som varig felles standardtekster for alle RHFene.

Videre fremgang og anbefaling:

Helse Sør-Øst har satt i gang en undersøkelse for å etterspørre andre områder med behov for klarspråk. Å utarbeide en generell språkprofil for pasientkommunikasjon i spesialisthelsetjenesten kan være aktuelt, men dette er ikke eksplisitt i oppdragsbrevet. Et oppfølgingsprosjekt på lærings- og mestringsområdet må se på nye måter å jobbe på. Strategien for å øke helsekompetansen har mange tiltak, og noen har oppstart i 2021.



Tiltak

- Brevmaler med forenklet språk utvikles og implementeres
- Identifisering av andre områder med behov for klarere språk
- Rapport leveres og anbefalinger for videre arbeid med utvikling av lærings- og mestringstilbudene

- Spørreundersøkelse utsendt til helseforetak for identifisering av andre områder med behov for klartekst
- Mulig oppdrag basert på forprosjektet for læring- og mestringstjenestene

Tiltak tilgrensende oppdrag

- Tiltak under Digi-Hjem
- Tiltak under "Sammen redder vi liv"
- Helsekompetansestrategien: Kartlegging av befolkningens helsekompetanse, nasjonal rapport om befolkningens helsekompetanse og en prosjektplan for operasjonalisering av helsekompetansestrategien overleveres til HOD i 2020

- Tiltak under Digi-hjem og dets arbeid Helsekompetansestrategiens arbeid:
- Kartlegging av helsekompetansevennlige organisasjoner
- Påbegynt prosess for utvikling av norsktilpassede måleinstrumenter for langsiktig bruk; valideringsprosesser og vitenskapelig arbeid
- Bistå/bidra i prosessen og operasjonalisering av nye læringsutbytte i RETHOS
- Flere samvalgsverktøy planlagt oppdatert i 2021

- Helsekompetanse: Handlingsplan for bedre koordinert innsats på feltet inkludert arbeid med implementeringstiltak; distribusjon, kampanjearbeid, styringsmekanismer, dialog med kompetansemiljøene osv. -Nasjonal rapport om helsekompetansevennlige organisasjoner - muligens 2022
- Tiltak under oppdraget om å flytte tjenester hjem og Digi-hjem og dets arbeid med teknologi og digitalisering

- Helsekompetanse: Nasjonal veileder for utvikling og implementering av helsekompetansevennlige organisasjoner samt implementeringstiltak, plan for kontinuerlig forbedringsarbeid; måling, monitorering og evaluering.
- Tiltak under Digi-hjem og dets arbeid med teknologi og digitalisering

Resultat

- Det er utviklet i alt 55 nye brevmalere for å gjøre innkallinger til time og brev om rett til helsehjelp lettere å forstå for pasienter. Helgelandsykehuset HF tok i bruk nye pasientbrev i 2019 og Helse Sør-Øst benytter seg av de nye brevmalene, og de skal bli tilgjengelige for alle helseforetak
- Alle helseforetak i Helse Nord har innført samisk tolketjeneste (2019)

Ønsket resultat

- Enklere språk i brev og innkallinger skal bidra til at pasienter møter opp og møter riktig forberedt til avtaler og behandling i spesialisthelsetjenesten og det skal bli færre avbrutte behandlinger og avlyste avtaler
- Økt bruk av skjermtolk
- Økt bruk av digital og teknologisk behandling/oppfølging

Ønsket resultat

- Pasientene opplever å være informert og er en aktiv deltager i egen helse og behandling
- Integrert helsekompetanseaspekt i Digi-hjem, Digi-ung, informasjon til innvandrere, hjernehelsetjeneste, data og indikator for brevmalere, RETHOS/-læringsplaner, m.m.
- Mer kunnskapsbasert tilnærming innen digitalisering av helsetjenester, lærings- og mestringsevne, pasienten som aktiv deltaker osv.

Ønsket resultat

- Pasienter og pårørende opplever et helhetlig forløp med tydelig informasjon
- Mer kunnskapsbasert tilnærming innen digitalisering av helsetjenester, lærings- og mestringsevne, pasienten som aktiv deltaker osv.
- Redusert sosial ulikhet i helse og helsetjenester

Psykisk helse: Hvor vil vi?

Pasienten deltar i informerte valg om behandlingen basert på egne behov og ressurser. Pasienterfaringer fanges opp systematisk og brukes aktivt i forbedringsarbeid. Tjenestene tilbys nær der hvor pasienten bor. Spesialisthelsetjenesten tilbyr nettbaserte behandlingstilbud som er tilgjengelige i hele landet.

Tjenestene samarbeider om å gi gode psykiske helsetjenester uavhengig av nivå. Planlegging og utvikling av tjenestetilbudet skjer i helsefelleskapene. Gode felles planleggingsverktøy og styringsdata gjør det enklere å planlegge. Psykisk og somatisk helse og rusmiddelproblemer ses i sammenheng og behandlingsopplegg tar hensyn til betydningen av arbeid for helsen.

Spesialisthelsetjenesten innretter i større grad sitt tilbud mot de med mest omfattende hjelpebehov, og støtter og veileder fagfolk i kommunale tjenester. Kommunene gir tilbud til de med lettere og moderate psykiske helseutfordringer. Avtalespesialistene er godt integrert i det offentlige tjenestetilbudet.

Barn, unge og familier får lett tilgjengelig hjelp. På helsenorge.no er det god oversikt over et bredt utvalg av selvhjelpsløsninger og nettbasert behandling. Psykisk helse er integrert i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, barnevern, barnehage og skole. Spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester samarbeider godt om tidlig innsats til barn og unge, og alle får tilbud på riktig nivå.

Barn, unge og voksne med alvorlige psykiske lidelser mottar helhetlige tjenester fra relevante aktører, og uønsket variasjon i tilbudet er redusert. I samarbeid med kommunene bidrar spesialisthelsetjenesten til å forebygge kriser, akuttinnleggelser, selvmord og bruk av tvang. Ambulante tjenester og samarbeidsteam med kommunene er godt utbygd. Alle som har behov tilbys brukerstyrte plasser. Spesialisthelsetjenesten arbeider utadrettet og fleksibelt, slik at færre har behov for døgntilbud. Sykehusene gir døgntilbud til de som trenger det i gode, tilpassede bygg. Tvang er redusert til et minimum.

Når en person trenger hjelp, blir det raskt avklart hvem som gjør hva, og når. Pakkeforløpene for psykisk helse og rus er innført i alle helseregionene. Tjenesten er rask til å ta i bruk nye behandlingsformer. Kvalitetsregistre, kvalitetsindikatorer og helseatlas gir et godt kunnskapsgrunnlag om behandling og variasjon i tjenestetilbudet. Psykisk helsevern er preget av en kultur for læring på tvers. De ansatte spør rutinemessig: «Hva kan vi lære av andre?» og «Hvem kan vi dele denne kunnskapen med?»

Regjeringen vil

Etablere bedre kunnskap om befolkningens fremtidige behov for psykiske helsetjenester for å avklare kapasitetsbehov og organisering
At helsefelleskapene bør ha særlig fokus på å utvikle gode tjenester for barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
Gjennomføre tiltak for å styrke brukermedvirkning og øke kunnskapen om brukernes opplevelser
Legge mer vekt på kvalitet og innhold i tjenesten
At nye arbeidsformer og metoder skal innføres raskere
At ambulante tverrfaglige team på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste innføres der det er befolkningsmessig grunnlag for det
Videreutvikle samarbeidet om arbeid og helse
Utrede hvordan avtalespesialistene kan inkluderes i pakkeforløpene
Styrke tilbudet til barn og unge
Styrke tilbudet til brukere med alvorlige og sammensatte behov

Utrede tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam barn og unge

Revidere veilederen "Sammen om mestring"

Gjennomgang av nasjonale og regionale funksjoner på området psykisk helsevern og rus

Oppdrag: Psykisk helse

Veileder barn og unges psykiske helse

Utarbeide nasjonale faglige anbefalinger arbeid og helse

Samarbeid med RHF om framskrivninger og analyse av kapasitetsbehov i psykisk helse

I Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) prioriteres psykisk helsevern høyt og det er mange mål for arbeidet. Helsedirektoratet har i alt seks ulike oppdrag direkte knyttet til psykisk helse i NHSP, men svært mye av det andre arbeidet som foregår i direktoratet har stor betydning for måloppnåelsen i planen (se figur s. 66). I tillegg er andre oppdrag under planen som utvikling av styringsinformasjon, digitalisering og samhandling, viktige. Helsefelleskapene

skal særlig prioritere arbeid med pasienter med psykisk sykdom.

Aktiviteter i 2020:

Framskrivninger og analyse av kapasitetsbehov i psykisk helse er et stort oppdrag gitt under NHSP. Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst. De regionale helseforetakene har fått i oppdrag å gjøre særskilte analyser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for videreutvikling av

framskrivningsmodellen for disse tjenesteområdene. Analysen skal også omfatte den samiske befolkningens behov for psykiske helsetjenester. Helsedirektoratet har levert oppsummeringer av føringer og anbefalinger i direktoratets gjeldende normerende produkter i dag inn til delprosjektet Fag og omstilling i dette oppdraget. Arbeidspakken på Fag og omstilling ledes av Helse Nord. Notatet fra direktoratet sier noe om mulige arbeidsdelinger og behov for funksjonsbeskrivelser i tillegg til diagnoser.

I oppdraget til Helsedirektoratet er ikke tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) nevnt. Helsedirektoratet har likevel valgt å omtale dette i notatet til Helse Nord, men har ikke gitt konkrete anbefalinger om TSB.

Notatet fra direktoratet er et underlagsdokument til Fag og omstilling. Det pågår en avklaring om mulig endring av mandat for delprosjekt Fag og omstilling, hvor bl.a. problemstillingen om arbeidsdeling mellom nivåene er aktuell. De regionale helseforetakene har også fått i oppdrag å legge til rette for at flere metoder innen psykisk helsevern og TSB blir vurdert i systemet for Nye metoder.

I oppdragsbrevene til de regionale helseforetakene står det også at de skal gi helseforetakene i oppdrag å:

- øke bruken av simulering for kompetanseheving og samarbeide med andre helseforetak om utvikling og deling av opplegg for simulering.
- samarbeide med Folkehelseinstituttet om gjennomføring av kontinuerlige PasOppundersøkelser blant pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB.
- innføre, i samarbeid med kommunene, bedre rutiner for avklaring av hjelpebehov hos barn og unge. Disse rutinene skal innrettes i tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet, som tentativt vil foreligge våren 2020.

- implementere tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam innen psykisk helsevern der det er befolkningsmessig grunnlag for det.

For de to siste av disse oppdragene har også Helsedirektoratet oppdrag på samme tema. Det er et mål at barn og unge og familier får lett tilgjengelig hjelp og at psykisk helse er integrert i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og at spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester samarbeider godt om tidlig innsats til barn og unge, og at alle får tilbud på riktig nivå.

For å oppnå dette er Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) sentral. I forbindelse med oppfølging av opptappingsplanen har Helsedirektoratet utarbeidet en plan for gjennomføring. Blant tiltak som er påbegynt i 2020 er arbeid med den tverrsektorielle veilederen for barn og unges psykiske helse og tiltak knyttet til forebygging av selvskading. Av andre tiltak kan nevnes at Pakkeforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet ble lansert i 2020.

Veileder for barn og unges psykiske helse er også et oppdrag under Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse. Den blir utviklet stegvis og med psykisk helse som første trinn. Det jobbes med dialog med kommuner og brukere og helseforetak i alle regionene. Det skal gjennomføres en brukerreise. Målet er at veilederen skal bidra til å løse samhandlingsutfordringer og tydeliggjøre roller mellom forvaltningsnivåene. Arbeidet startet høsten 2020 og vil gå over en toårsperiode.

Eksempler på andre tiltak i opptappingsplanen:

- Det er etablert egne oppvekstprofiler for hver kommune som viser flere indikatorer på helse og trivsel enn det som tidligere har inngått i folkehelseprofilene.
- I tillegg er helsesykepleierutdanningen under revisjon (Rethos)

- Det er igangsatt tiltak for å gjøre informasjon om gode levevaner for psykisk helse mer tilgjengelig og målrettet for målgruppen (bl.a. på Ung.no), og Regjeringen har i statsbudsjett for 2021 foreslått betydelige ressurser for å utvikle digitale kontaktflater mellom helsepersonell og barn og unge gjennom DigiUng-programmet.

DigiUng: DigiHelsestasjon har gjort fremgang med sikker dialog med helsestasjons- og skolehelsetjenesten for ungdommer helt ned til 13-års alder ved å bruke blant annet Feide-innlogging. Det jobbes med e-læring som støttefunksjon til arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, og vurderes ulike muligheter for å tilby mestrings- og selvhjelpsverktøy for ungdommer samlet på ett sted. DigiUng har nå betaversjon av landsdekkende oversikt over helsestasjoner og legevakt som ungdommer kan bruke til å få hjelp der de er og når de trenger det. Videre jobbes det med å samordne de ulike chattetjenestene, slik at de kan samarbeide og sette over samtaler til hverandre, for å sikre at ungdommen får snakke med akkurat den som er mest egnet til å hjelpe de. Under DigiUng-programmet er det laget en [samleside](#) på ung.no som gir oversikt over de ulike chattetilbudet til ungdommer.

Oppsøkende team for unge: Det er i dag fire piloter i FACT-ung satsingen og det er seks forprosjekter i 2020. FACT står for Flexible Assertive Community Treatment og kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling. Helsedirektoratet har etablert et nettverk for FACT-ung som har hatt en samling i februar 2020 og vil invitere til videosamling i november. Ansatte i FACT-ung team er medlemmer i arbeidsgruppen som utreder FACT-ung for å få inn erfaringer fra praksisfeltet. Teamene vil bli evaluert i 2021-2022. Fra 2022 vil FACT-ung kunne etableres som ny tjenestemodell.

Det gjøres en gjennomgang av nasjonale og regionale funksjoner på rus- og psykisk helseområdet. Målet er bedre utnyttelse av

den samlede kompetansen på feltet. Helse- og omsorgsdepartementet har også en pågående gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester.

Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne skal revideres. Helsedirektoratet har så vidt begynt på denne oppgaven høsten 2020.

Det er et mål i NHSP at somatisk helse og psykisk helse og rusproblemer sees i sammenheng og at behandlingsopplegg tar hensyn til betydningen av arbeid for helsen. Helsedirektoratet skal i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeide felles nasjonale faglige anbefalinger for tjenesteutøvere innen fagområdet arbeid og helse. Oppdraget er delt opp i flere temaer. Første tema er å lage faglige anbefalinger om bruk av metoden Individuell jobbstøtte (IPS). Et utkast til faglige anbefalinger vil være klar for høring våren 2021. Arbeidet med faglige anbefalinger knyttet til flere tema vil minst pågå ut 2022. Hovedmålet med de faglige anbefalingene del 1 er å bidra til god kvalitet på arbeidsrettet rehabilitering i NAV og helsetjenesten overfor personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og personer med rusmiddelproblemer.

Andre aktiviteter i 2020:

Helsedirektoratet mener psykisk og somatisk helse i større grad bør sees i sammenheng, og har igangsatt et arbeid knyttet til dette. Arbeidet er i en planleggingsfase.

Uavhengig av om det er psykisk lidelse, rusmiddelproblemer eller somatisk sykdom som viser seg tydeligst, må helsetjenestenes utredning og behandling og inkludere både somatiske, psykologiske og sosiale faktorer. Dette er også særlig relevante perspektiver i forbindelse med integrering av psykiske lidelser i NCD-agendaen (NCD- non communicable diseases= ikke-smittsomme sykdommer) og for mål knyttet til lærings- og mestringsvirksomheten og helsekompetanse.

Det har gjennom mange år vært en målsetting å oppnå økt frivillighet for pasienter med psykiske helseproblemer. Til tross for at tilbudet til målgruppen har økt betraktelig, både i kvantitet og kvalitet, i kommuner og spesialisthelsetjeneste, har vi ikke lyktes med å redusere bruken av tvang. I 2020 er det utviklet utkast til tolv nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne. De sendes ut til ekstern høring på slutten av året.

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern fra 2008

revideres. Ny retningslinje skal også inkludere forebygging av selvmord i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Arbeidet videreføres i 2021.

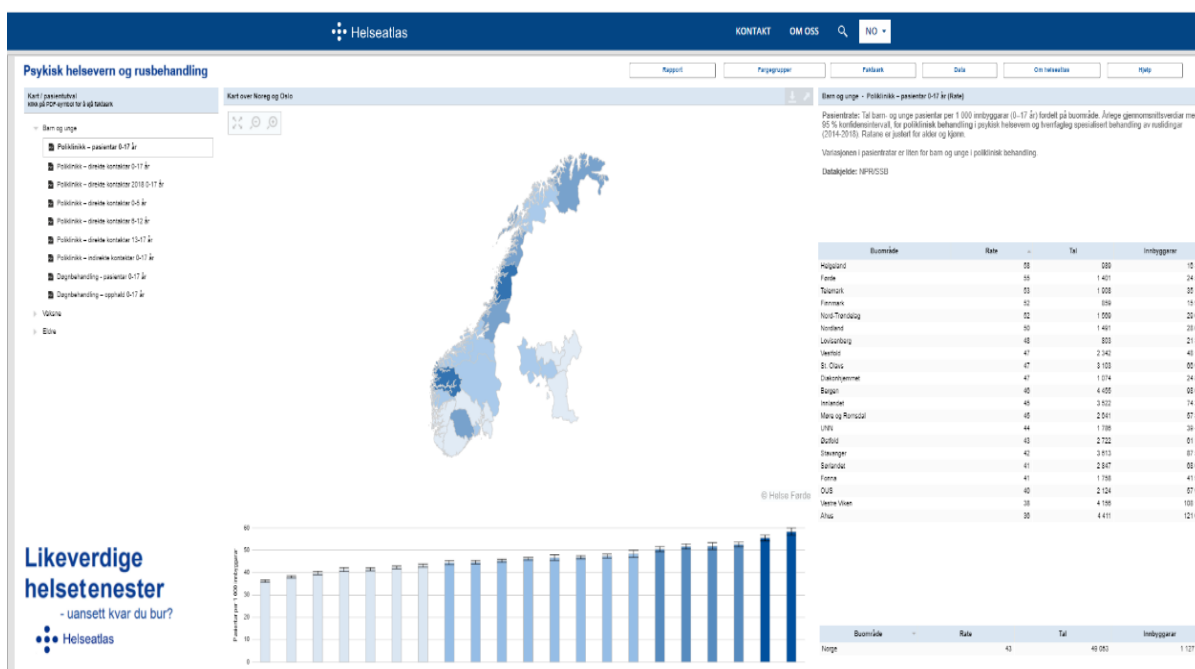
Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser ble publisert i 2013. Kapittelet om behandling med legemidler er nå under revisjon. Formålet er å sikre at anbefalingene om legemiddelbehandling for psykoselidelser baseres på et oppdatert og systematisk innhentet forskningsbasert kunnskapsgrunnlag, kliniske erfaringer og pasienterfaringer.

Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling

I juni 2020 ble det lansert *Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling. Oversikt og analyse i bruk av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser i Norge for 2014–2018*.

Den nasjonale oppgaven med å utvikle en nasjonal helseatlastjeneste er lagt til Helse Førde i Helse Vest RHF og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF.

Atlasen viser forskjeller i tilbud og behandling i landet og kan være en hjelp i videre arbeid å redusere utilsiktede forskjeller i tilbudene. Utvikling av helseatlas er trukket frem i Nasjonal helse- og sykehusplan som et viktig bidrag for å styrke arbeidet tjenestene med å redusere uønsket variasjon og gi bedre behandling lokalt.



Figur fra <https://helseatlas.no/atlas/259/instant-atlas>

Pakkeforløp

Pakkeforløp for psykisk helse og rus skal gi pasienter, brukere og pårørende et helhetlig behandlingsforløp som er forutsigbart og uten unødvendig ventetid. Pakkeforløpene skal styrke den reelle brukermedvirkningen, blant annet gjennom evalueringspunkter. Tall for de enkelte indikatorene oppdateres månedlig og vises for det enkelte RHF og HF her <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/pakkeforlop-for-psykisk-helse-rus>

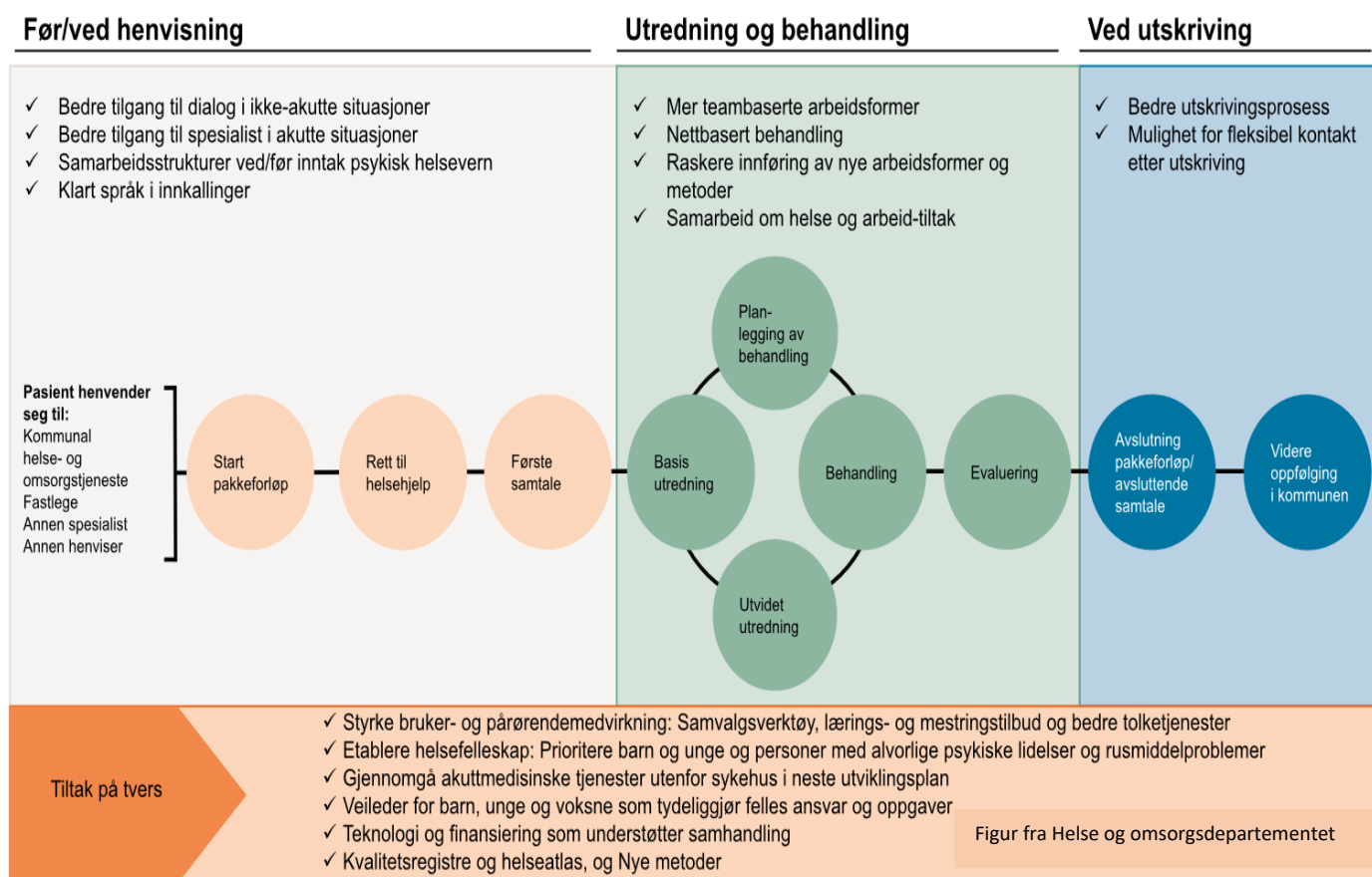
Pakkeforløpene er et utviklingsarbeid. Oppdateringer skjer på bakgrunn av innspill fra både bruker- og pårørendeorganisasjoner og helsetjenesten, evalueringsrapporter fra Sintef og ulike kompetansemiljøer. Oppdaterte pakkeforløp ble publisert i september og gjelder fra 1.1. 2021.

Et av målene i NHSP er å innføre pakkeforløp i alle helseregioner, og det følges med på dette.

Det arbeides med følgende moduler/komponenter som skal inngå i de pakkeforløpene som er lansert:

- ADHD retningslinje og pakkeforløp. Ferdigstilles ultimo 2021
- Modulen for overdose er på høring høsten 2020. Ferdigstilles primo 2021
- ROP-lidelser (Rus- og psykiske lidelser). Forventes ferdigstilt ultimo 2021.
- Familie (barn som pårørende). Ferdigstilles medio 2021
- Pakkeforløp for spiseforstyrrelser for barn og unge er utvidet opp til 23 år. Utvidelsen ble publisert sammen med oppdaterte pakkeforløp for psykisk helse og rus i september 2020.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus støttes med tiltak i NHSP



Mestringsverktøy psykisk helse:

I 2015 fikk Helsedirektoratet i spesielle oppdrag å bidra til at det opprettes nettassistert behandling for angst og depresjon i kommuner. Helsedirektoratet har nå anskaffet behandlingsverktøy fra leverandør Assistert selvhjelp AS, som skal forskrives fra behandler i kommunen til innbygger via Verktøyformidleren til Helsenorge. Verktøyene skal piloteres i inntil 15 kommuner fra starten av november 2020. Det er kommuner med Rask psykisk helsehjelp team som skal prøve ut dette i første omgang.

E-meistring, nettbasert behandling, er inne i finansieringssystemet for spesialisthelsetjenestene (ISF).

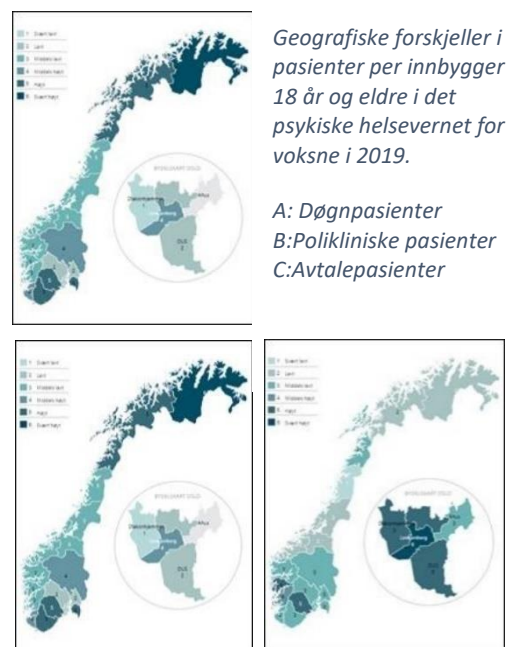
Bruk av spesialisthelsetjenesten

I SAMDATA vises det til liten endring i løpet av 2015-2019. Videre vil året 2020 på mange måter bli et unntaksår på grunn av covid-19-pandemien, og det vil være behov for å analysere datagrunnlaget grundig før vi kan si noe om hva konsekvensene av pandemien har vært. I særlig grad gjelder dette bruken av tvang, hvor stabile tall over flere år, er avløst av en økning i 2020 (NKI).

[IS-2952 Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2015-2019](#): Antall pasienter i psykisk helsevern har vært stabile i løpet av 2015-2019. For befolkning 18 år og eldre sank pasientraten med stigende alder. Omfanget av pasienter i det psykiske helsevernet for barn og unge har hatt en liten økning sist i perioden. Barn og unge gis hovedsakelig poliklinisk tilbud. Det var en samlet vekst i antall pasienter i TSB på 4 prosent, og veksten var i samme størrelsesorden for både døgnpasienter og pasienter som kun var i poliklinisk behandling.

Reduksjonen i døgnkapasiteten i psykisk helsevern for voksne har fortsatt. De siste 20 årene er denne redusert med 55 prosent. Poliklinisk aktivitet har økt. Ambulant aktivitet er fremdeles beskjedent. Rapporten viser også

at det er små endringer i bruken av behandlingstjenestene og at tidligere års geografiske forskjeller vedvarer. Som figuren viser er det f.eks. geografiske forskjeller i bruken av de ulike behandlingsformene.⁷



I alt 64 prosent av utskrivningene fra døgnbehandling hadde en poliklinisk kontakt i løpet av 30 dager i 2019, en økning på to prosentpoeng fra 2015. Dette er en svak positiv utvikling som kan være et tegn på bedre kontinuitet for døgnpasientene.

[IS-2949 Kostnader i spesialisthelsetjenesten](#):

Det er sterkere vekst i for somatikk enn for psykisk helsevern og TSB og det betyr at "den gylne regel" om større vekst i psykisk helsevern enn i somatikk ikke er oppfylt.

⁷ Rapport: Tjenester i psykisk helsevern og TSB 2015-2019 SAMDATA SPESIALISTHELSETJENESTEN

Vurdering



Oppsummerende viser rapporten om psykisk helsevern og TSB at selv om antall pasienter som er i kontakt med psykisk helsevern og TSB har holdt seg stabilt i perioden har behandlingstilbudet endret seg, varighet i døgnopphold er redusert og alderen på pasientene har gått ned. Det kan indikere at spesialisthelsetjenesten i større grad bruker sine ressurser på utredning og kortvarig behandling. Noe som også kan bety at kommunene har fått et større ansvar for oppfølging av langvarige og sammensatte behov.

Måloppnåelse 2020 per oktober:

Helseatlas psykisk helse og rus publisert fra Helse Vest gir oversikt over uønsket variasjon i tjenesten.

Samtlige pakkeforløp er oppdatert og pakkeforløp for spiseforstyrrelser er utvidet opp til 23 år. Pakkeforløp skal bidra til å redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet.

Tydeliggjøring av arbeids- og ansvarsfordeling i psykisk helse er prioritert. Arbeidet er i gang.

For barn og unge gjennomføres det flere piloter på FACT- team og innen utgangen av 2020 skal håndbok for FACT-ung team og håndbok for oppstart av team være ferdigstilt.

Mestringsverktøy psykisk helse piloteres høsten 2020.

Undersøkelser viser økt bruk av tvang i 2020. Denne utviklingen må følges nøye videre. Det er et nasjonalt mål å redusere bruk av tvang.

Risiko

I målformuleringen i Nasjonal helse- og sykehusplan "Hvor vil vi" i tredje avsnitt

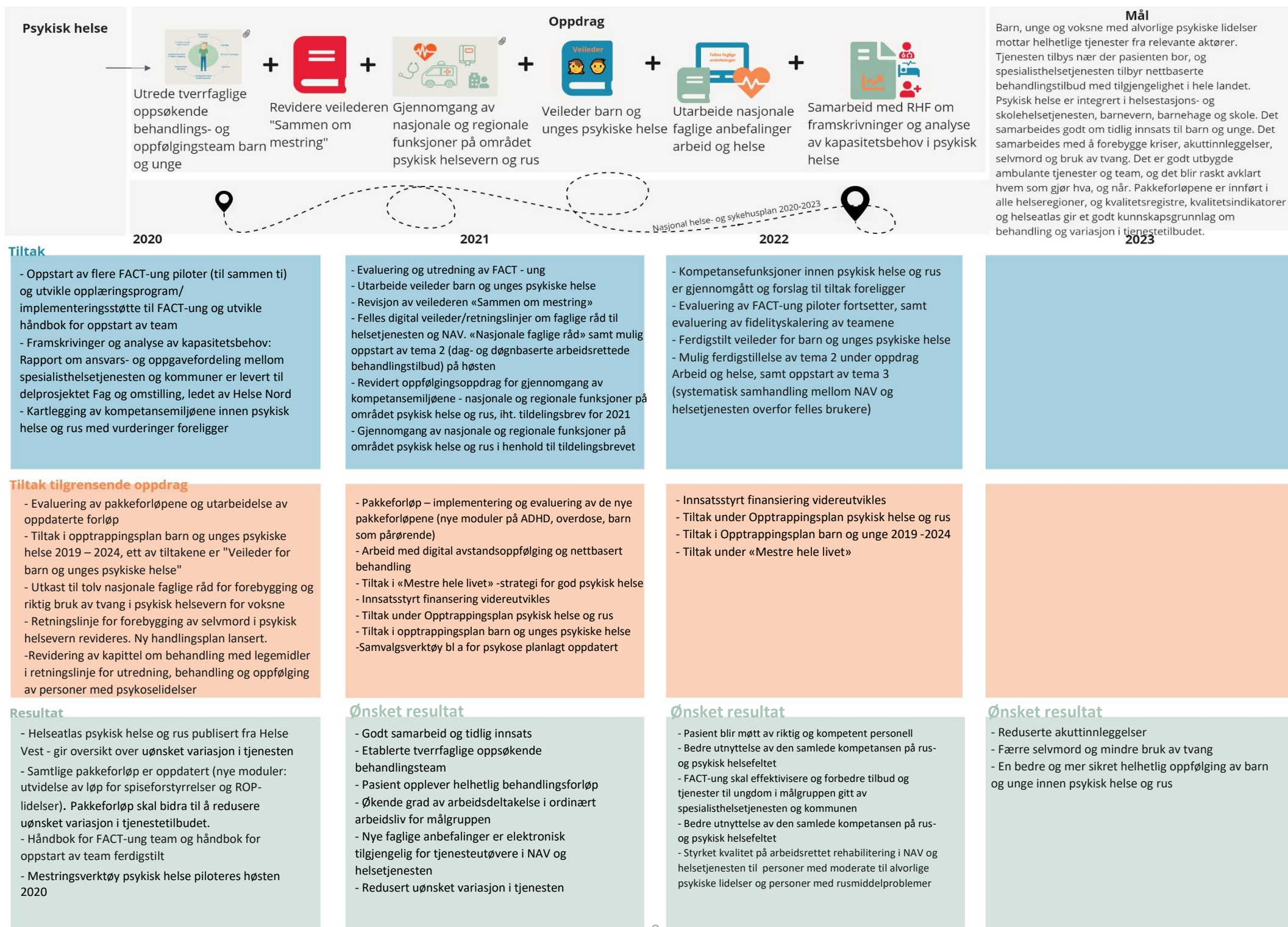
beskrives fordeling av pasienter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Denne beskrivelsen er ikke konsistent med andre overlappende/tilgrensende mål. Kommunene har ansvar for mange oppgaver og tjenester til pasienter med alvorlige helseutfordringer. I andre sammenhenger beskrives fordeling av oppgaver (arbeidsfordeling og tjenester) mellom behandlingsnivåene. Dette kan være en mer hensiktsmessig beskrivelse av samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen når for eksempel samtidighet i behandling, pakkeforløp og langvarige behandlingsløp skal beskrives.

Det er et pågående arbeid med nytt mandat for delprosjektet fag og omstilling i arbeidet med framskrivninger og analyse av kapasitetsbehov i psykisk helse med tanke på hvordan problemstillingen om arbeidsdeling mellom nivåene skal tas inn i arbeidet.

I flere pågående arbeider er det uavklart hvordan det skal jobbes videre med problemstillinger rundt arbeidsdeling mellom nivåene og også innad i f.eks. spesialisthelsetjenesten. Det er sårbare overganger mellom tjenestenivåer og det vil være behov for å avklare dette for å sikre helhetlig oppfølging av pasienter. Videre henger ansvarsfordeling mellom nivåene sammen med kompetanse, særlig i kommunene. Dette vil være avgjørende for å avklare god ansvars- og oppgavefordeling.

Videre fremgang og anbefaling:

Helsedirektoratet må jobbe videre med å se oppdragene på psykisk helse i sammenheng for å oppnå bedre psykiske helsetjenester. Det må gjøres ytterligere arbeid for å tydeliggjøre arbeids- og ansvarsfordeling på psykisk helse. Tallene viser at det er utilsiktede forskjeller i hvilken behandling som tilbys og det er behov for å fortsette arbeidet med å redusere disse forskjellene. Videreutvikling av pakkeforløp blir et viktig arbeid i denne sammenheng.



Akuttmedisinske tjenester

Akuttmedisinske tjenester: Hvor vil vi?

Befolkningen har trygghet for at de får kompetent og rask hjelp når de trenger det ved akutt sykdom og skade, og forstår betydningen av tidlig kontakt med medisinsk nødnummer 113. Befolkningen kan yte enkle livreddende førstehjelpstiltak. De akuttmedisinske tjenestene er en koordinert kjede, basert på samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak. God samhandling forebygger unødvendige akuttinnleggelser. Tjenesten har kompetente og beredte medarbeidere som har fått opplæring og trening i samhandling. Utviklingen av den

akuttmedisinske kjeden er basert på relevant og pålitelig styringsinformasjon. Helseforetak og kommuner prøver ut arbeidsformer som styrker tilbudet til pasientene. Teknologi, nye former for diagnostikk og beslutningsstøtte gir bedre behandlingsforløp, reduserer behovet for ressursinnsats, bidrar til at behandling kan starte før pasienten kommer til sykehus og at unødvendige innleggelser unngås. I akuttmottaket blir pasientene møtt med tverrfaglig kompetanse som kan gi rask avklaring og som sikrer rett behandlingsløp.

Regjeringen vil

Styrke kompetanse, innsikt og forståelse, samarbeid og samhandling og sikre god ressursutnyttelse i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus
At helseforetakene, i samarbeid med sine kommuner, gjennomgår akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i neste utviklingsplan
At kompetansetjenestene innen beredskap, akuttmedisin og katastrofemedisin i spesialisthelsetjenesten gjennomgås
At regelverk for båtambulansen gjennomgås i lys av akuttutvalgets utredning
At organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene gjennomgås og at tiltak inngår i neste utviklingsplan for helseforetakene
At den nasjonale veilederen Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak blir revidert
At Helsedirektoratet, i samråd med helseregionene, vurderer hvilken styringsinformasjon som vil være særlig egnet til å understøtte ønsket utvikling av akuttmottakene, og at det legges til rette for at denne styringsinformasjonen gjøres tilgjengelig for lokal og nasjonal bruk

Oppdrag under akuttmedisinske tjenester



Gjennomgang av kompetansefunksjoner innen beredskap, akuttmedisin og katastrofemedisin

+



Revidere retningslinjen "Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for akuttmottak"

+



Utvikle styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer for å understøtte helsefelleskap



En sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede er en prioritering i Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP).

Som en del av dette arbeidet har Helsedirektoratet sammen med KS og de regionale helseforetakene, etablert et Nasjonalt råd for Akuttmedisin. Rådet har sammen med fagmiljøene i den akuttmedisinske kjede, utarbeidet en strategi for utvikling av området innenfor rammen av NHSP. Rådet og et nettverk av fagmiljøene i kjeden, har hatt regelmessige møter. Etter utbruddet av covid-19 har aktiviteten vært lav som følge av belastningene pandemien har påført aktørene.

Aktiviteter i 2020:

Helsedirektoratet har påbegynt arbeidet med revidering av retningslinje for somatiske akuttmottak. Målet er å tilrettelegge for god medisinsk behandling av alle pasientgrupper

som kommer til norske akuttmottak. Som ledd i dette inngår å gi anbefalinger for organisering og faglig drift av akuttmottakene. En kunnskapsoppsummering på overvåkning av pasienter i akuttmottak er bestilt fra FHI. Retningslinjen tar sikte på å avklare hvilken posisjon den nye medisinske spesialiteten akutt- og mottaksmedisin skal ha i akuttmottak. Retningslinjen skal være ferdig i desember 2021.

Arbeidet med utvikling og tilgjengeliggjøring av styringsinformasjon for akuttmottak har så vidt startet opp. I første omgang gjennomføres det en kartlegging av hvilke styringsinformasjon regioner og helseforetak selv har, samt hva som kan være relevante kilder og data på nasjonalt nivå. Det er for tidlig å konkludere hva som kan være mulige kilder på kort sikt og hva som ev krever et utviklingsarbeid. I det videre arbeidet legges det til grunn at fokus ikke skal avgrenses kun

til det som skjer i akuttmottakene, men at det skal utvikles styringsinformasjon for akuttvirksomheten, som akuttmottakene er en del av. Akuttvirksomheten i spesialisthelsetjenesten legger beslag på en god del av ressursbruken og det er derfor viktig å ha god styringsinformasjon som grunnlag for å vurdere utvikling og status.

Akutt- og mottaksmedisin (AMM) er en ny spesialitet for leger som ble opprettet 1.mars 2019. Per starten av oktober har Helsedirektoratet godkjent 17 spesialister i AMM i 2020. Totalt antall godkjente spesialister i AMM er 43.

For den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus, er det utviklet nasjonale datasett for både landets AMK-sentraler og ambulansetjenesten. De regionale helseforetakene innfører nå (2020/2021) elektroniske dokumentasjonssystemer i ambulansetjenesten og harmoniserer sin registreringspraksis i AMK og innfører nye oppdragshåndteringssystemer (2021-2023). Dette vil gi bedre styringsinformasjon frem til sykehusenes akuttmottak. Helsedirektoratet forbereder sine systemer for mottak av dataene slik at Norsk Pasientregister kan inneholde data for hele kjeden fra AMK mottar en nødmelding, via ambulansetjenesten til pasientene er ferdig behandlet i sykehus.

For legevaktene og legevaktsentralene er det utviklet forslag til nasjonale kvalitetsindikatorer som kan inngå i Kommunalt Pasientregister (KPR).

Prosjektet med gjennomgang av kompetansemiljøene på det akuttmedisinske området som Helsedirektoratet har mottatt er så vidt i gang. Formålet er å gi en faglig vurdering av om dagens kompetansemiljøer er samordnet og effektive, samt eventuelt foreslå forbedringer for en ytterligere samordning og endret oppgavefordeling av kompetansemiljøene. Dette skal være med på å styrke kapasitet og kompetanse i de akuttmedisinske tjenestene for å sikre gode pasientforløp og en sammenhengende og

koordinert akuttmedisinsk kjede utenfor sykehus.

Det skal innen 15.01.21 være utført en kartlegging som blir lagt til grunn for en konseptutredning med leveransefrist i desember 2021 om fremtidig organisering av kompetansemiljøene på akuttmedisin, katastrofemedisin og beredskap hvor forslag til alternativer til forbedring av kompetansetjenestene er tatt opp.

Annet arbeid:

Det er et mål i Nasjonal helse- og sykehusplan at befolkningen forstår betydningen av tidlig kontakt med medisinsk nødnummer 113 og kan yte enkle livreddende førstehjelpstiltak. Den nasjonale førstehjelpsdugnaden "Sammen redder vi liv" ble startet i februar 2017 og har i utgangspunktet en varighet på fem år. Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret for dugnaden. Målet er å gi befolkningen opplæring i førstehjelp, og slik øke overlevelsen og redusere varig funksjonstap ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander utenfor sykehus. Siden oppstarten i 2017 er det etablert over 20 delprosjekter. Gjensidigestiftelsen har bevilget over 65 millioner kroner til dugnaden. Totalt er det investert i underkant av 100 mill. kroner i dugnaden. Det lagt ned flere tusen timer i frivillig arbeid. Det er i 2020 iverksatt ett arbeide for å sikre varige effekter av dugnaden.

Som en del av denne dugnaden er det utviklet flere digitale verktøy for å sikre raskere hjelp. Gjennom 2020:

- Appen Hjelp113 som sikrer raskere stedsangivelse og forenkler kommunikasjon med nødstilte er tatt i bruk av 1,5 mill brukere.
- Flere AMK- og legevaktsentraler prøver nå ut videoassistert veiledning. Teknologien viser lovende resultater og det vil bli vurdert ytterligere utvikling og mulige integrasjoner til andre løsninger, f.eks. Hjelp113.
- App for raskere varsling av akuttgjelder og deling av posisjonsopplysninger mellom

nødsentralene prøves ut i 2020 og det jobbes nå med nasjonal utrulling.

Sammen med det nasjonale Hjertestarter-registeret, over 800 akutthjelpere og Førstehjelpsportalen 113.no, gir teknologiske løsninger raskere og bedre hjelp i nød-situasjoner. Det jobbes med videre-utvikling og nasjonal utbredelse i planperioden.

Barn i barnehage og skoleelever fra 1.-10.klasse kan tilbys kunnskapsbasert opplæring i førstehjelp

I løpet av de neste to årene skal det jobbes for varig effekt og for å sikre et langsiktig samarbeid. Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (NKT-Traume) skal innhente kunnskap og foreslå tiltak for å sikre overgang fra prosjekt til varige strukturer. Det er sentralt å sikre en god forankring og dialog mellom Helsedirektoratet og helsetjenesten med kommuner og helseforetak.

Helsedirektoratet utreder utarbeidelse og implementering av faglige retningslinjer og anbefalinger innen førstehjelp. Kunnskapen utarbeidet i delprosjektene som omfatter barnehage og skole inngår i arbeidet med veiledere til ny forskrift for miljø og helse i barnehage, skole og skolefritidsordning som skal på høring 1.1.2021.

I forbindelse med covid-19-pandemien har fagrådet for Sammen redder vi liv sammen med Norsk førstehjelpsråd og Norsk resuscitasjonsråd, gitt anbefalinger om hjerte- og lungeredning der det er mistanke om smitte⁸. Flere steder er det gjort tilpasninger til situasjonen og det er gitt digital førstehjelpsopplæring.

Veileder for legevaktpersonell er ferdig og ble publisert mars 2020.

Akuttmedisinforskriften var på høring i 2019 og er nå gjeldende. Akuttmedisinforskriften stiller krav til at legevaktpersonell skal ha

gjennomført nettkurs i akuttmedisin og vold og overgrep. I tillegg skal de ha et nettkurs og et praktisk akuttmedisinkurs. Nettkursene i vold og overgrep må være tatt innen overgangsordningens utgang 01.05.21 det samme gjelder den praktiske delen av akuttmedisinkurset. Dette siste kurset har ikke vært mulig å ta fra mars fram til juli 2020 grunnet smittesituasjonen og regler for smittevern. Det er nå utarbeidet en veileder for kursholderne i praktiske akuttmedisinkurs som tar hensyn til dagens smittesituasjon og smittevernregler. Noen av kursene er nå startet opp igjen.

Prosjekt Pilot Legevakt gjennomføres i Ytre Sogn og Sunnfjord og Romsdalsregionen. Prosjektet startet opp i september 2018 og går fram til 31.08.21. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (NKLM) gjennomfører følgeforskning på dette og de avslutter datainnsamlingen 31.03.2021 og evalueringsrapport skal foreligge innen august 2021. Hovedmål er en bærekraftig og forsvarlig akuttmedisinsk tjeneste i områder som har utfordringer før pilotoppstart.

Satellittene i Ytre Sogn og Sunnfjord (Sogn og Fjordane) er alle i drift: Balestrand, Bremanger, Askvoll, Hyllestad og Høyanger. Satellittene i Romsdalsregionen, Misund og Aukra er i gang, Rauma og Sunndal har hatt utfordringer, men vil mulig starte opp. Pilotprosjektet ved Valdres Lokalmedisinske senter er i slutfasen og skal levere evalueringsrapport innen utgangen av 2020.

Prosjekt Eldre i den akuttmedisinske kjede ledes av Norsk kompetansesenter for legevaktsmedisin (NKLM) og ser på hvordan de eldre benytter de akuttmedisinske tjenestene. Tre delprosjekter skal se på 1: Hvordan bruker de eldre 113? 2: Hvordan bruker de eldre 116117 og legevakt? Del 3 handler om eldre og akuttinnleggelser i sykehus.

⁸

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/kommunehelsetjenesten-og->

tannhelsetjenesten/legevakt/hjerte-og-lunge-redning-hlr-under-covid-19

Akuttkjeden Telemark ble satt i gang i 2016, iverksatt fra 2017 og videreutviklet i 2018/2019 med utvikling av pasientflyter, pilottest og samhandlingsverktøy. Dette har vært pågående i 2020. Skjelett og verktøy som prosjektet har utviklet kan deles og brukes av andre, men hvert samarbeidsområde må selv fylle det med innhold. Akuttkjeden er foreslått som et faglig samarbeidsutvalg for Helsefelleskap i Telemark.

RHFene har fått i oppdrag å gjennomgå ambulansebåttjenesten og komme med forslag til forenkling av regelverket. Helse Nord RHF skal lede arbeidet. Foretaksmøtet har også bedt om at RHFene stiller krav til helseforetakene om i sin neste utviklingsplan å gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene.

Vurdering akuttmedisinske tjenester:



Måloppnåelse 2020 per oktober:

Det er gjort utprøvinger av videokonsultasjon for legevakt og i tillegg til 113-appen som nå brukes av 1,5 millioner brukere, er det lansert en app for raskere varsling av akuttjelpere og deling av posisjonsopplysninger mellom nødsentralene prøves ut i 2020 og det jobbes nå med nasjonal utrulling. Sammen med det nasjonale hjertestarterregisteret gir de teknologiske løsningene raskere og bedre hjelp i nødsituasjoner. Det vil jobbes med utvikling og nasjonal utbredelse i planperioden. Førstehjelpsdugnaden "Sammen redder vi liv" har gjennomført en rekke tiltak og jobber med å gå fra prosjekt til varig struktur. Veileder for legevaktpersonell ble publisert i mars 2020.

Risiko: Det er en del medisinske avvik på det akuttmedisinske området og dette må det jobbes systematisk med. Det foreligger rapporter fra Helsetilsynet og det gamle Kunnskapssenteret som underbygger dette.

På styringsinformasjon er det krevende å identifisere relevante indikatorer og registerdata. På nasjonalt nivå er det vanskelig å finne tall for akuttmottak. Dette er etterspurt. Dersom det skal være rutinemessig oppdatert og ikke være egne rapporteringer så er det krevende å lande slike definisjoner. Arbeidet med data fra den akuttmedisinske kjede er fragmentert og lite samordnet mellom RHFene og de bør sikre bedre etterlevelse til nasjonale standarder/kodeverk slik det er spesifisert av Helsedirektoratet som mottager av dataene.

Nasjonal veileder for akutthjelpere og flere andre arbeider er veldig forsinket som følge av covid-19. Pandemien har medført betydelige kapasitetsproblemer og store problemer med møteavvikling og utviklingsaktiviteter.

Videre fremgang og anbefaling:

Arbeidet med nye retningslinjer for somatiske akuttmottak og arbeidet med utvikling av styringsinformasjon for akuttmottak henger tett sammen og det blir viktig å koble disse arbeidene tettere. Akutt- og mottaksmedisin er en ny spesialitet for leger. Det er behov for at en ny retningslinje gir noen føringer for hvilken rolle de skal ha i mottak. Revidert retningslinje vil også ha betydning for samarbeid, kapasitet og informasjonsflyt. Det er behov for en langsiktig bærekraftig forankring av "Sammen redder vi liv" og samarbeidet mellom myndighetene og frivillige/humanitære organisasjoner og ideelle stiftelser. Et strategisk samarbeid mellom RHFene, HDir og HØD bør initieres for å sikre langsiktig drift og utvikling.

Akuttmedisinske Tjenester



Gjennomgang av kompetansefunksjoner innen beredskap, akuttmedisin og katastrofemedisin

+

Oppdrag



Revidere den nasjonale retningslinjen "Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for akuttmottak"

+



Vurdere hvilken styringsinformasjon for akuttmottak som understøtter ønsket utvikling av akuttmottakene

Mål

Kommuner og helseforetak samarbeider bedre om lokalisering av legevaktsstasjoner og ambulansestasjoner for å sikre tilgjengelige tjenester for befolkningen. Styringsinformasjon er utviklet og det finnes sammenlignbare data. Videre har befolkningen en trygghet for at de får kompetent og rask hjelp, samt yte enkle livreddende førstehjelpstiltak. Unødvendige akuttinnleggelser unngås og et bedre pasientforløp og tidligere oppstart av behandling er et resultat av teknologisk utvikling og digitalisering.

2020

2021

2022

2023

Tiltak

- Kartlegging og faglig gjennomgang av kompetansemiljøene i spesialisthelsetjenesten på det akuttmedisinske området. Levere forslag til videre prosess for utforming av alternativer til forbedring utarbeides
- Identifisere muligheter for indikatorer/styringsinformasjon i eksisterende datakilder
- Det jobbes videre med innholdet i retningslinjen for akuttmottak

- Konseptutredning med forslag til alternativer til forbedring av kompetansetjenestene
- Revidert veileder «Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak» leveres desember
- Tilgjengelig anbefalt styringsinformasjon for akuttmottak

- Implementere den nye retningslinjen for akuttmottak og måle effekten av tiltakene i helsetjenesten

- Implementere den nye retningslinjen for akuttmottak og måle effekten av tiltakene i helsetjenesten

Tiltak tilgrensende oppdrag

- Utvikling og bruk av kunstig intelligens
- Digitalisering og bruk av digitale hjemmetjenester
- Prosjekt Pilot Legevakt i Ytre Sogn og Sunnfjord og Romsdalsregionen (fra 2018)
- Prosjekt Akuttkjeden i Telemark (2017 – 2020)

- Tiltak i utskrivingsprosessen
- Utarbeidelse av praktisk veileder for avtaler om tjenestemodeller på tvers
- Utarbeidelse av veileder for samhandlingsavtalene
- Evalueringsrapport fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (NKLM) på Prosjekt Pilot Legevakt
- Tiltak under Helsekompetansestrategien, Sammen redder vi liv

Resultat

- Endringer i akuttmedisinforskriften:
 - Forslag til kompetansekrav (gjelder lærlinger i ambulansetjenesten)
 - Kurs i akuttmedisin (legevakt)
- I forbindelse med covid-19 har fagrådet for Sammen redder vi liv sammen med Norsk førstehjelpsråd og Norsk resuscitasjonsråd gitt anbefalinger om HLR
- Det er gitt digital førstehjelpsopplæring

Ønsket resultat

- Pasient opplever rask hjelp der de trenger det/der de er også som resultat av kompetanseheving blant befolkningen som kan bidra til økt trygghet og rask helsehjelp
- Reduserte akuttinnleggelser
- Økende bruk av teknologi
- Nye former for diagnostikk og beslutningsstøtte - tidlig start av pasientbehandling

Ønsket resultat

- Forbedringstiltak omtales i lokale utviklingsplaner hva gjelder organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottak
- Pasient blir møtt med tverrfaglig kompetanse og opplever rask avklaring
- Økt kompetanse - sikret rett behandlingsløp
- Norske akuttmottak tilrettelegger for god medisinsk behandling av alle pasientgrupper som dit

Ønsket resultat

Teknologi: Hvor vil vi?

Tjenester som tidligere krevde oppmøte hos helsepersonell eller at helsepersonell møttes fysisk, ytes til pasientene ved hjelp av videokonsultasjoner, oppfølging basert på pasientrapporterte data og sensorteknologi og nettbaserte behandlingsprogram. For sårbare pasientgrupper flyttes det medisinske utstyret dit pasienten er – ikke omvendt. Pasientene opplever økt grad av mestring, et mer tilpasset tilbud og at sykdomsutvikling fanges opp tidligere. Både pasienter og helsepersonell unngår unødvendige reiser. Direktoratene gir nødvendig veiledning om regulering, digitale forutsetninger og om faglige retningslinjer. Finansieringsordningene legger til rette for utvikling og

innføring av nye arbeidsformer og ny teknologi.

Kunstig intelligens gjør det mulig å utnytte våre felles helsedata til å tilby raskere og mer presis diagnostisering, bedre behandling og mer effektiv ressursbruk. Regelverket muliggjør bruk av helsedata til det beste for fellesskapet, behovet for veiledning om rettslige rammer blir ivaretatt av direktoratene, og etiske utfordringer knyttet til bruk av kunstig intelligens blir håndtert i samarbeid med andre europeiske land. Helse- og omsorgstjenesten har etablert en kultur for innovasjon og deling av kunnskap, og samarbeider godt med næringslivet om å utvikle de verktøyene tjenesten og pasientene trenger.

Regjeringen vil

Angi retning for bruk av teknologi i spesialisthelsetjenesten og tilpasse nasjonale rammebetingelser til nye måter å yte tjenester på

At helseforetakene i sine neste utviklingsplaner setter egne mål for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene

At helsedata i større grad enn i dag skal kunne deles for å utvikle bedre helsehjelp

Videreføre arbeidet med å legge til rette for persontilpasset medisin

Oppdrag under Teknologi



Bruk av teknologi for å flytte tjenester hjem til pasienten



Bedre bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten



Digitalisering og mer bruk av teknologi i helsetjenesten er et hovedmål i Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP).

Velferdsteknologiprogrammet er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og KS som har pågått siden 2014. Bakgrunnen er de langsiktige bærekraftsutfordringene vi som samfunn står overfor når befolkningen blir eldre, flere vil trenge bistand og helsehjelp samtidig som vi vil mangle nødvendig helsepersonell. Velferdsteknologi kan gi bedre kvalitet for brukerne, unngåtte utgifter for helsetjenesten og således gjøre oss bedre rustet til å møte ovennevnte bærekraftsutfordringer. Tilbakemeldinger fra kommunene tyder på at programmet har vært en viktig bidragsyter for å realisere disse gevinstene.

Aktiviteter i 2020:

Da pandemien traff Norge i mars 2020 var opprettholdelse av helse- og omsorgstjenestetilbud en hovedutfordring. Dette ble en god grunn til å implementere velferdsteknologi i tjenestene. Velferdsteknologi som elektronisk medisineringsstøtte, digital hjemmeoppfølging og videokonsultasjoner har et stort potensiale knyttet til å redusere antall fysiske møter mellom brukere i risikogruppene og de som skal hjelpe dem, noe som er gunstig for smittevernet. I tillegg kan man opprettholde helse- og omsorgstjenester som man ellers måtte ha utsatt eller avlyst. Velferdsteknologi kan også motvirke sosial isolasjon og ensomhet. Endelig vil dette også være ressursbesparende, ved reduksjon av

unødvendig forflytningstid og f.eks. unngå tidsbruk til medisinalutdeling i hjemmetjeneste.

Helsedirektoratet gjennomførte i mars 2020 en undersøkelse blant de over 300 kommunene som deltar i velferdsteknologiprogrammet om hva de hadde behov for av tiltak for å styrke smittevern og redusere press på hjemmetjenestene. Undersøkelsen viste at kommunene ønsket støtte til anskaffelse og utrulling av elektroniske medisinaldispensere, hjelp til å ta i bruk video, bistand til webbasert opplæring og digital hjemmeoppfølging. En ny undersøkelse i september bekreftet funnene.

Det er utarbeidet og tilgjengeliggjort veiledningsmaterieell for medisineringsstøtte i forbindelse med covid-19-pandemien. Godt over 200 kommuner har nå avtaler for å ta i bruk elektronisk medisineringsstøtte. Mange kommuner har deltatt i webinar og veiledning. Det er også gitt bistand til en felles nasjonal anskaffelse av elektronisk medisineringsstøtte der 64 kommuner deltok.

Det er gitt ut en hurtigguide til videokommunikasjon, skreddersydde bruksanvisninger og implementeringsplaner. I tillegg er det gitt veiledning til kommuner i hvordan de skal komme i gang med videokommunikasjon med lett tilgjengelige løsninger. Rundt 250 kommuner har deltatt i 25 regionale digitale workshops, og det er publisert suksesshistorier om bruk av videokommunikasjon innen flere områder på KS sine nettsider.

Velferdsteknologiprogrammet har publisert en hurtigveileder for innføring og bruk av digital hjemmeoppfølging i forbindelse med covid-19.

Digital hjemmeoppfølging- Digi-hjem:

Departementet har bedt Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Statens legemiddelverk, i samråd med Norsk Helsenett, om
- å bistå helse- og omsorgstjenesten med nødvendig veiledning og tilrettelegging for å hurtig øke bruken av digital

hjemmeoppfølging og nettbasert behandling. Dette arbeidet skal ta utgangspunkt i tjenestenes planer og behov. Arbeidet skal også sees i sammenheng med oppdrag gitt til Direktoratet for e-helse.

- å komme tilbake med en ny vurdering av hvordan arbeidet for å legge til rette for å flytte tjenester hjem bør innrettes. Det legges til grunn at vurderingen gjennomføres i tett dialog med tjenesten.

De 11 tiltaksområdene "Råd og veiledning", "Indikatorer", "Digital behandlings- og egenbehandlingsplan", "Video", "Data- og dokumentdeling", "Normen", "Sikkerhetstesting", "Nye metoder", "Pasientrapporterte opplysninger", "Data fra pasientens eget utstyr" og "Digitalt utenforskap" er gjennomgått på nytt i løpet av sommeren 2020. For nærmere informasjon om de foreslåtte tiltak vises til rapport + vedlegg på følgende nettside: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger>

Det ble sendt spørreskjema til utvalgte kommuner og brev til alle samarbeidsparter inkludert bruker- og fagorganisasjoner. Det ble bedt om tilbakemelding om tiltaksområdene fortsatt er relevante og om situasjonen har endret seg i forbindelse med pandemien slik at tiltakene bør justeres.

Tilbakemeldingen fra alle som gav innspill var at tiltakene fortsatt er relevante og bør prioriteres gjennomført i løpet av kort tid slik at vi er bedre rustet til å takle nye lignende situasjoner eller en sterk økning i smittespredning av covid-19. Erfaringene som virksomhetene har gjort i forbindelse med covid-19-pandemien gir et godt grunnlag for videre arbeid og må tas høyde for innenfor hvert av tiltaksområdene. Anbefalingene som gis i rapporten er drøftet med representanter for berørte virksomheter samt interesse- og fagorganisasjoner.

Sluttrapport ble overlevert til HOD ultimo september, og prosjektet vil jobbes videre

med i 2021 som ledd i Helsedirektoratets arbeid med Nasjonal helse- og sykehusplan. Se s. 51 for vurdering av tiltakene opp mot målene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Kunstig intelligens

Nasjonal helse- og sykehusplan har som mål at kunstig intelligens skal brukes for å gi raskere og mer presis diagnostisering, bedre behandling og mer effektiv ressursbruk.

Det er god aktivitet innenfor kunstig intelligens (KI) og helse i alle regioner: Helse Vest er kommet langt på vei i koblingen mellom kunstig intelligens og klinisk praksis gjennom etableringen av Mohn Medical Imaging and Visualization Centre (MMIV)⁹ og etablering av et forsknings-PACS/RIS for utvikling, utprøving og tilgjengeliggjøring av nye metoder i eksisterende radiologisk arbeidsflyt. I tillegg til de mange KI-aktiviteter knyttet til MMIV foregår det også KI-aktivitet ved Seksjon for Helsetjenesteutvikling ved HUS, i forskningsprosjektet INTROMAT innen mental helse, og ved Brystdiagnostisk senter i regi av Mammografiprogrammet.

Helse Nord RHF, helseforetakene og Universitetet i Tromsø (UiT) samarbeider om en strategi for kunstig intelligens (KI) i helsetjenesten, der koblingen av forskningsmiljøer og klinikk vil stå sentralt. UiT har fått innvilget senter for forskningsdrevet innovasjon (SFI) innen "visual intelligens" for å sikre samarbeid mellom forskning og næringsliv, og et senter for brukernær kunstig intelligens er under planlegging.

Under Helseplattformen i Helse Midt-Norge er det opprettet et råd for kunstig intelligens, med deltakelse fra kommuner, helseforetak og RHF, som skal planlegge og kvalitetssikre innføring av prediktive modeller i helsetjenesten i Midt-Norge. Dette vil i første omgang gjelde tilgjengelige moduler fra Epic. I tillegg er det utenfor Helseplattformen startet opp utprøving av kunstig intelligens til

beslutningsstøtte innenfor blant annet bildeanalyse.

Helse Sør-Øst RHF arbeider med anskaffelse og utprøving av kommersielt tilgjengelige og CE-merkede KI løsninger i Vestre Viken (radiologi), Oslo Universitetssykehus (diabetisk retinopati) og screening for brystkreft under Brystscreening-programmet. Innenfor forskning og utvikling av KI-løsninger er det prosjekter ved Oslo universitetssykehus (DoMore, BigMed), Akershus universitetssykehus (hjertesvikt) og Sørlandet sykehus (allergier). Målsetningen er kvalitetsforbedringer i helsetjenesten og redusert gap mellom strukturerte og ustrukturerte journalsystemer.

I høringen "Bruk av helseopplysninger for å lette samarbeid, læring og bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten (...)" foreslår Helse- og omsorgsdepartementet adgang til å gi dispensasjon fra taushetsplikten for bruk av helseopplysninger i beslutningsstøtteverktøy basert på kunstig intelligens i helsetjenesten. Dette vil gjelde både dispensasjon fra taushetsplikten til å utvikle slike verktøy og til å ta slike verktøy i bruk ved ytelse av helsehjelp.

Det nasjonale koordineringsprosjektet "Bedre bruk av kunstig intelligens" er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Statens legemiddelverk og Helse Sør-Øst RHF (som koordinerer mot de øvrige helseregionene). Prosjektet kartlegger utfordringer, veileder, utfører tiltak og foreslår tilpasninger i rammevilkår på nasjonalt nivå for å løse utfordringer og legge til rette for bedre bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten. Dette omfatter regelverk, normering, styring, teknologikompetanse og finansieringsordninger.

Som et ledd i arbeidet er det valgt ut prosjekter som etatene skal veilede særskilt. Hensikten er blant annet at etatene skal få

⁹ <https://mmiv.no/>

førstehåndskunnskap rundt hva som er utfordringer og behov i prosjekter som skal ta i bruk KI, og at innføringsprosjekter skal få tett veiledning blant annet innenfor regelverk. De veiledede prosjektene er fra ulike fagområder: Bildeanalyse for å avdekke kreft (Vestre Viken), diagnostisering av hjertesviktpasienter (Akershus universitetssykehus) og analyse av netthinnebilder for å avdekke tidlige tegn på diabetisk retinopati (Oslo Universitetssykehus og Helse Sør-Øst RHF).

Krisearbeidet i forbindelse med covid-19-pandemien har forsinket arbeidet med KI i tjenestene og i koordineringsprosjektet, men de to første innføringsprosjektene er startet opp, og veiledes av koordineringsprosjektet. Der etatene har spisskompetanse gis det direkte veiledning til prosjektene. I tilfeller hvor etatene selv ikke har spisskompetanse gis det råd om og bistand til erfaringsutveksling mellom virksomheter, prosjekter og regioner.

Det er igangsatt arbeid for å undersøke hvordan det nasjonale koordineringsprosjektet kan involvere kommunal helse- og omsorgstjeneste, og hvilke utfordringer og muligheter de ser med bruk av kunstig intelligens. Koordineringsprosjektet har hatt flere møter med KS, og innledende møter med to kommuner. Kommuner oppfordres til å ta kontakt for veiledning og innspill.

Persontilpasset medisin

Mer persontilpasset medisin er et av målene i Nasjonal helse- og sykehusplan. I Helse- direktoratets nasjonale strategi fra 2016 forstås persontilpasset medisin som diagnostikk, behandling og forebygging av sykdom basert på biologisk detaljinformasjon om individet selv eller individets sykdom. Direktoratet har etablert Fagråd for persontilpasset medisin for å koordinere oppfølging og implementering av strategien. I fagrådet er alle aktører som har en rolle i strategien og aktører fra den tidligere styringsgruppen.

I samarbeid med de medisinsk-genetiske fagmiljøene har Helsedirektoratet i juli 2020 publisert veileder om bruk av genetiske undersøkelser i klinikken som retter seg både mot leger som rekvirerer genetiske undersøkelser, og mot medisinsk-genetiske avdelinger og laboratorier som utfører undersøkelsen.

Helsedirektoratet har utredet behovet for regelverksendringer for å dele personidentifiserbare tolkede genetiske varianter. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt forslag om regelverksendringer og register for tolkede genetiske varianter på høring høsten 2020. Helsedirektoratet har sammen med Direktoratet for e-helse igangsatt utredning av juridiske, etiske og tekniske sider ved lagring og deling av helseopplysninger fra kliniske genom-undersøkelser til helsehjelp, forskning og kvalitetssikring i tråd med tildelingsbrev og strategien.

RHFene har etablert Nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin/ presisjonsmedisin med koordineringsgruppe, regionale nettverk og ulike prosjekter. De regionale helseforetakene arbeider med å etablere infrastruktur for molekylær-diagnostikk og ulike tilbud om persontilpasset medisin som utprøvende behandling. Helsedirektoratet har etablert takst for finansiering av genpaneler i kreftdiagnostikk. Helse Midt-Norge leder prosjekt som skal utrede og implementere ordninger for midlertidig innføring av persontilpasset medisin gjennom "Nye metoder".

Vurdering av teknologi :



Måloppnåelse i 2020 per oktober:

Det har skjedd fremskritt i bruk av teknologi i helsetjenesten i 2020, blant annet med en stor økning i bruk av video- og telefonkonsultasjoner.

Det er mange initiativer innenfor kunstig intelligens, og vi mener å se at det er mange initiativer, nasjonale løft og interesse for internasjonale samarbeid innenfor flere områder som er viktige for å få kunstig intelligens i klinikk i Norge. Eksempler på slike initiativer er

- samarbeid med næringsliv og støtte til prosjekter som skal lage produkt basert på forskningen de har gjort
- tilgang til treningsdata
- erfaringsutveksling og samarbeid på tvers

De regionale helseforetakenes interregionale IKT-direktørmøte har valgt tre prosjekter som koordineringsprosjektet "Bedre bruk av kunstig intelligens" skal veilede i 2020. De veiledede prosjektene er fra ulike områder: bildeanalyse for å avdekke kreft, diagnostisering av hjertesviktpasienter og analyse av netthinnebilder for å avdekke tidlige tegn på diabetisk retinopati. De to første er startet opp, og veiledes av koordineringsprosjektet.

Risiko:

- Tjenestene går tilbake til gamle måter å jobbe på og reduserer igjen bruken av digitale konsultasjoner mer enn hva enn hva som er hensiktsmessig.
- Krisearbeidet i forbindelse med pandemien har forsinket arbeidet med kunstig intelligens i tjenestene og i koordineringsprosjektet

- Det er usikkerhet i helsetjenesten rundt hva som er lovlig bruk av sky, noe som er en risiko ettersom mange leverandører bruker skyteknologi
- Kunstig intelligens er nytt for mange som skal anskaffe og arbeide med det. Som et eksempel er IKT- og driftsleverandørers leveransekapasitet og kompetanse på kunstig intelligens blitt diskutert og kan utgjøre en risiko
- Det kan ta tid å få gode resultater i forskningsprosjekter som forsker på bruk av kunstig intelligens. Lar de gode resultatene vente på seg, kan det gi utfordringer og stoppe prosjekter
- Innføring av kunstig intelligens i kommunal helse- og omsorgstjeneste vil kreve finansiering som kanskje ikke er tilstede
- Det mangler finansiering for effektmåling

Digitalisering henger også tett sammen med arbeidet med helsekompetanse. Risikoen for digitalt utenforskap må kontinuerlig tas hensyn til i arbeidet.

Videre fremgang og anbefaling: Under pandemien har det skjedd endringer i hvordan tjenestene leveres både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Mye er gjort på kort tid, men det er fremdeles behov for å kommunisere hvor viktig velferdsteknologi kan være for håndtering av denne og eventuelle framtidige pandemier. Det er fortsatt mange gevinster som ikke er tatt ut av alle kommuner og helseforetak.

Fremover vil det være viktig å bygge på de raske endringene som allerede har skjedd slik at tjenestene opplever at dette er hensiktsmessig utvikling og at teknologien gir nytte både for bruker og behandler. Det er viktig å fortsette å opplyse kunstig intelligens - prosjekter om at det finnes veiledningstilbud, oppfordre til at dette brukes og trygge dem på at bruk av kunstig intelligens er ønsket.

Det er viktig å følge opp at algoritmer forsket frem i Norge blir CE-godkjent slik at de kan brukes i klinikk og komme pasienter til nytte.

Behov og Behov og tiltak innenfor kunstig intelligens (KI)

I arbeidet med KI i helsetjenesten har det gjennom 2020 dukket opp enkelte problemstillinger som koordineringsprosjektet forslår at det gjøres tiltak for å løse. Disse nevnes kort her, og beskrives nærmere i koordineringsprosjektets rapport "Status på arbeidet med kunstig intelligens", levert til Helse- og omsorgsdepartementet 27.10.2020.

Innføring av KI krever god kompetanse på mange fagområder, enten det er anskaffelsesprosjekt eller forskningsprosjekt som deretter kommersialiserer et produkt. Anskaffelsesprosjekter trenger en systematisk prosess som støtte i arbeidet. Et tiltak kan være å lage en sammenhengende og strømlinjeformet prosess for innovativ anskaffelse av CE-merket produkt med KI. Et annet er å lage en "veileder for krav til anskaffelser."

Det er usikkerhet rundt regelverk, spesielt for medisinsk utstyr og personopplysninger, og vi ser at regelverk i noen tilfeller tolkes ulikt. Positiv respons på tverretattlig veiledning, gjør at vi foreslår å undersøke om det er behov for tverretattlig regulatorisk veiledning etter

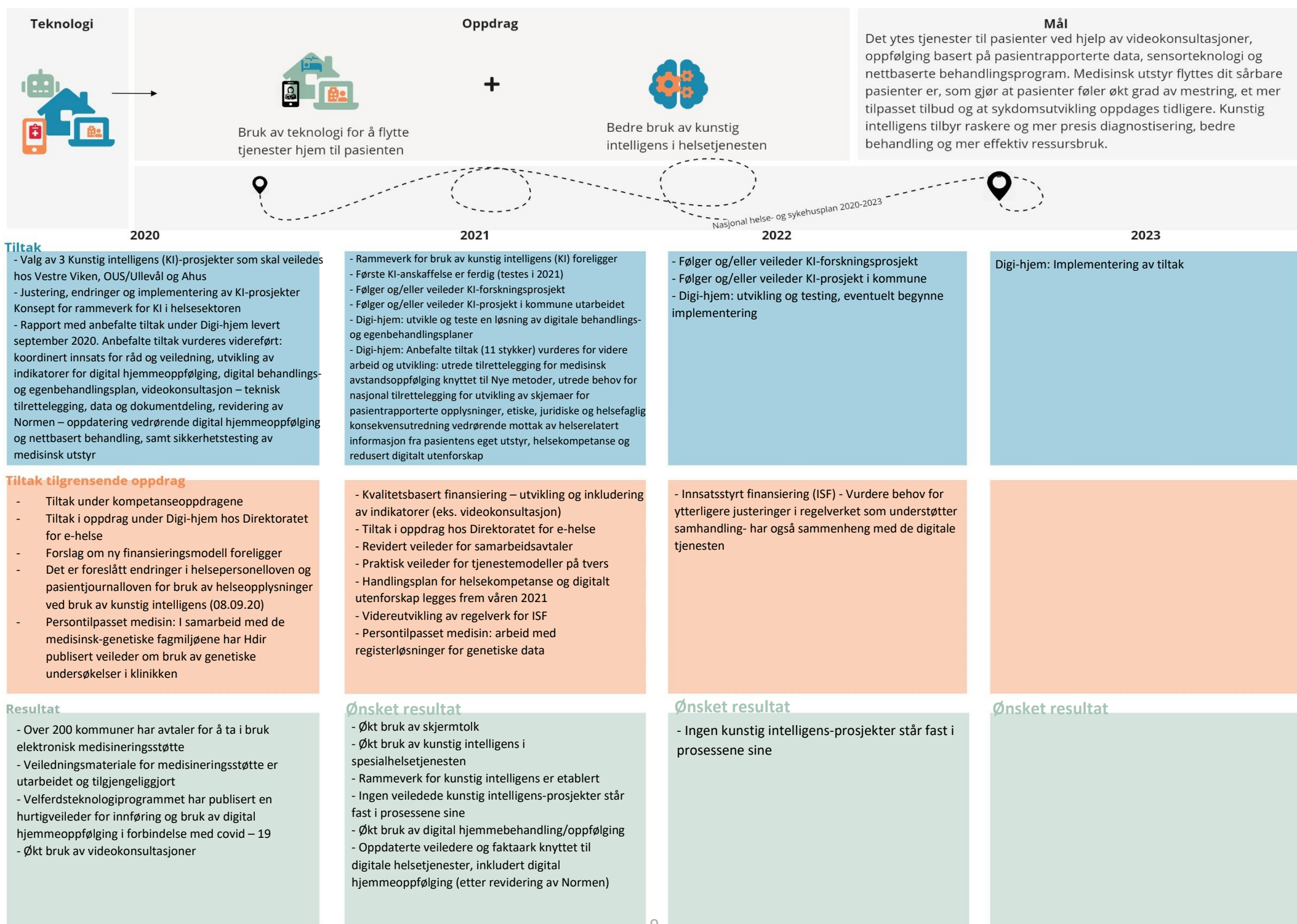
at koordineringsprosjektet er avsluttet, og hvordan dette i så fall kan organiseres.

Beslutningstakere og prosjektledere trenger å kjenne til tilsvarende aktivitet i andre prosjekter, miljøer og regioner.

"Kompetansenettverk for KI" fra etatenes felles plan, og "nasjonal e-helseportefølje v2.0" kan dekke dette behovet.

Beslutningstakere og prosjektmedlemmer etterlyser veiledning for skytjenester med helseopplysninger. Helsedirektoratet leverte den 27. oktober 2020 et forprosjekt om helseopplysninger i skyen, og er i dialog med HOD om veien videre.

Forskning på KI som skal kommersialiseres krever tett samarbeid mellom profesjoner og privat næringsliv. Dette er en utfordring som vi forventer at regionene løser selv, i tett samarbeid mellom helsetjenesten, de akademiske miljøene og privat næringsliv.



Digi-hjem: Tiltakenes sammenheng med helse- og sykehusplanens mål (som i rapport "Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling", levert HOD 250920)

Totalt er 11 tiltaksområder vurdert på nytt. Alle tiltaksområder understøtter de ulike målområdene i Helse- og sykehusplanen på ulike måter. Det gis her noen eksempler.



Pasienten er aktiv deltager

Pasienter og pårørende er de viktigste pådriverne for endring og forbedring av helse og omsorgstjenestene. God involvering av pasient og pårørende gir mer treffsikker forebygging, behandling og oppfølging.

Tiltak som treffer dette målområdet er Pasientrapportering, Egenbehandlingsplan, Digital helsekompetanse og Data fra pasientens eget utstyr. Det gis her eksempel vedrørende pasientrapportering og egenbehandlingsplan.

Pasientrapportering (PROM/PREM) kan tilrettelegges i forkant av en behandling, i forbindelse med behandlingen eller i forbindelse med oppfølging og rehabilitering. Pasienten fyller ut et skjema via en digital løsning som er lett tilgjengelig. Pasienten kan få informasjon om muligheten i forbindelse med timebestilling, etter en konsultasjon eller i forbindelse med en sykehusinnleggelse. Pasientens egen opplevelse av tilstanden vil være av stor verdi for treffsikkerhet i de tiltak som iverksettes og kan bidra til at helsetjenesten aktivt kan følge opp og i enkelte tilfeller unngå ny innleggelse i sykehus.

Egenbehandlingsplan kan tilrettelegges som en digital løsning som er lett tilgjengelig for pasienten.

Planen kan være utformet sammen med pasienten av spesialisthelsetjenesten eller i primærhelsetjenesten. Hva som er viktig for pasienten skal tydelig fremkomme i planen,

tiltak som pasienten selv kan gjøre og hvem som er kontaktpersoner i helse- og omsorgstjenesten for oppfølging av planen. Pasienten kan selv registrere målinger og oppfølging av tiltakene. I samarbeid med tjenesten vurderes det om tiltakene er riktige for måloppnåelse.

Vi lærer av hverandre



Ved å systematisk lære av hverandre kan helse- og omsorgstjenesten øke pasientsikkerheten og oppnå mer effektiv ressursbruk. Tiltak som understøtter dette målområdet er Råd og veiledning, fagnettverk for video, Normen og Sikkerhetstesting.

Det gis her eksempel vedrørende råd og veiledning, nettverksbygging/fagnettverk vedrørende video og sikkerhetstesting/Normen.

Råd og veiledning med læring av kollegaer er et virkemiddel som har vist seg å ha god effekt og kan settes i system på dette området. Tjenestene vil kunne veilede hverandre på områder der enkelte har opparbeidet spesialkompetanse. Det kan etableres strukturer som bidrar til at befolkning, pasienter, tjenestene og leverandører raskt får tilbakemelding på spørsmål knyttet til for eksempel bruk av video og medisinsk utstyr, tjenesteinnovasjon, implementering, endringsarbeid og gevinstarbeid, personvern og jus og anskaffelser. Statlige instanser kan tilrettelegge gjennom nasjonale anbefalinger og veiledninger.

Gjennom sikkerhetstesting skal det sjekkes at personvernkrav og sikkerhetskrav som stilles faktisk er implementert. Krav bør inn i kravspesifikasjonen ved anskaffelser av nytt utstyr. Utstyret skal bl.a. designes slik at det sikres at repeterbarhet, pålitelighet og ytelse er i samsvar med den tiltenkte bruken, samt muligheter for verifisering og validering, inkludert testing. Virksomhetene må ha kompetanse og mulighet for gjøre sikker-

hetstesting før utstyr tas i bruk. Enkelte større virksomheter har lang erfaring og god kompetanse på dette området. Deling av kompetanse, råd og veiledning kan settes i system gjennom strukturen som er etablert i Normen.

Bruk av helsedata til beste for fellesskapet



Pasientene skal oppleve at bruk av våre felles helsedata ved hjelp av teknologi gir bedre og mer presis helsehjelp.

Helsedata må gjøres tilgjengelig på tvers av helseregistre og andre kilder for helsedata.

Tiltak som treffer dette målområdet er pasientrapporterte data, data og dokumentdeling, behandlingsplan og indikatorer. Det gis her eksempel vedrørende data og dokumentdeling og indikatorer

Løsninger for data og dokumentdeling gjør det mulig for mottaker av henvendelser, målinger og egenrapporterte data fra pasient å følge opp på en adekvat måte. Det kan gjøres ved å ta kontakt med pasient ved tegn til forverring og målinger utenfor det som er normalverdier for den enkelte.

Innrapporterte data kan gjenbrukes uten at de registreres på nytt og presenteres på ulike måter ut fra pasient eller tjenestens behov. Dataene kan også på sikt vurderes å inngå i lokalt kvalitetsarbeid eller nasjonale registre i henhold til den enhver tids gjeldende personvernbestemmelser.

Nasjonale kvalitetsindikatorer gjør det mulig å følge med på utviklingen av digitaliseringstakten i tjenesten. Tilgang til pasientrapporterte data vil også kunne være av stor verdi på dette området. Indikatorer kan gi grunnlag for endret innretning av virkemidler nasjonalt og i lokalt forbedringsarbeid. Det må vurderes hvilke registreringsmuligheter det allerede er lagt til rette for når tjenester flyttes hjem ved hjelp av teknologi. Hvilke registreringsmuligheter savnes for å få god oversikt, har vi data som

kan brukes eller må det innhentes spesielt for dette formålet.

Livslang læring



Store utfordringer krever store endringer – det må utvikles en kultur for innovasjon og deling på tvers. Medisinsk fagutvikling har alltid stått sterkt og er en sterk motivasjon for klinikerne. Virksomhetene har plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere – med mål om sikre og gode helsetjenester og forbedret kvalitet. Tiltak som treffer dette området er råd og veiledning, metodevurdering og behandlingsplan. Det gis her eksempel vedrørende metodevurdering og behandlingsplan.

Metodevurderinger (Health Technology Assessment, HTA) benyttes for å vurdere klinisk effekt og sikkerhet av en medisinsk metode og belyse konsekvenser ved å ta i bruk metoden. En metodevurdering er ingen anbefaling eller beslutning, men skal være et grunnlag for beslutninger. På bakgrunn av erfaringene som er gjort ser det ut til at metodevurderinger er et hensiktsmessig verktøy for å vurdere klinisk effekt av tiltak innen feltet digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling, samt vurdere konsekvenser ved innføring av tiltakene. Metodevurderingen skal støtte virksomhetene og klinikerne i vurdering av og beslutning om tiltaket skal innføres.

En behandlingsplan kan gi bedre sammenheng i pasientforløpet, der nødvendig informasjon knyttet til en pasients fremtidige behandling og oppfølging skal være tilgjengelig mellom ulike behandlere i helse- og omsorgstjenesten og pasienten selv. Aktører i helse- og omsorgstjenesten bør ha digitale maler og verktøy for å utarbeide behandlingsplaner. Digitale behandlingsplaner skal understøtte nødvendige endringer av arbeidsprosesser, der fokuset skal være arbeid i team rundt sammensatte behov. Slike endringer er krevende og betinger god ledelse.



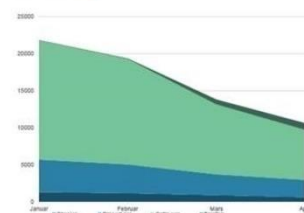
I oppdragene Helsedirektoratet har fått under Nasjonal helse- og sykehusplan legges det stor vekt på å se de ulike virkemidlene i sammenheng. Figuren over viser hvordan ulike verktøy er brukt /er i planleggingsfasen når det gjelder nye måter å tilby tjenester på, her eksempelet videokonsultasjoner og telefonkonsultasjoner som har hatt en enorm økning i forbindelse med pandemien.

Fig DRG: kilde NPR

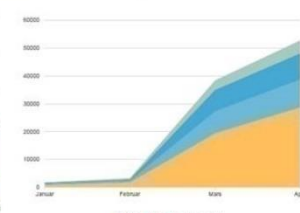
Fig e-konsultasjoner: kilde KUHR

DRG-aktivitet somatikk

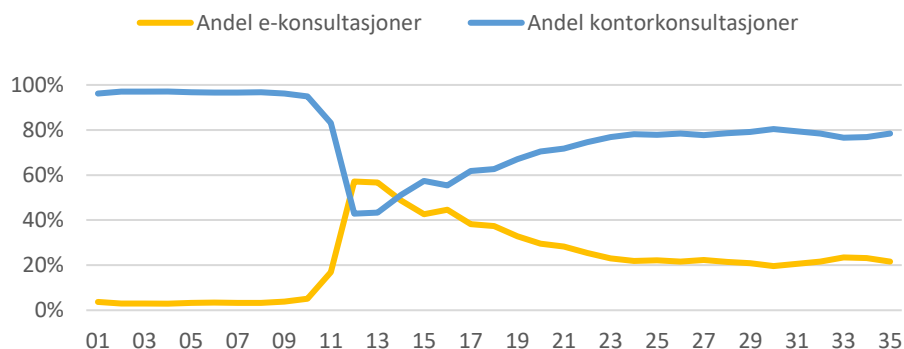
Reduksjon i poliklinisk aktivitet – ISF-poeng



Økning i telefonkonsultasjoner – antall konsultasjoner



Andel e-konsultasjoner per uke i 2020



Kompetanse: Hvor vil vi?

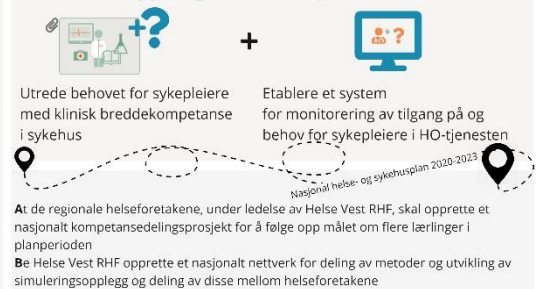
Helse- og omsorgstjenesten utfører sine oppgaver med en bærekraftig og realistisk tilgang på arbeidskraft. «Alle» har erkjent at oppgaver må løses og fordeles på nye måter, at endring er det permanente, og at oppgaver må løses i team – på tvers av fag og institusjoner. I helseforetakene planlegges det systematisk for hvordan behovene for personell skal dekkes. Sykehusene, kommunene og høyskolene samarbeider om gode modeller for utdanning av spesialsykepleiere, og behovet for fleksible utdanningsmodeller i distriktene ivaretas. Alle helseforetak bidrar til å øke utdanningskapasiteten for helsefagarbeidere for å møte behovene i hele helse- og omsorgstjenesten. Sykehusene legger syste-

matisk til rette for kontinuerlig kompetanseutvikling. Den nye spesialistutdanningen for leger bidrar til bedre dekning av spesialister. De ansatte har den teknologiske kompetansen de trenger. Forskning er integrert i klinisk praksis og bidrar til kompetanseutvikling og kunnskapsbasert praksis. Simulering brukes aktivt i undervisning, når teamene trener på samarbeid, og for innøving av ferdigheter og prosedyrer. Helseforetakene samarbeider om å utvikle og dele simuleringverktøy. Kommuner og sykehus deler kompetanse. Gode arbeidsgiverstrategier balanserer nytten av å bruke helsepersonell med utdanning fra utlandet mot sårbarheten det kan medføre.

Regjeringen vil

Oppfordre helsefelleskapene til å sette konkrete mål for deling av kompetanse mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten
Be helseforetakene lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur.
Sykepleiere og helsefagarbeidere skal gis prioritet i dette planarbeidet
Etablere et nasjonalt system for å følge med på tilgang på og behov for sykepleiere i den samlede helse- og omsorgstjenesten
Øke antall utdanningsplasser for spesialsykepleiere innen anesthesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie med basis i kunnskap om behov
Revidere utdanningene for spesialsykepleiere innen anesthesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie
Revidere den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helse- og rusarbeid, og etablere en ny mastergrad i psykisk helse- og rusarbeid rettet mot sykepleiere
Utrede behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus, og tilrettelegge for utvikling av en utdanning for slik kompetanse
Øke antall lærlinger både i helsefag og andre lærefag som er relevant i sykehus. Arbeidet med å øke antallet helsefagarbeiderlærlinger skal prioriteres i planperioden
Opprette et opplæringskontor for helsefagarbeiderlærlinger og andre relevante lærefag i hvert helseforetak. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig

Oppdrag under Kompetanse



Et hovedmål i Nasjonal helse- og sykehusplan er at helse- og omsorgstjenestene utfører sine oppgaver med en bærekraftig og realistisk tilgang på arbeidskraft. Framskrivninger av befolkningstall og tilbud og etterspørsel etter helsepersonell (Helsemod) tilsier at dagens situasjon ikke er bærekraftig på sikt, og må løses blant annet ved å jobbe på andre måter i helsevesenet.

Kompetanseløft 2020 (2016 – 2020) ble lagt fram i statsbudsjettet for 2016 (Prop.1S (2015-2016)) og var en oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, Omsorg 2020 og Prop. 15S (2015-2016) *Opptappingsplanen for rusfeltet*.

De seks strategiene i Kompetanseløft 2020 er:

- Sikre god rekruttering og stabil bemanning av helse- og sosialfaglig personell
- Sikre at grunn- og videreutdanningene har god kvalitet og er tilpasset tjenesten
- Heve kompetansen hos de ansatte med mål om styrket forskning, innovasjon og kunnskapsbasert praksis
- Legge til rette for tjenesteutvikling, teamarbeid og innovasjon
- Bidra til god praksis, faglig utvikling, større faglig bredde og kunnskapsspredning
- Bidra til bedre ledelse gjennom målrettet satsing på økt lederkompetanse

Gjennom Helsedirektoratets arbeid med å gjennomføre Kompetanseløft 2020 og tidligere nasjonale kompetanse- og rekrutteringsplaner for kommunale helse- og

omsorgstjenester, har utfordringsbildet over tid i kommunale helse- og omsorgstjenester blitt tydeliggjort. I utfordringsbildet inngår et økende behov for omsorgstjenester og helsehjelp i befolkningen, utfordringer med å rekruttere helsepersonell med rett kompetanse, økende ubalanse mellom tilbud og etterspørsel av helse- og sosialpersonell, utfordringer med å beholde personell og medfølgende turnover, stor andel ansatte uten formell kompetanse i hjemmebaserte tjenester og i sykehjem/institusjoner, høyt sykefravær og utstrakt bruk av deltid.

Institusjonsbaserte og hjemmebaserte tjenester utgjør om lag 90 prosent av årsverksressursen i kommunale helse- og omsorgstjenester, og er dermed en sentral aktør i samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten.

Det er identifisert en særlig stor mangel på sykepleiere i kommunale tjenester nå og framover. Samtidig vil en økt faglig bredde og styrket tverrfaglig og tverretattlig samarbeid vil kunne bidra til bedre oppgaveløsning og redusert belastning på hardt pressede yrkesgrupper. En heltidskultur i helse- og omsorgstjenestene, både for sykepleiere, helsefagarbeidere og andre faggrupper, vil være avgjørende for bedre utnyttelse av fagkompetanse både i institusjoner og hjemmetjenester.

Det er også identifisert utfordringer knyttet til behov for økt lederkompetanse og styrket lederrolle i helse- og omsorgstjenesten og manglende lokalpolitisk forankring av strategiske kompetanseplaner. Samtidig ligger det et potensial i innovasjon, ny teknologi og endret organisering av tjenester, samt i å utvikle kommunen til en faglig sterk arena for utdanning og kompetanseutvikling, der desentraliserte og distriktsvennlige utdanninger bidrar til å rekruttere og beholde kvalifisert personell i mindre sentrale strøk.

Helsedirektoratet arbeider med disse utfordringene bl.a. gjennom prosjekter, satsinger og tilskuddsordninger. KS har

gjennom flere år fått tilskudd til å kvalifisere menn til å bli helsefagarbeidere i satsningen Menn i helse. Likeledes arbeider Helsedirektoratet både med å styrke rekrutteringen av leger i allmenntjenestene til alle deler av landet og å rekruttere sykepleiere bl.a. gjennom prosjekt Jobbvinner. Her blir det også arbeidet med å styrke samarbeidet med utdanningsinstitusjonene og å bidra til at praksisperiodene i kommunale tjenester i større grad kan utvikles slik at studenter, elever og lærlinger finner kommunen som en attraktiv arbeidsplass.

En videreføring av kompetanseløft 2020, "Kompetanseløft 2025" er introdusert i Prop1 2020-2021. Regjeringen vil legge frem dette som en ny plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Forslaget til statsbudsjett angir "Kompetanseløftet skal bidra til en faglig sterk tjeneste og til å sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning.... Kommunene og fylkeskommunene som vil være de sentrale aktørene i gjennomføringen av Kompetanseløft 2025. Ansvar for å sikre en faglig sterk tjeneste og tilstrekkelig og kompetent bemanning ligger hos dem. Oppdraget med å gjennomføre Kompetanseløft 2025 vil gis til Helsedirektoratet. Helsedirektoratet vil i gjennomføringen ha et samarbeid med KS og arbeidstakerorganisasjonene. Fylkesmannen vil ha et særskilt ansvar for dialogen med og oppfølgingen av kommunene og fylkeskommunene, i et samarbeid med andre relevante regionale aktører."

Aktiviteter i 2020:

Dimensjonering og framskrivinger

Helsedirektoratet har begynt arbeidet med å vurdere hvordan et felles framskrivnings-verktøy for helseforetak og kommuner kan etableres.

Helsedirektoratet jobber også med dimensjonering av ulike former for kompetanse. Hvert år gis det innspill til utdanningskapasitet i forbindelse med statsbudsjettet. Da vurderes det, med innspill blant annet fra de regionale helseforetakene og KS, om det er tilstrekkelig kapasitet innen 18 helsefaglige yrkesgrupper og om det er utdanning av flere kandidater som eventuelt vil avhjelpe situasjonen dersom det er mangel på personell.

SSB har utviklet Helsemod som et planleggingsverktøy som benyttes til framskrivninger av tilbud og etterspørsel etter ulike grupper helsepersonell. Helsemod er en viktig komponent i vurdering av kompetansebehov på sikt, og disse beregningene ble sist utført i 2019. Som en del av utviklingsarbeidet med verktøyet ønsker man å få mer kunnskap blant annet om hvordan yrkesutøvere forflytter seg i løpet av karrieren. På bestilling fra HOD og Helsedirektoratet har SSB blant annet gjort analyser av arbeidssted og tilknytning til arbeidslivet for enkelte kull av leger, sykepleiere og helsefagarbeidere; sett på geografisk forflytning av sykepleiere etter studiet; og undersøkt regional variasjon i sykefravær blant sykepleiere og helsefagarbeidere. Dette arbeidet henger tett sammen med vurdering av felles framskrivningsverktøy under samhandlingsfanen i NHSP (se s.22).

Det er igangsatt et arbeid for å vurdere behovet for avansert klinisk breddekompetanse for sykepleiere i sykehus. Det ble gjort et tilsvarende stort arbeid i perioden 2016 – 2019, rettet mot å utrede behovet for avansert klinisk breddekompetanse for sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Det var opptak til første kull i masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie høsten 2020. Det må nå vurderes om det er behov for sykepleiefaglig breddekompetanse spesielt rettet mot spesialisthelsetjenesten, og særlig rettet mot arbeidet som gjøres ved sengeposter,

poliklinisk arbeid, dagbehandling, ambulante tjenester og knyttet til hjemmesykehus. Arbeidet er igangsatt høsten 2020 og funnene fra utredningen vil bli presentert i en rapport som beskriver nåværende situasjon og behovet for avansert klinisk breddekompetanse for sykepleiere i sykehus. Rapporten planlegges ferdig juni 2021.

Annet arbeid i 2020

Helsedirektoratet har hatt ansvar for forarbeidet til ny forskrift (RETHOS -Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfag-utdanningene) om masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie som trådte i kraft fra 1.1.2020 samtidig med ny forskrift om offentlig spesialistgodkjenning av sykepleiere i avansert klinisk allmenn-sykepleie. Breddekompetansen i denne utdanningen vil ha stor betydning for å heve kompetansenivået blant ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester som gir tjenester til innbyggere med komplekse og omfattende lidelser.

Helsedirektoratet har begynt arbeidet med å etablere et system for å følge med på tilgangen på og behovet for sykepleiere i helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet har sammen med KS hatt ansvar for oppdrag til Handelshøyskolen BI om å tilby nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Målgruppen for utdanningsmodulen på 30 studiepoeng på masternivå er ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester og i tannhelsetjenesten i fylkeskommunene. Helsedirektoratet har våren 2020 utlyst konkurranse om leverandør til å videreføre lederutdanningen for en ny periode. Leverandør er ikke avklart. Parallelt har KS og de regionale helseforetakene utviklet en ny, felles topplederutdanning på masternivå som BI startet opp høsten 2020. Helsedirektoratet har nylig i samarbeid med KS og Legeforeningen utarbeidet et konkurransegrunnlag for lederutdanning for fastleger tilsvarende tre studiepoeng. Leverandør er ikke avklart.

Helsedirektoratet leverte høsten 2020 en økonomisk og administrativ vurdering av en mulig lovfesting av et sørge-for-ansvar for kommunene til å ta imot helse- og sosialfagsstudenter i praksis. Dette ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet. Med dagens regelverk har sykehusene en plikt til å ta imot studenter, mens kommunene har en plikt til å *medvirke til* undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell. I rapporten er det beskrevet hvilke grunnleggende elementer som bør være til stede for at kommunene skal kunne tilby gode praksisstudier. Det er bl.a. foreslått en dedikert stilling som kan ha det overordnede faglige ansvaret for praksis i kommunen og en dedikert stilling som kan ha det overordnede ansvar for det praktiske/ administrative arbeidet. Det er også foreslått å opprette kombinerte stillinger mellom utdanningsinstitusjonene og kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg er det foreslått tiltak for å styrke veilednings- og fagkompetanse i kommunene. Alt dette skal bidra til å bedre kvaliteten og helheten på praksisstudiene og sikre at kommunene blir mer populære og mer brukt som læringsarenaer for studenter i praksis.

Helsedirektoratet har besvart et oppdrag om å kartlegge og vurdere behovet for desentraliserte og deltidsbaserte utdanningstilbud for sykepleiere og vernepleiere hvor vi særlig analyserer rekrutteringseffekten i utdanningene. Analyser peker på at lokal forankring av utdanningstilbud særlig er en suksessfaktor, og det er da bekymringsfullt når tilbud blir lagt ned eller sentralisert. Det er viktig å rekruttere og utdanne lokalt, for i størst mulig grad å tiltrekke til utdanning og senere beholde helsepersonellet i de deler av landet hvor det er utfordrende å rekruttere. Studier bør ha en tydelig lokal forankring og bygge på et forpliktende samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og kommuner slik at studentene ikke trenger å flytte geografisk for å ta utdanning eller gjennomføre praksis.

Helsedirektoratet vurderer at fleksible utdanningsmodeller bør bli ett av elementene i en større satsing på kommunene som utdanningsarena i nytt Kompetanseløft, og knyttes opp mot et løft for forskning, innovasjon og fagutvikling i førstelinjen.

De regionale helseforetakene (RHF) har fått i oppdrag å etablere et nasjonalt samarbeid om utvikling og bruk av simulering som metode. Helse Vest RHF skal lede dette arbeidet.

RHFene har også i sine oppdragsbrev fått et eget punkt om læreplasser.

"I tråd med omtale i Nasjonal helse- og sykehusplan ba foretaksmøtet om at:

- Antall lærlinger både i helsefag og i andre lærefag som er relevante i sykehus økes i løpet av planperioden 2020-2023. Arbeidet med å øke antallet helsefagarbeiderlæringer skal prioriteres i planperioden.
- Det opprettes et opplæringskontor for helsefagarbeiderlæringer og andre relevante lærefag i hvert helseforetak. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig.
- De regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, oppretter et nasjonalt kompetansedelingsprosjekt for å følge opp målet om flere lærlinger i planperioden"

Covid-19: Da covid-19-pandemien inntraff, antok man at det ville bli behov for en betydelig mobilisering av helsepersonell og det ble gitt oppdrag til Helsedirektoratet om "Behov for nasjonal styring i mobilisering av helsefagstudenter og helsepersonell til tjeneste under koronaepidemien – reservepersonell". Reservepersonell ble definert som:

Helsepersonell som har autorisasjon, men som jobber i andre bransjer enn helse- og omsorgstjenesten, ferdigutdannede leger med autorisasjon som venter på LIS1-stilling, siste års medisinstudenter og siste års studenter i alle helsefagutdanninger, sykepleiere som har tatt eller er under videreutdanning samt siste års elever/læringer i relevante yrkesfaglige utdanninger som helsearbeiderfaget, ambulansefaget, portørfaget og aktivitører.

Det ble innhentet ulike oversikter fra interne og eksterne registre:

- oversikt fra NAV sitt AA-register over alle leger og sykepleiere og koblet disse mot HPR-registeret. Tilnærmet 50 000 jobber utenfor helsesektoren, ca. 200 000 jobber innenfor helsesektoren
- oversikt fra universiteter og høyskoler over ansatte med helsefagutdanning samt siste års studenter, sykepleiere med videreutdanning og deres kontaklinformasjon
- oversikter fra egne registre og lister

Samtidig med dette ble det samarbeidet med eksterne og interne IKT-ressurser om etablering av et register

(www.nasjonalhelsepersonell.no) der helsepersonell som hadde ledig kapasitet kunne registrere seg frivillig. Det ble sendt epost til utvalgte grupper og startet ulike kampanjer, også i media, for å gjøre registeret kjent og oppfordre helsepersonell til å registrere seg.

I løpet av mars hadde over 3000 helsepersonell registrert seg, det samme i april. I starten av oktober har 8189 registrert seg og omtrent halvparten oppgir at de er tilgjengelig på kort varsel. Registeret er gjort tilgjengelig for kommuner, fylkesmenn og helseforetak. De kan rekruttere personell innen sin region direkte fra registeret.

For å bedre kompetansen i møte med pandemien ble det tidlig kartlagt eksisterende opplæringsressurser, pågående arbeid og udekkede opplæringsbehov. Eksisterende ressurser ble, og blir fortløpende, kartlagt, kvalitetssikret og gjort lett tilgjengelig i helsedirektoratets koronaveileder. Det er utviklet e-læringskurs i lindrende behandling ved covid-19-sykdom, utviklet av Kompetansebroen. Kurset retter seg mot ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg skal KS og Senter

for medisinsk etikk lage et casebasert program i etisk refleksjon.

Til nytte i gjennomføring av TISK-strategien (testing-isolering-smittesporing-karantene), er det laget en enkel og godt tilpasset sjekkliste for personellplanlegging (i koronaveilederen), samt opplæringspakke i smitteoppsporing. Det arrangeres en webinarrekke kalt "øving på TISK" for fylkesmenn og kommuner som også etterfølges av treningsopplegg i planlegging og gjennomføring av TISK-strategien.

Ny handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024¹⁰ ble lansert i mai 2020.

Handlingsplanen skal bidra til å styrke, utvikle og bevare en fastlegeordning som gir pasientene allmennlegetjenester av høy kvalitet. Planen inneholder 17 tiltak. Ett mål er å rekruttere flere til spesialisering i allmennmedisin. I 2020 har det vært forskriftsendring ute på høring (frist 250820) om introduksjonsavtaler. Det er mål om ikrafttredelse våren 2021. ALIS- kontorer (allmennleger i spesialisering) er under etablering. Det er inngått kontrakter med de fem kommunene som skal drive regionale ALIS kontorer. De skal gi støtte til kommunene, blant annet gi råd om hvordan spesialist-utdanningen kan gjennomføres og de kan bidra til koordinering. Det er også aktuelt med tiltak som går utover spesialist-utdanningen, for eksempel tilskudd til styrket veiledning og andre tiltak for å rekruttere leger til spesialisering i allmennmedisin.

Ny spesialistutdanning for leger ble gjeldende for alle spesialiteter fra mars 2019. Nasjonal lik spesialistutdanning med felles læringsmål for alle innenfor en spesialitet har som mål at det skal være lettere å rotere mellom foretak og regioner. Det jobbes med implementering. Det jobbes med vurderingskompetanse og å få på plass et kompetent veilederkorps. En ny spesialitet i rettsmedisin utredes nærmere.

¹⁰

<https://www.regjeringen.no/contentassets/96f658>

[1333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/1333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf)

Kompetansebroen

www.kompetansebroen.no er en digital plattform for samhandling og kompetansedeling mellom sykehus, kommuner og utdanningsinstitusjoner. Plattformen er fritt tilgjengelig for alle interesserte, men har lokale løsninger for helseforetaksområdene til Ahus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset Innlandet og snart Sykehuset Østfold. Ahus har vertsfunksjon for tjenesten. Her deles digitale kvalitetssikrede læringsressurser, arrangementer, nyheter og samhandlingsinformasjon. Kompetansebroen utvikler også egne filmer, digitale kurs, podkast og andre verktøy i samarbeid med fagmiljøene. I følge evaluering fra PA Consulting (2020) har Kompetansebroen opplevd en «formidabel vekst» siden lanseringen i 2017 og lykkes i sitt oppdrag om kompetansedeling og samhandling på en brukervennlig og innovativ måte.

I Helse Sør-Øst pågår for tiden en utredning om å ta i bruk Kompetansebroen som en regional plattform da det er interesse fra alle helseforetakene i regionen. Ledergruppen har bedt om at det også utredes mulighet for utbredelse til en nasjonal plattform. Kompetansebroen opplever stor trafikk også fra resten av landet, og Kompetansebroen mener konseptet sammenfaller godt med helsefelleskap-modellen ved å være en arena for utvikling av verktøy som realiserer felles kompetansemål.

Vurdering kompetanse:



Måloppnåelse 2020: I 2020 har det blitt gjort en rekke tiltak under Kompetanseløft 2020. Selv om disse er rettet mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten har de også

betydning for måloppnåelsen i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Det er igangsatt tiltak relatert til spesialistutdanning for leger. ALIS- kontorer (allmennleger i spesialisering) er under etablering. Det er inngått kontrakter med de fem kommunene som skal drive regionale ALIS- kontorer. Dette er viktig for å få bedre dekning av spesialister.

Det var opptak til første kull i master- utdanning i avansert klinisk allmennsykepleie høsten 2020.

Risiko:

I arbeidet med å utvikle system for monitorering av tilgang på og behov for sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten er det noe usikkerhet knyttet til om alle nødvendige data vil være tilgjengelig. Det er også en viss skepsis i tjenestene til å fokusere på en yrkesgruppe. Det må gjøres et arbeid med å få fram relevansen for tjenestene og tydeliggjøre at det nye systemet skal kunne tilføre noe mer enn eksisterende data og løsninger gjør.

Videre fremgang og anbefaling:

Helsefelleskapene bør bli en viktig arena for kompetanse og personellplanlegging. Det er behov for sterke samarbeid mellom nivåene på kompetanseområdet. Helseforetak og kommuner i samme område forholder seg oftest til de samme utdanningsinstitusjonene for helsepersonell, og bør se både sine behov og sine ressurser i sammenheng. Hvis kommunene også får sørge for ansvar for praksisopplæring av helsefagstudenter, vil kommuner og helseforetak bli mer likestilte i sitt ansvar for utdanningene.



Finansiering

Finansiering: Hvor vil vi?

Det er klart hva som er ønsket utvikling i tjenesten, og finansieringsordningene understøtter en slik utvikling. Finansieringen oppleves ikke som hinder for nye og effektive måter å tilby tjenester på, og tilpasses raskere. De regionale helseforetakene involveres og bidrar systematisk i

vurderinger av hva som er ønsket tjenesteutvikling, som grunnlag for videreutvikling av finansieringsordningene. Kvalitetsbasert finansiering er innrettet for å understøtte sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig bedre samhandling og økt digitalisering.

Regjeringen vil

Videreutvikle innsatsstyrt finansiering for å understøtte ønsket utvikling av tjenesten, særlig knyttet til mer helhetlige tjenestetilbud, bedre samhandling med kommunene og økt digitalisering. Tilpasse finansieringsordningene raskere for å oppnå økt bærekraft på lengre sikt. Knytte kvalitetsbasert finansiering tettere til sentrale mål for utvikling av spesialisthelsetjenesten, særlig bedre samhandling og økt digitalisering.

Oppdrag under Finansiering



Videreutvikle ordningen
Innsatsstyrt finansiering (ISF)

+



Vurdere hvordan Kvalitetsbasert
finansiering (KBF) kan endres for å
knyttes tettere til mål for utvikling
av spesialisthelsetjenesten



Finansiering er ett av virkemidlene for måloppnåelse, men ett virkemiddel alene kan ikke bidra direkte til måloppnåelse på alle områder. Helsedirektoratet har et helhetlig ansvar for forvaltning og videreutvikling av finansieringssystemene i helsetjenesten. Helsedirektoratet videreutvikler de ulike finansieringsordningene for helsesektoren i tråd med målet om at disse skal bidra til likeverdige og effektive helsetjenester av god kvalitet. I 2020 har det skjedd flere endringer i finansieringsordningene som er med på å understøtte ønsket utvikling slik det er skissert i Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP).

Planen angir at finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten må understøtte målene om et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, god samhandling med kommunene og arbeidet med digitalisering.

Hva har skjedd i 2020?

NHSP angir et behov for raskere tilpasning av finansieringsordningene. Da koronapandemien traff Norge var det behov for endringer på primærhelseområdet, for

allmennleger og avtalespesialister blant annet, og det skjedde raske endringer i takstsystemet for å liberalisere. Det var mindre behov for endringer innen innsatsstyrt finansiering (ISF) fordi mye allerede var på plass.

Videokonsultasjoner med lege ble fra 2008 finansiert i ISF-ordningen på lik linje som

konsultasjoner med oppmøte, og fra 2019 gjaldt dette også for annet helsepersonell. Fra 2020 ble også telefonkonsultasjoner i somatikk tellende innen ISF-ordningen, Smed samme refusjon som andre konsultasjoner fra 1. juli.

Telefonkonsultasjoner og videokonsultasjoner

likestilles med fysiske

konsultasjoner fordi det, der dette velges, skal være et jevngodt tilbud for pasienten.



Videokonsultasjon



Telefonkonsultasjon

Det har siden 2008 pågått et arbeid med at nye personellgruppers konsultasjoner blir tellende, uavhengig av hvilke sykdommer som er årsak til kontakt. I 2020 inngår 18 ulike helsepersonellgrupper som utførende av selvstendige konsultasjoner i ISF. Slik finansiering er en viktig del av oppgaveglidningen i spesialisthelsetjenesten.

Å flytte tjenester hjem til pasienten er et mål i NHSP. I 2020 har det kommet presiseringer i ISF-regelverket som forenkler og bidrar til lik finansiering uavhengig av om pasienten er innlagt i sykehuset eller behandles hjemme. Det har også blitt innført flere endringer i ISF-ordningen for å synliggjøre samarbeidstiltak og arbeidsformer som gjør overgangen mellom forvaltningsnivåene bedre for pasientene. En slik ordning er finansiering av samarbeidsmøter og oppfølgingssamtaler på tvers av forvaltningsnivåene. Dette bygger på tilsvarende innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Nå kan dette også brukes innen somatikk. Det kan for eksempel dreie seg om samarbeidsmøter og planlegging også hvor pasienten ikke er tilstede.

Teambasert oppfølging er et sentralt mål i NHSP. Det er nå på plass finansiering av strukturert oppfølging fra tverrfaglige integrerte team for eksempel en modell med pasientsentrerte helsetjenesteteam. Dette er en parallell til ACT-team innen psykisk helsevern og TSB.

Det er et mål med samordnet oppfølging etter en behandlingsperiode i spesialisthelsetjenesten og i overgangen til kommunal omsorg. Et skritt for å oppnå dette har vært å tidlig støtte utskrivningsteam ved hjerneslag. Det gis finansiering til ambulant og tverrfaglig oppfølging (ikke nødvendigvis integrert) med team som primært utgår fra spesialisthelsetjenesten og som sørger for overgangen til primærhelsetjenesten og overgang til kommunal omsorg. Slike utskrivningsteam er ikke aktuelle for alle pasienter, men kan f.eks. være aktuelt etter et

langvarig behandlingsløp. Finansieringen er ikke basert på diagnoser, men åpen på hvilke problemstillinger som gjør at pasientene trenger dette, og dreier seg mer om hvilke tjenester pasienten mottar.

Det har blitt gjort tilpasninger i finansieringen slik at det gis finansiering blant annet for telekardiologi, telemedisinsk oppfølging av CPAP, telemedisinsk sårbehandling, videokonsultasjoner, telefonkonsultasjoner, oppfølging basert på digitale PRO-skjema i stedet for konsultasjoner og nettbasert behandlingsprogram (eMeistring).

Kvalitetsbasert finansiering (KBF)

KBF ble innført i januar 2014 som en forsøksordning for spesialisthelsetjenesten. Formålet var å bruke økonomiske insentiver til å øke måloppnåelsen i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet samlet sett. KBF kommer i tillegg til andre kvalitetsfremmede tiltak i helse- og omsorgstjenesten. Dagens ordning er en refordeling av en pott fra basisbevilgningen basert på de regionale helseforetakenes måloppnåelse på prestasjonsmål, ved hjelp av kvalitetspoeng. Modellen benytter en blanding av absolutte og relative prestasjonsmål, og er utformet for å motivere både tjenesteytere som i utgangspunktet presterer godt og de som i utgangspunktet presterer dårligere (forbedring).

Ordningen benytter seg av publiserte data for utvalgte indikatorer inkludert i det Nasjonale kvalitetsindikatorsystemet. Tidligere har Helsedirektoratet anbefalt en bredde i indikatorsettet, hvor alle nye nasjonale kvalitetsindikatorer blir vurdert for inklusjon etter gjeldende kriterier. Utviklingstrekk som skal prioriteres i ordningen er bedret samhandling og økt grad av digitalisering. Dette vil gi en retning av aktivt å stimulere til endring i måten tjenester utføres på fremfor i hvilken grad tjenesten utføres, helseeffekt og pasienterfaringer. Det krever en endring av modellen. Med oppmerksomhet på bedre samhandling og økt digitalisering vil det være

hovedsakelig prosessindikatorer som benyttes, som for eksempel andel videokonsultasjoner. Strukturindikatorer vil trolig også være mer aktuelt enn tidligere.

Det anbefales å inkludere indikatorer som måler bidrag til bedre kvalitet i tjenesten, bedre utnyttelse av ressurser og høyere effektivitet, samt mer pasientorienterte tjenester gjennom digitalisering og samhandling. Det er et mål å betale likt for tjenester som gir samme utbytte for pasienter med lignende problem og behov (uavhengig av teknologi, organisering, profesjon, arena). Arbeidet med utskrivelsesprosessen er også knyttet opp til arbeidet med kvalitetsbasert finansiering.

Vurdering av finansiering:



Måloppnåelse 2020:

I 2020 har vi kommet et godt stykke på vei for å nå målene i NHSP.

Finansiering skal ikke oppleves som et hinder for nye måter å jobbe på, og skal tilpasses raskere. Finansieringsordningene skal understøtte digitalisering og bedre samhandling. Videokonsultasjoner ble fra 2019 finansiert i ISF-ordningen på lik linje som konsultasjoner med oppmøte, og fra 1.juli 2020 ble også telefonkonsultasjoner i somatikk gitt tilsvarende refusjon som andre konsultasjoner. Det er innført ISF-takster blant annet for strukturert oppfølging fra tverrfaglige integrerte team og til utskrivningsteam etter langvarige behandlingsløp samt finansiering av samarbeidsmøter og oppfølgingssamtaler på tvers av forvaltningsnivåene.

Risiko:

Ut fra direktoratets forvaltningserfaringer, er det noen typer utfordringer som er tilbakevendende i arbeidet med å tilpasse finansieringsordningene i tråd med mål om understøttelse av kvalitet og videreutvikling av tjenestene. Forbedring på disse områdene vil kunne forenkle arbeidet med å tilpasse finansieringsordningene:

- Det krevende å få overblikk over RHF-enes ønskede utviklingstiltak og prioriteringen av dem på tvers av regionene; det medgår mye tid til å danne slik oversikt og prioriteringer fremfor å jobbe med å løse de konkrete problemene.

- Mangelfulle eller trege standardiseringsprosesser for hvordan nye tjenesteformer skal registreres i PAS/EPJ-systemene og rapporteres til NPR gir et dårlig datagrunnlag for å videreutvikle både ISF-ordningen og KBF.

- NPRs drift er på flere områder orientert om fagområder og med et tjenesteyterperspektiv. Strategien for utvikling av finansieringsordningene tilsier mer helhetstenkning og pasientorientering i måten pasientdata prosesseres på i NPR. Gap mellom behov og gjeldende løsninger bidrar til risiko for at bl.a. ISF-ordningen ikke kan videreutvikles i ønsket takt.

Videre fremgang og anbefaling:

Det vurderes at en endring og spissing av kvalitetsbasert finansieringsordningen slik Helsedirektoratet vil foreslå for Helse- og omsorgsdepartementet senere i 2020, vil bidra til positiv fremgang i henhold til målene på samhandling og digitalisering som skissert i Nasjonal helse- og sykehusplan.



Tiltak

-Digitale konsultasjoner finansieres på lik måte som oppmøtekonsultasjoner: videokonsultasjoner (2019) og telefonkonsultasjoner (2020)

-Pågående arbeid med videreutvikling av Innsatsstyrt finansiering (ISF):

- Arbeid med å legge til rette for at mer av aktivitetene kan utføres digitalt utenfor sykehus
- Arbeid med å legge til rette for å understøtte samhandling og integrerte tjenester
- Videreutvikling av kvalitetsbasert finansiering (KBF) – levere forslag til ny finansieringsmodell

-Kvalitetsbasert finansiering: Beregne fordeling til RHF-ene, vurdere videreutvikling og nye indikatorer til inklusjon i ordningen

-Videre arbeid med utviklingen av Innsatsstyrt finansieringsordningen

-Kvalitetsbasert finansiering - Beregne fordeling til RHF-ene, vurdere videreutvikling og vurdere nye indikatorer til inklusjon i ordningen

-Videre arbeid med utviklingen av ISF-ordningen

Tiltak tilgrensende oppdrag

-Oppdragene og utviklingen i digitalisering og teknologi i helsetjenesten og hjemme

-Utvikling av kvalitetsindikatorer i NKI-systemet

-Arbeid og videreutvikling i digitalisering og teknologi i helsetjenesten og hjemme

-Utvikling av kvalitetsindikatorer i NKI-systemet

Resultat

-Telefonkonsultasjoner i somatikk og videokonsultasjoner finansiert på lik linje i ISF-ordningen

-18 ulike helsepersonellgrupper inngår i ISF som utførende av selvstendige konsultasjoner

-Nye presiseringer i ISF – regelverket som bidrar til lik finansiering uavhengig av behandling hjemme eller sykehus

Ønsket resultat

-Ny finansieringsmodell RHF for å blant annet legge til rette for å understøtte samhandling og integrerte tjenester

-Økt grad av digitalisering i spesialisthelsetjenesten og samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten

-Innsatsstyrt finansiering er med på å øke tilrettelegging for at mer av aktivitetene kan utføres digitalt utenfor sykehus

Ønsket resultat

-Innsatsstyrt finansiering har revidert regelverket for å kunne legge til rette for understøttelse av samhandling, integrerte tjenester og for at mer av aktivitetene kan utføres digitalt utenfor sykehus

-God samhandling med kommunene

-God digital og teknologisk utvikling

Ønsket resultat

-God samhandling med kommunene

Vedlegg: Rapportering på Helsedirektoratets enkeltoppdrag

I vedlegget på de følgende sidene er det rapportering på Helsedirektoratets enkeltoppdrag

For å gjøre rapporteringene korte er det brukt mange forkortelser i tabellene.

AV-dir- Arbeids- og velferdsdirektoratet

Bufdir- direktorat under Barne- og familiedepartementet

FACT- Flexible Assertive Community Treatment (oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling)

FHI- Folkehelseinstituttet

Hdir- Helsedirektoratet

HO-tjenesten- Helse- og omsorgstjenesten

HOL - Helse- og omsorgstjenesteloven

HOD- Helse- og omsorgsdepartementet

HSØ- Helse Sør-Øst

KPR- Kommunalt pasientregister

NHSP- Nasjonal helse- og sykehusplan

NOU- Norsk offentlig utredning

NPR- Nasjonalt pasientregister

TSB- tverrfaglig spesialisert behandling

Ø-hjelp- øyeblikkelig hjelp

Hvordan spiller ulike oppdrag og tiltak inn på målene for psykisk helsevern:

Veileder barn og unges psykiske helse

Hindre uønsket variasjon
Løse samhandlingsutfordringer
Sikre helhetlig oppfølging av barn og unge med psykiske vansker
Tydeliggjøre roller og ansvar mellom forvaltningsnivåene

Digi ung

Tilby mestrings- og selvhjelpsverktøy for ungdommer samlet på ett sted

Arbeid og helse- normerende produkter

Å bidra til god kvalitet på arbeidsrettet rehabilitering i NAV og helsetjenesten overfor personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og personer med rusmiddelproblemer

ISF utvikling av finansiering.

Utviklingsarbeid
Blant annet inkludere avtalespesialister

Revisjon av veileder "Sammen om mestring"

Styrke tilbudet til brukere med alvorlige og sammensatte behov

Framskrivning og analyser av kapasitetsbehov i psykisk helse

Formålet med hovedprosjektet, inkludert alle delprosjekter, er å anbefale tiltak for å redusere uønsket variasjon i tjenesten.

Etablering av helsefelleskap

Bedre samhandling. Pasienter med psykiske lidelser er en prioritert pasientgruppe

Nye brevmalers

Nye brevmalers gjør brev til pasienter om rett til helsehjelp og innkalling til timer, lettere å forstå

Pakkeforløp og nasjonale faglige retningslinjer

Redusere uønsket variasjon i tjenesten og skape forutsigbarhet for pasienter

Gjennomgang av nasjonale funksjoner

Bedre utnyttelse av den samlede kompetansen på rus- og psykisk helsefeltet

Se somatisk helse og psykisk helse i sammenheng

Bedre samhandling

Piloter FACT ung

Effektivisere og forbedre tilbud og tjenester til ungdom i målgruppen gitt av spesialisthelsetjenesten og kommunen - ungdom opplever positive endringer i hverdagslivet. Pasienter møtes med team.

Psykisk helsevern

- befolkningens fremtidige behov for psykiske helsetjenester for å avklare kapasitetsbehov og organisering
- at helsefelleskapene bør ha særlig fokus på å utvikle gode tjenester for barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- gjennomføre tiltak for å styrke brukermedvirkning og øke kunnskapen om brukernes opplevelser
 - legge mer vekt på kvalitet og innhold i tjenesten
- at nye arbeidsformer og metoder skal innføres raskere
- at ambulante tverrfaglige team på tvers av kommuner og spesialisthelsetjeneste innføres der det er befolkningsmessig grunnlag for det
 - videreutvikle samarbeidet om arbeid og helse
- utrede hvordan avtalespesialistene kan inkluderes i pakkeforløpene
 - styrke tilbudet til barn og unge
 - styrke tilbudet til brukere med alvorlige og sammensatte behov

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Helse-direktoratet skal, i samarbeid med regionale helseforetak og KS, innen desember 2020 revidere veileder for samarbeids-avtalene mellom helseforetak og kommuner i tråd med forslag og føringer i NHSP.	Forsinket med minimum 6 måneder pga. covid-19 - pandemien. Oppstart oktober 2020. Så langt er det ikke gjort noe mer enn å avklare at arbeidet skal slås sammen med deloppdrag om utvikling av tjenestemodeller og kan i en viss grad bygge på den prosess som er beskrevet i prosjektbeskrivelsen til dette deloppdraget. Hvordan koordinering av de to deloppdragene praktisk skal gjøres er ikke avklart, men vil avklares innen midten av oktober.	Medio juni 2021	Leveransen er en revidert veileder, som er basert på eksisterende veileder, https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb/id661886/	God og sammenhengende behandling og oppfølging for brukere og pasienter. En tydeligere samarbeidsstruktur. Bedre felles planlegging. Økt samordning. Bedre beslutningsprosesser. Tydeligere prioriteringer. Felles virkelighetsforståelse.	Se samarbeidsavtalen mellom KS og Regjeringen, årlig evaluering gjennom konsultasjonsordningen Er det mulig å etablere registerdata gjennom NPR/KPR som kan følge utviklingen? Midler til ekstern resultatevaluering i 2022?	Covid-19-pandemien kan medføre at viktige, eksterne bidragsytere ikke kan prioritere å delta i arbeidet.	Endring i HOL § 6-2 (forslag er på høring nå, forventet vedtatt i løpet av vårsesjonen). Revisjonsarbeidet slås sammen med deloppdrag om utvikling av tjenestemodeller. Hvordan koordinering av de to deloppdragene praktisk skal gjøres er ikke avklart, men vil avklares innen midten av oktober. Andre avhengigheter: Utvikling av gode pasientforløp, se https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/ , Pilot for strukturert, tverrfaglig oppfølgingsteam, se https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/pilot-for-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam Arbeidet med utvikling av "pakkeforløp hjem" se https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/kreft/pasienter-skal-fa-bedre-oppfolging-etter-behandling/id2598286/ Eksisterende, relevante modeller for spesialiserte helsetjenester i hjemmet, herunder "hospital at home", se http://www.hospitalathome.org/

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Praktisk veileder for avtaler om tjenestemodeller på tvers	Forsinket pga Covid-19 - pandemien i forhold til opprinnelig frist 31/12-2020. Ny frist avtalt med HOD er 1/4-2021. Arbeidet med denne veilederen er besluttet å inngå som del av oppdrag om veileder for samarbeids-avtaler, slik at sluttleveranse vil følge fremdriftsplanen for arbeidet med veileder for samarbeids-avtaler. For å ivareta behovet for veiledning overfor tjenestene vil det bli gitt en delleveranse innen 1/4-2021.	Hovedleveransen følger fremdriftsplanen til arbeidet med veileder for samarbeidsavtaler, som har estimert ferdigstillelse i juni 2021. Frist for delleveranse er 1/4-2021.	<u>Hovedleveranse:</u> Praktisk veiledning for innhold og prosess for etablering av avtaler om tjenestemodeller på tvers av forvaltningsnivåene. Herunder gi eksempler på nivåer/modeller for tjenestemodeller med henvisning til praktiske eksempler fra Norge og utlandet. Hovedleveransen blir en anbefaling i veileder om samarbeidsavtaler. <u>Delleveranse:</u> En praktisk kortfattet guide til prosess for å etablere tjenestemodeller på tvers, med momentliste over hva som bør avklares. Det trekkes frem noen praktiske eksempler fra Norge, Sverige og Storbritannia. Informasjonen publiseres kun på Helsedirektoratets hjemmesider under temasiden for helsefellesskap.	Bidra til å legge til rette for økt bruk av oppgaveløsning på tvers av nivåer og aktører Bidra til praktisk starthjelp for helsefellesskap Siden oppdraget går inn i oppdraget for samarbeidsavtaler, vil de effekter som er satt for samarbeidsavtaler også gjelde dette oppdraget.	Samme som veileder for samarbeidsavtaler, med tillegg av omfang av nye samarbeid på tvers av tjenestenivåer og aktører i helsefellesskap	Ressurssituasjonen. Hovedleveransen har samme usikkerhetsbilde som oppdraget med veileder for samarbeidsavtaler. Delleveransen har lav risiko og betyr at oppdraget kan svares ut tilfredsstillende innen 1/4-2021, selv om oppdraget med veileder for samarbeidsavtaler blir forsinket.	Hovedleveransen har 100% avhengighet til oppdrag om veileder for samarbeidsavtaler Delleveransen kan løses isolert og har ingen avhengigheter til andre oppdrag eller pågående arbeid. Som del av kvalitetsprosessen av delleveransen må det gjøres et utsjekk om mulig motsetninger med andre gitte anbefalinger.

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer til helsefellesskapene	Oppstart 01.09	2022	Definisjon av pasientgruppene	Helsefellesskapene har relevant og nyttig informasjon om omfang og tjenestebruk for de fire prioriterte pasientgruppene.	Effekt på utvalgte indikatorer: Nedgang i ø-hjelpsopphold for de fire prioriterte pasientgruppene	Analyseresressurser	Annen styringsinformasjon fra Helsedirektoratet
	Det arbeides med å utvikle testdata/ analysedata for de fire pasientgruppene for å vurdere definisjon og analysere overlapp mellom gruppene		Analyserapport om de fire pasientgruppene	God og likeverdig dialog i helsefellesskapene om hva som gir god kvalitet	Færre reinnleggelser for de fire pasientgruppene	Ressurser til dashboard i 2021	Helseregistrene NPR/KPR
	Testdata innebærer kobling av data fra allmennleger, omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste (NPR).		Webside med lenker til eksisterende styringsinformasjon	God pasientflyt mellom tjenester og forvaltningsnivåer	Andel epikriser innen 1 dag øker	Ressurser til gjennomføring av spørreundersøkelser i helsefellesskapene 2021	Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI)
			Dashboard v1.0	Gode helse- og omsorgstjenester i helhetlig perspektiv	Økt brukertilfredshet i psykisk helsevern		SAMDATA
			Spørreundersøkelse blant helsefellesskapene	God utnyttelse av knappe ressurser	Økt måloppnåelse for pasientforløpene i psykisk helsevern		Andre forløpsanalyser
			Dashboard v2.0				Oppdrag til FHI om oppvekstprofiler
							Andre oppdrag NHSP:
							- Styringsinformasjon om akuttberedskap
							- Framskrivninger
							- Utskrivningsprosessen
							- Indikatorer for digital hjemmeoppfølging
							- Kvalitetsbasert finansiering

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Felles framskrivnings- verktøy i spesialisthelsetjenesten og kommunene	Forsinket fra opprinnelig plan, men vi er i gang med samtaler med de regionale helseforetakene og KS. Vi planlegger videre samtaler med SSB, Oslo kommune, FHI og andre relevante parter.	Januar 2021	Notat med utredning av status og ønsker/behov for felles framskrivninger i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. I første omgang skal vi skrive et notat med en kartlegging og behovsanalyse der vi ser på hva som finnes av styringsinformasjon og framskrivninger, hvem som bruker dette og hvordan, og utreder mer hva som er behovene til ulike aktører på ulike nivåer. Deretter kan det foreslås videre arbeid og eventuelt utvikling av felles modeller og verktøy i en senere fase.	I første omgang: Bedre beslutningsgrunnlag for å vurdere nytt felles verktøy for framskrivning	Dette er langsiktig utviklingsarbeid, men på sikt skal man kunne se om det fattes beslutninger ut fra felles data og framskrivninger på de to nivåene. Arbeidet skal bidra til å realisere mål om felles virkelighetsforståelse; bedre beslutnings- prosesser; bedre felles planlegging og økt samordning	Krever involvering av og samarbeid mellom mange parter på ulike nivå med ulike interesser	NHSP-oppdrag kvalitetsindikatorer og felles styrings- informasjon; Prosjekt ved HSØ om framskrivning av TSB og psykisk helsevern (inkludert prosjekt om framskrivninger og kapasitetsbehov psykisk helse hos Hdir)

Oppdrag/Aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Utskrivningsprosessen	<u>Hva er gjort:</u> Tilnærming til oppdraget er forankret med HOD. <u>Hva skjer nå:</u> Intern og ekstern arbeidsgruppe er etablert og er i arbeid. <u>Hva er planen:</u> Utarbeide rapport med de ulike delpunktene som er angitt i oppdraget.	Mars 2021.	Rapport	Pasienter og pårørende opplever en trygg utskrivning hvor de vet hvilket tilbud som venter i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og de har hatt mulighet til å medvirke. Kommunal helse- og omsorgstjeneste får nødvendig informasjon i tide. Færre pasienter blir liggende som utskrivningsklare på sykehuset.	Egnede målområder/ indikatorer, herunder relevant styringsinformasjon, vil vurderes i ulike faser av utskrivningsprosessen.	Ikke spesielt stor. Det største usikkerhetsmomentet er nok om tidsplanen vil være mulig å holde.	Det er veldig mange avhengigheter, ikke bare til flere oppdrag i NHSP, men også til blant annet aktiviteter/prosjekter og planer i tjenestene, og eksisterende faglige normeringer på ulike områder.

Oppdrag/ Aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Utrede FACT-ung	En større arbeidsgruppe er i gang med å utrede FACT-ung. Flere kompetansesentre, Bufdir, FACT-team, brukerrepresentanter, barnevern, KS og spesialisthelsetjenester er med.	Mars 2021	Rapport om utfallet av utredningen samt håndbok, fidelityskalering og opplæringsprogram	FACT-ung skal effektivisere og forbedre tilbud og tjenester til ungdom i målgruppen gitt av spesialisthelsetjenesten og kommunen til ungdom med funksjonsnedsettelse innen rus, psykisk helse og sosiale ferdigheter slik at ungdom opplever positive endringer i hverdagslivet.	Ordningen skal evalueres mot slutten av 2021. Hovedfokus vil være å måle bedring i livskvalitet og bedringer i hverdagslivet/funksjonsnivå. Det vil bli gjennomført en intervjuundersøkelse med unge i målgruppa til FACT-Ung for å få innspill på hva de vektlegger som viktig i behandling og oppfølging fra et FACT-team. Spesialisthelsetjenester og kommuner vil bli målt på samarbeid, modelltrofasthet og nytten av FACT-ung som en tjenestemodell.	Kapasitet i Hdir, samt budsjett 2021.	Kapasitet i Hdir, samt budsjett 2021.

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighetet
Revidering av "Sammen om mestring"	Ikke startet. Oppstart januar 2021. Framdriftsplan ferdigstilles ila oktober 2020	12 mnd. ink ekstern høring	Utkast til ekstern høring september 2020 Digitalisert og oppdatert veileder som er samordnet med andre normerende produkter.		NPR Brukerplan Brukertilfredshetsmålinger		Nasjonalt helse- og sykehusplan: særlig «framskrivninger og analyse av kapasitetsbehov» NOU Rusreform- fra straff til hjelp NOU- Tvangsbegrensningslov Bolig for Velferd og forventet ny boligpolitisk handlingsplan (varslet) Handlingsplan mot vold og overgrep 0-24 samarbeidet NOU- Det viktigste først- prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten Opptrappingsplan rus- Veien videre her? Bedre helsehjelp til barn i barnevernet

Oppdrag/ Aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighetet
Veileder for barn og unges psykiske helse	Gjennomfører dialogmøter med HOD	2022	Leveransen er en tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge. Veilederen er et oppdrag fra HOD. Den skal tydeliggjøre forventningene til samarbeid og samhandling på tvers av tjenester, nivåer og sektorer	Hindre uønsket variasjon	Det må avklares nærmere. Det vil bli vurdert indikatorer for måloppnåelse og datagrunnlag knyttet til det.	Manglende forankring i direktoratene Ressurs- situasjonen i prosjektet/hos deltakerne i arbeidsgruppene	Arbeidet med veilederen skal ses i sammenheng med det pågående tverrdepartementale arbeidet som blant annet ser på regelverksendringer. Det skal utarbeides en tverrsektoriell veileder om regelverket om samarbeid mellom de som yter velferdstjenester til barn og unge. Veilederen må også ses i sammenheng med andre tilgrensede produkter (veiledere, pakkeforløp, retningslinjer).
	Utarbeider prosjektmandat			Løse samhandlings- utfordringer	Det må fremskaffes statistikk og data som kan følge med på utviklingen		
	Startet innsiktsfasen med dialog med kommuner, HF og brugerorganisasjoner. Planen er å starte forankringsarbeid internt i Hdir og eksternt mot andre direktorater			Sikre helhetlig oppfølging av barn og unge med psykiske vansker Tydeliggjøre roller og ansvar mellom forvaltningsnivåene	Det som finnes er IS- 24/8, en årlig rapport som gir en oversikt over årsverk, kompetanse og innhold i kommunalt psykisk helse og rusarbeid		

Oppdrag/ Aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Hdir skal i samråd med RHF-ene, FHI og andre relevante aktører, foreta en gjennomgang av nasjonale og regionale funksjoner på området psykisk helse og rus og gi en faglig vurdering av om dagens organisering er hensiktsmessig, og ev. foreslå endringer.	Oppdraget ble påbegynt i mai 2020 (forsinket pga. covid-19 arbeid). I samråd med HOD er det en pågående kartlegging av fire nasjonale kompetansetjenester og åtte nasjonale og regionale kompetansesentre innen rus- og psykisk helsefeltet. Det er planlagt ett møte med HOD i oktober/november 2020 om innretning og omfang av oppdraget i 2021.	15.12.2020: Kartlegging og plan for utførelse av resten av oppdraget/ev. presisert oppdrag for 2021. 2021: Videreføring av gjennomgang av nasjonale og regionale funksjoner på området psykisk helse og rus, iht. tildelingsbrev for 2021.	15.12.2020: Kartlegging og plan for utførelse av resten av oppdraget/ev. presisert oppdrag for 2021. 2021: Gjennomgang av nasjonale og regionale funksjoner på området psykisk helse og rus, iht. tildelingsbrev for 2021.	Gjennomgangen (2021) skal medføre bedre utnyttelse av den samlede kompetansen på rus- og psykisk helsefeltet.	Forslag (ikke utarbeidet): Spørreundersøkelse med primære målgrupper for kompetansetjenestene og -sentrene ett år etter at ev. endringer er implementert.	Covid-19-arbeid kan påvirke arbeidsgruppas kapasitet.	HODs pågående gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester. Arbeidsgruppas kapasitet. Ett tilsvarende oppdrag på akuttfeltet.

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Utarbeide nasjonale faglige anbefalinger om arbeid og helse	I rute i henhold til prosjektbeskrivelse Organiseringen av prosjektet er på plass og styringsgruppen skal ha første møte 15. oktober. Den er bredt sammensatt med representanter fra mellomledernivå og sentralt brukerråd i begge direktoratene En gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget er gjort og tekster begynner å ta form. En digital workshop vil bli gjennomført i løpet av januar/februar 2021. En nettbasert pilot ventes klar våren 2021	Tema 1, av 3, som omhandler individuell jobbstøtte IPS, ventes klar høsten 2021. Endelig frist vil avhenge av hvor mange temadeler de nasjonale faglige anbefalingene skal inneholde.	Leveransen er felles faglige anbefalinger med en tema basert struktur til tjenesteutøvere i helsetjenesten og NAV, og den øvrige befolkningen	Å bidra til god kvalitet på arbeidsrettet rehabilitering i NAV og helsetjenesten overfor personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og personer med rusmiddelproblemer.	Økt grad av arbeidsdeltakelse i ordinært arbeidsliv for målgruppen Statistikk og data over andel som kommer i ordinært lønnet arbeid er tilgjengelig Nye faglige anbefalinger er elektronisk tilgjengelig for tjenesteutøvere i NAV og helsetjenesten, og allmenheten for øvrig Statistikk og data over virksomheter med godkjent og høy kvalitet på IPS-arbeidet er tilgjengelig Indikatorer om brukernes tilfredshet med IPS-tjenesten er utviklet og tilgjengelige	Organisering med felles styringsgruppe, bred brukermedvirkning og med deltakere inn i arbeidsgruppe eventuelt ekspertgrupper som representerer både NAV og helsetjenesten. Usikkerheten kan være knyttet til at dette skal bli et felles tverretattlig produkt	God samhandling med alle berørte aktører. For å sikre en bred forankring vil den åpne arbeidsprosessen med høringsmøter og workshops være en viktig tilnærming. Det er ulike erfaringer og praksis med utarbeidelse av faglige anbefalinger/normerende produkter i helsetjenesten og NAV. Dette vil kunne medføre utfordringer knyttet til fremdriften og overholdelse av tidsfrister i prosjektet. De felles faglige anbefalingene om individuell jobbstøtte må bli ansett som nyttige og praksisnære både av tjenesteutøvere i NAV og helsetjenesten. De faglige anbefalingene må integreres mest mulig i andre arbeidsverktøy som benyttes i de to sektorene

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Framskrivninger og analyser av kapasitetsbehov i psykisk helse	Det er levert en rapport til delprosjekt Fag og omstilling som ledes av Helse Nord. Rapporten inneholder beskrivelse av føringer og anbefalinger i Hdirs normerende produkter. Videre inneholder den eksempler på mulig ansvars- og oppgavefordeling basert på noen GBD-grupper.	01.07.20	Underlagsdokument: Rapport om ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. I oppdraget til Helsedirektoratet nevnes det ikke eksplisitt TSB, men hovedprosjektet skal se på samordning av kriterier for framskrivning av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helsedirektoratet har derfor valgt å inkludere TSB i omtalen, men foreløpig ikke under Anbefalinger da det trengs en nærmere drøfting både internt og med arbeidsgruppen Fag og omstilling	Anbefale tiltak for å redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet. Rapporten er et underlagsdokument som inngår i grunnlaget for anbefalinger fra Fag og omstilling. Mottaker er ikke forpliktet av rapporten, men det er grunn til å tro at de vil ta utgangspunkt i rapporten i det videre arbeidet. Underlagsdokumentet oppsummerer de føringene som ligger i Hdirs normerende produkter i dag, samt løfter noen problemstillinger som bør drøftes videre i arbeidsgruppene. Formålet med hovedprosjektet, inkludert alle delprosjekter, er å anbefale tiltak for å redusere uønsket variasjon i tjenesten.	Leveransen til delprosjekt Fag og omstilling vil danne grunnlag for mulige målinger. Vanskelig å si hvilke/hvordan målinger da dette er avhengig av endelig innretning på deres leveranse.	Kan bli behov for avklaringer knyttet til ivaretagelse og omtale av TSB.	Prosjekt: Samordning av kriterier for Framskrivning av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og delprosjekt Fag og omstilling vil drøfte og vurdere om og hvilken grad de ønsker å legge direktoratets rapport til grunn for sitt videre arbeid.

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Utrede behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus	Oppstartsfase: Oppdraget planlegges internt med hensyn til organisering, samt avklaring rundt hvilke eksterne deltagere som vil bli invitert inn. Aktuelle eksterne deltagere: Alle fire RHF, utvalgte HF, KS, Relevante yrkesorganisasjoner, Utdanningssektoren, Brukerrepresentanter, Aktuelle representanter fra relevante forskningsprosjekt.	Juni 2021	Utredning/rapport til HOD. Rapporten utreder behovet for utdanning som kan styrke klinisk breddekompetanse for sykepleiere på somatiske sengeposter i sykehus. Belyse konsekvenser av eventuelle utdanningsløp med spesialistgodkjenning	Klinisk kompetanse - kvalitet og effektiv oppgaveløsning. Karrieremulighet - bidra til å beholde sykepleieren ved sengepost, samt livslang læring. Bedret fagmiljø, kompetanseoverføring i sykehuset. Bærekraftig utnyttelse av kompetanse. Styrke samhandling. Optimal pasienthåndtering.	Sykepleiere: Antall som gjennomfører utdanningen. Kandidatundersøkelser Tjenestene: Antall som får støtte til utdanningen Antall som blir i avdelingen Uheldig hendelser, liggedøgn, reinnleggelser Implementering av nye arbeidsmetoder Pasienter: Pasienttilfredshet, klagesaker	Tilgang på ressurser eksternt og internt. Dette avhenger av situasjonen rundt covid-19-pandemien. Komplekse årsakssammenhenger kan gjøre det vanskelig å identifisere effekt i tjenestene fra innføring av en ny utdanning.	System for monitorering av tilgang på og behov for sykepleiere i HO-tjenesten

Oppdrag/ Aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
System for monitorering av tilgang på og behov for sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten	Vi har involvert relevante aktører (RHF, KS, Jordmorforeningen, NSF m.fl.) og fått innspill om behov m.m. Vi har kartlagt hvilke data som er tilgjengelige for bruk i systemet, og etablert kontakt med relevante dataleverandører, (SSB, DBH, KS, RHF, NAV). Nå skal vi fastsette indikatorer og konkretisere hvordan system skal utformes basert på innspill og kartleggingen.	Systemet vil konkretiseres i løpet av høsten 2020, men det vil måtte videreutvikles i 2021. Fra og med 2021 skal systemet benyttes til analyse av tilgang på og behov for sykepleiere, men det kan kreves justering etter hvert, f.eks. knyttet til involvering av tjenestene.	Første leveranse: Rapport med beskrivelse av systemet, herunder tilgjengelige data/indikatorer, vurderinger av hvordan data og analyser kan tilgjengeliggjøres, potensielle utfordringer og ulike aktørers behov/innspill (2020). Foreløpige analyser av tilgangen på og behovet for sykepleiere vil beskrives i rapporter/analysenotater (2020). Datapublisering med Power BI eller ressursportal.no vurderes. Leveranser videre er ikke endelig avklart.	Bedre kunnskapsgrunnlag for HOD/KD/Hdir og tjenestene (kommunene/RHF/HF) i arbeid med dimensjonering og personellplanlegging.	Er det etablert et nasjonalt system for å følge med på tilgang og behov for sykepleiere? Er relevante data og analyser som gir tilstrekkelig informasjon om tilgang og behov tilgjengeliggjort? Hvis ja, er tilgjengeliggjorte data og analyser tatt i bruk (på ulike nivåer)?	Fortsatt noe usikkerhet knyttet til tilgjengelige data Usikkerhet rundt tjenestenes involvering. RHF og KS er velvillige til å dele sine data og analyser, men direktoratet ser at vi har en jobb å gjøre med å få både kommuner og spesialisthelse- tjenesten tettere involvert.	Avhengige av eksterne aktører.

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Videreutvikle finansieringsordningen KBF. KBF ble innført i 2014 som en forsøksordning. Ordningen skulle bidra med å gi økonomiske insentiver til økt kvalitet i tjenesten. Det har ikke vært et ønske om fokus på enkelte indikatorer men et overordnet fokus på kvalitet. Nå skal antallet indikatorer reduseres og ordningen skal gi insentiver til økt grad av digitalisering og samhandling.	I rute. Forslag til ny finansieringsmodell er skissert. Vi har identifisert 5 nye indikatorer som kan inkluderes i modellen og laget forslag til ny belønningsstruktur. To av indikatorene er allerede i NKI-systemet, to er i ISF og må utvikles videre. En ønsker vi å inkludere i NKI-systemet. Vi har hatt en drøfting i Hdir, i brukerrådet og med RHF-ene. Helsedirektoratets brukerrådet. Innspill vil innarbeides og så vil leveransen være klar.	1. november	Vi skal levere en rapport til HOD med forslag til ny modell og nye indikatorer. Mulige nye indikatorer: 1.Epikrisetid - Andel sendt innen en dag (allerede NKI) 2. Individuell plan barnehabilitering – andel varslet fra spesialisthelsetjenesten 3. Pakkeforløp hjerneslag (ønskes inkludert i NKI) 4. Andel videokonsultasjoner (ISF) 5.Samarbeidsmøter (ISF)	En mer bærekraftig helsetjeneste med bedret helse for pasientene gjennom økt grad av digitalisering i spesialisthelsetjenesten og samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og internt i spesialisthelsetjenesten.	Om det er økt grad av digitalisering og samhandling. Dette kan vurderes gjennom å sammenligne måloppnåelse på kvalitetsindikatorene som er inkludert opp mot kvalitetsindikatorer som ikke er inkludert. Her må man evaluere effekt over noen år.	Usikkerhet ligger ikke i leveransen, men rundt valg av riktige insentiver og riktig innretning av finansieringsmodellen. Eventuelle konsekvenser er at de økonomiske insentivene ikke er sterke nok til å føre til atferdsendring eller at det gir uønskede vridninger. Dvs. flytter fokuset vekk fra andre viktige områder.	Utvikling av kvalitetsindikatorer i NKI-systemet og tilgjengelighet av data i ISF-ordningen.

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Utrede avtalespesialister omlegging til ISF	Oppstartsmøte med partene avholdt 9.sept	Våren 2021 (fått utsettelse)	Konseptmodeller omlegging av finansieringen til ISF	Ny finansieringsmodell innenfor RHFenes sørge for ansvar	Om og når en omlegging kan finne sted	Ja	Normaltariff Anskaffelsesregelverket Avtalene mellom RHF og avtalespesialister Rettighetsvurderinger Rapporteringsreglene DRG-systemet m.m.
ISF-legge til rette for at mer av aktivitetene kan utføres digitalt utenfor sykehus	Er en del av videreutviklingen av ISF-regelverket for 2021- mange tjenester er allerede implementert	Desember 2020	ISF-regelverk 2021	Inkludere nye digitale tjenester etter innspill fra RHFene	Tjenestene inkluderes og aktiviteten kan måles	Liten	RHF/HF-ene må legge til rette for nye digitale tjenester som en del av pasientoppfølgingen
ISF- legge til rette for å understøtte samhandling og integreerte tjenester	Er en del av videreutviklingen av ISF-regelverket for 2021- mange tjenester er allerede implementert	Desember 2020	ISF-regelverk 2021	Vurdere behov for ytterligere justeringer i regelverket som understøtter samhandling- har også sammenheng med de digitale tjenesten	Tjenestene inkluderes og aktiviteten kan måles	Liten	RHF/HF-ene må legge til rette for mer samhandling, inkludert nye digitale tjenester som en del av pasientoppfølgingen

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Gjennomgang av kompetansefunksjoner innen beredskap, akuttmedisin og katastrofemedisin	Styringsdokument godkjent. Kartleggingsarbeidet er startet.	15.12.2021	Prosjektets leveranse er todelt: Kartlegging og faglig gjennomgang av kompetansemiljøene i spesialisthelsetjenesten på det akuttmedisinske området. Forslag til videre prosess for utforming av alternativer til forbedring. Forslag til alternativer til forbedring av kompetansetjenestene.	Kompetansesentrene innenfor akutt- og katastrofemedisin og beredskap oppleves som en nyttig, verdsatt og etterspurt utviklingspartner for kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og helsemyndighetene.			Helse- og omsorgsdepartementet arbeid med endring av ordningen med nasjonale kompetansetjenester.

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Revidere «Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak»	<u>Hva er gjort:</u> Har laget mandat for arbeidet og fått dette godkjent i retningslinjestyret i Hdir. Har bestilt forskningsoppsummering fra FHI. <u>Hva skjer nå:</u> Har etablert Intern og ekstern arbeidsgruppe som er i arbeid. <u>Hva er planen:</u> Lage revidert retningslinje etter prosess i arbeidsgruppa og høringsrunde.	Desember 2021.	Revidert nasjonal faglig retningslinje for somatiske akuttmottak.	Tilrettelegge for god medisinsk behandling av alle pasientgrupper som kommer til norske akuttmottak. Som ledd i dette inngår å gi anbefalinger for organisering og faglig drift av akuttmottakene. Retningslinjen tar sikte på å avklare hvilken posisjon den nye medisinske spesialiteten akutt- og mottaksmedisin skal ha i akuttmottak.	Indikatorer knyttet til medisinsk behandling og organisering av akuttmottak. En del av dette vil være ivarettatt av et annet oppdrag i NHSP som er styringsinformasjon fra akuttmottak.	Det største usikkerhetsmomentet er om tidsplanen vil være mulig å holde i covid-19-pandemien.	Arbeidet er avhengig av andre oppdrag i Helsedirektoratet. Dette gjelder flere publiserte retningslinjer og veiledere. I tillegg gjelder det pågående arbeid i NHSP knyttet til utskrivningsprosessen og styringsinformasjon fra akuttmottak.

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Styrings- informasjon for akuttmottak	Gjennomført oppstartsmøte internt i Hdir. Startet kartleggingen av hva som finnes i RHF/HF av styringsinformasjon i dag. Undersøkt med HOD forventninger til innretningen på oppdraget.	Utarbeidelse av styringsinformasjon er en løpende oppgave. Flere indikatorer vil kunne utvikles over tid i hele planperioden. Oppdraget vil derfor pågå frem mot neste NHSP	Et sett av indikatorer som gir relevant styringsinformasjon om akuttvirksomheten i spesialisthelse-tjenesten og om mulig spesifikt om virksomheten i akuttmottakene.	Akuttvirksomheten i spesialisthelse-tjenesten får en bedre ressursutnyttelse. Bedre forløp for pasienter.	Målet må være at indikatorer som utvikles også gir informasjon om effekt og måloppnåelse.	Gir dagens datakilder muligheter for indikatorer om akutt-mottakene eller må det utvikles nye registreringer / rapporteringer?	Behov for bidrag fra avdelinger i Hdir: DHHR, ASAB, KFSP, ev flere. Behov for samarbeid med RHF/HF og ev andre aktører.

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for sluttføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Gjøre innkallinger til time og brev om rett til helsehjelp lettere å forstå for pasienter	HSØ har ansvar for å leie oppdraget i samarbeid med Hdir. og E-helsedir. Alle RHF-ane skal deltake. Nye brevmalene er ferdig utarbeidd og arbeidet med implementering er i gang. Prosjektet held fram med å identifisere flere område som kan forbedrast med klart språk. Prosjektet har sett at klarspråksarbeidet også er viktig i arbeidet med utvikling av heilelektroniske pasientinnkallingar gjennom digitale tenester på helsenoreg.no og FNSP. Det er von om å kunne halde fram med klarspråksarbeidet i denne utviklinga	Leveranse av nye sjukehusbrev vert ferdig innan utgangen av 2020. Vurdering av fleire område som kan forbedrast med klarspråk er utsett på grunn av korona, men takast opp att så snart det er ressursar tilgjengeleg.	Fyrste leveranse er nye pasientbrev i PDF med klart språk. Brev vert allereie nytta i delar av HSØ og Helse-Nord, og dei andre føretaka skal vonleg kome til innan året. Neste leveranse vil verte identifisering av andre område som kan verte forbedra med klarspråk. Det er eit ynskje frå prosjektet at dette skal innebære å lage ei språkprofil for pasient-kommunikasjon i spesialisthelsetenesta. Men det treng avklaring frå oppdragsgjevaren.	Effekt i tenesta kan potensielt vere stor sparing på at fleire pasienttimar kan gjennomførast som planlagd. Effekten for pasientane vil òg kunne vere stor ved at fleire kan gjennomføre den fyrste timen dei får tildelt.	Prosjektet kan verte målt ved å sjå på kor mange som møter og møter budd til timen før og etter at dei nye malane vert teke i bruk.	Korkje HSØ, Hdir. Eller e-helse har mandat til å påleggje andre HF å nytte malane. Usikkert om alle sjukehus vil velje å nytte dei klarspråklege brevmalane om dei ikkje må. Det er ikkje definert kven som skal eige og halde ved like brevmalene permanent framover	Vilje til implementering i HF-ane. Dersom prosjektet får halde fram med klart språk i digitaliserte pasientinnkallingar vil det vere avhengig av framdrift i tekniske prosjekt der pasientbrev skal verte digitale gjennom helsenoreg-plattformen. Det må peikast på kven som skal ha ansvar for at brevmalane vert haldne ved like permanent.

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Forprosjekt: Gjennomgang av oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestrings-tjenestene i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten Tillegg: Status for kommunale lærings- og mestringstilbud og samiske perspektiv Koordinering med forprosjekt gitt HSØ om gjennomgang og revisjon av LMS i HF.	I rute ift ny frist Status for kommunale LM-tilbud i hht. KOSTRA 2019 (SSB). Rapport er under arbeid 2. Status innhold i samarbeidsavtalene mellom HF og kommuner vedr. L&M (NK-LMH). Se egen rapport 3. Status kunnskapsgrunnlag vedr. samhandling om L&M mellom HF og Kommuner (NK-LMH) Se egen rapport 4. QB-undersøkelse om erfaringer knyttet til samhandling om L&M fra HF, Kommuner og brukerorganisasjoner (Helsedir). Rapport er under arbeid 5. Kartlegge utfordringer og behov knyttet til lærings og mestringstilbud til den samiske befolkningen. Besøk og møter med de tre samiske miljøene, mini-seminar om samisk språk og kultur og møte med senter for samiske helseforskning, er gjennomført. Resultater vil inngå i oppdragsrapporten.	Leveranse-frist utsatt til medio desember 2020	Felles Rapport til HOD med resultater fra kartlegging og anbefaling er for videre arbeid	I oppdraget står det at forprosjektene skal danne grunnlag for et hovedprosjekt. Forventede effekter av videre arbeid/ hovedprosjekt: - L&M-tilbud basert på brukernes behov - God oversikt over og informasjon om L&M-tilbud i helseforetak og kommuner - Lik tilgang til kommunale L&M-tilbud uavhengig av bosted - Likeverdige L&M-tilbud inkludert den samiske befolkningen - L&M-virksomhet er en integrert del av oppfølging og behandling i helhetlige og koordinerte tjenester og førsløp - Samhandling om L&M-virksomhet inngår i helsefelleskapene og er konkretisert i samarbeidsavtalene - Brukerne har økt helsekompetanse og deltar aktivt i egen oppfølging og behandling	Forprosjekt som er gitt HSØ skal gi oppdatert status, synliggjøre utfordringsbildet og peke på forbedringsområder for lærings- og mestringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten. Forprosjektet som er gitt til Helsedirektoratet skal: Kartlegge status, synliggjøre utfordringsbildet og peke på forbedringsområder for oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten Kartlegge status for kommunale lærings- og mestringstilbud Begge forprosjekt skal ivareta samiske perspektiv	Covid-19-pandemien har gitt og gir økt arbeidsbelastning på medlemmer av prosjektets arbeidsgruppe og på ansatte i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det medførte øker risiko for forsinkelser og mangel på ressurser til gjennomføring og rapportering. Det medførte også lav svarprosent på QB-undersøkelse.	HSØ har ansvar for hovedleveransen og Hdir leverer inn til denne. Andre oppdrag i NHSP: Oppdrag om samarbeidsavtaler og tjenestemodeller Digi-hjem Oppfølging av strategi for helsekompetanse Utskrivningsprosessen Kvalitetsbasert finansiering Styringsinfo for helsefelleskapene Annet: Leveranser fra Deloitte, NK-LMH, SSB - Kostra 2019, Questback til kommuner, HF og brukerorganisasjoner, samt informasjon og strategidokument fra Helse Nord, informasjon fra de samiske miljøene og senter for samisk helseforskning.

Oppdrag/ aktivitet	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Kunstig intelligens/TTB 2020, Bedre bruk av kunstig intelligens (prosjekt)	Noe forsinket	Ikke besluttet	Status-rapport til HOD er 23. oktober	På overordnet nivå er ønsket effekt av kunstig intelligens raskere og mer presis diagnostisering, bedre behandling og mer effektiv ressursbruk.	I henhold til mål når disse er på plass	Avslutningstid Covid-19-pandemien har ført til mindre ressurstilgang og dermed forsinkelser	Mange tiltak ligner eller er relatert til tiltakene for prosjektet "Bruk av teknologi for å flytte tjenester hjem til pasienten". Persontilpasset medisin (herunder Genom- utredningen) vil kreve store datamengder og vil derfor ha relaterte problemstillinger.
Tiltak: Implementere og verifisere KI-løsninger, samt flere underoppgaver <i>Utredning:</i> Handlingsrom i gjeldende rett, behov for regelverksendringer, God klinisk praksis for bruk av systemer med kunstig intelligens, Bruk av normering som virkemiddel innenfor bruk av KI-baserte løsninger, etablere rammeverk for kunstig intelligens i helsesektoren <i>Tiltak:</i> Utvikle veiledningsmateriell, etablere nasjonalt kompetansenettverk for kunstig intelligens i helsesektoren, følgeforskning mm.	3 prosjekter som skal veiledes er valgt ut av interregionalt IKT- direktørmøte. Ett prosjekt er valgt, men ikke startet opp. Ett er noe forsinket og ett er i rute.	Hvert prosjekt har egne tidslinjer. Det er ikke besluttet når særskilt veiledning skal avsluttes.	Leveransen er at prosjektene lykkes med å ta kunstig intelligens i bruk i klinikk	Se overordnet effekt	Lykkes prosjektene med å ta i bruk kunstig intelligens?	Finansiering Leveranser fra andre aktører som driftsleverandør, intern IKT-organisasjon og anskaffelsesansvarlige/- organisasjon.	

Oppdrag/ Aktivitet	Status	Estimert tid for sluttføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengighet
Bruk av teknologi for å flytte tjenester hjem, koordineringsprosjekt under betegnelsen Digi-hjem Tillegg til tildelingsbrev nr 15.	Koordineringsprosjektet Digi-hjem har levert rapport om digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling hvor det blir beskrevet 11 tiltaksområder. Ikke alle tiltak er påbegynt i 2020, men alle tiltakene anbefales videreført eller startet opp i 2021.	Varighet ut 2021 og vurdere behov for å forlenge til 2022. Hvert tiltak har ulik fremdriftsplan og varighet. Det vil i 2021 bli vurdert om tiltakene fra og med 2022 skal videreføres gjennom et felles koordineringsprosjekt mellom partene eller som frittstående tiltak. Det utarbeides en rapport i 2021 med plan for ev videre arbeid i 2022.	Rapport om status, prioritering og videre arbeid ble levert 25.09.2020. Rapporten er basert på innhentede erfaringer etter covid-19	Økt bruk av videokonsultasjon, e-konsultasjon Økt bruk av digital hjemmeoppfølging Rask tilgang til råd og veiledning Enklere tilgang til oppdatert pasientinformasjon Økt grad av egenmestring for pasientene Økt kvalitet i tjenestetilbudet i forbindelse med overføring av behandlings- og oppfølgingsansvar mellom nivå i sektoren	Ja – gjennom nasjonale indikatorer Ja – gjennom definerte målepunkter i forbindelse med data- og dokumentdeling og behandlings-/egenbehandlingsplan	Ressurser	Avhengighet til mange pågående prosjekt Største: Infrastrukturutvikling knyttet til AKSON Utskrivningsprosess (bør samordnes med tiltak om Digital behandlings- og egenbehandlingsplan) Samhandlingsavtaler (bør samordnes med tiltak om Råd og veiledning) ISF/takster (bør samordnes med indikatorer)

Vedlegg: De regionale helseforetakenes rolle i opprettelse av helsefellesskap

I oppdragsbrevet til de regionale helseforetakene for 2020 så er det oppgitt at "Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene gir helseforetakene i oppdrag å:

- innrette sitt samarbeid med kommunene i tråd med mål og rammer fastsatt i NHSP og i tråd med avtale mellom regjeringen og KS av 23. oktober 2019 om innføring av helsefellesskap
- sette konkrete mål for kompetansedeling sammen med kommunene i helsefellesskapene
- gi innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan sammen med kommunene i helsefellesskapet

Foretaksmøtet ba om at:

- det utarbeides regionale utviklingsplaner innen utgangen av 2022. Arbeidene med de lokale utviklingsplanene må tilpasses dette. Planene skal sendes på høring.
- de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, innen utgangen av juni 2020 sikrer en revisjon av veilederen for arbeidet med utviklingsplaner i tråd med mål og føringer i NHSP.

Utviklingsplaner:

Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene stiller krav til helseforetakene om i sin neste utviklingsplan å:

- prioritere utvikling av tjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette planarbeidet skal være tuftet på felles planlegging og utvikling i helsefellesskapene. Barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser skal prioriteres i dette arbeidet.
- gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene.
- fastsette konkrete mål for flytting av tjenester hjem til pasientene ved hjelp av teknologi.
- gjennomgå organisering, ledelse og kompetanse i akuttmottakene og foreslå forbedringstiltak.
- lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Det skal legges til rette for livslang læring og en heltidskultur. Sykepleiere og helsefagarbeidere skal gis prioritet i dette planarbeidet."

De regionale helseforetakene skal rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet innen 31.03.21.

