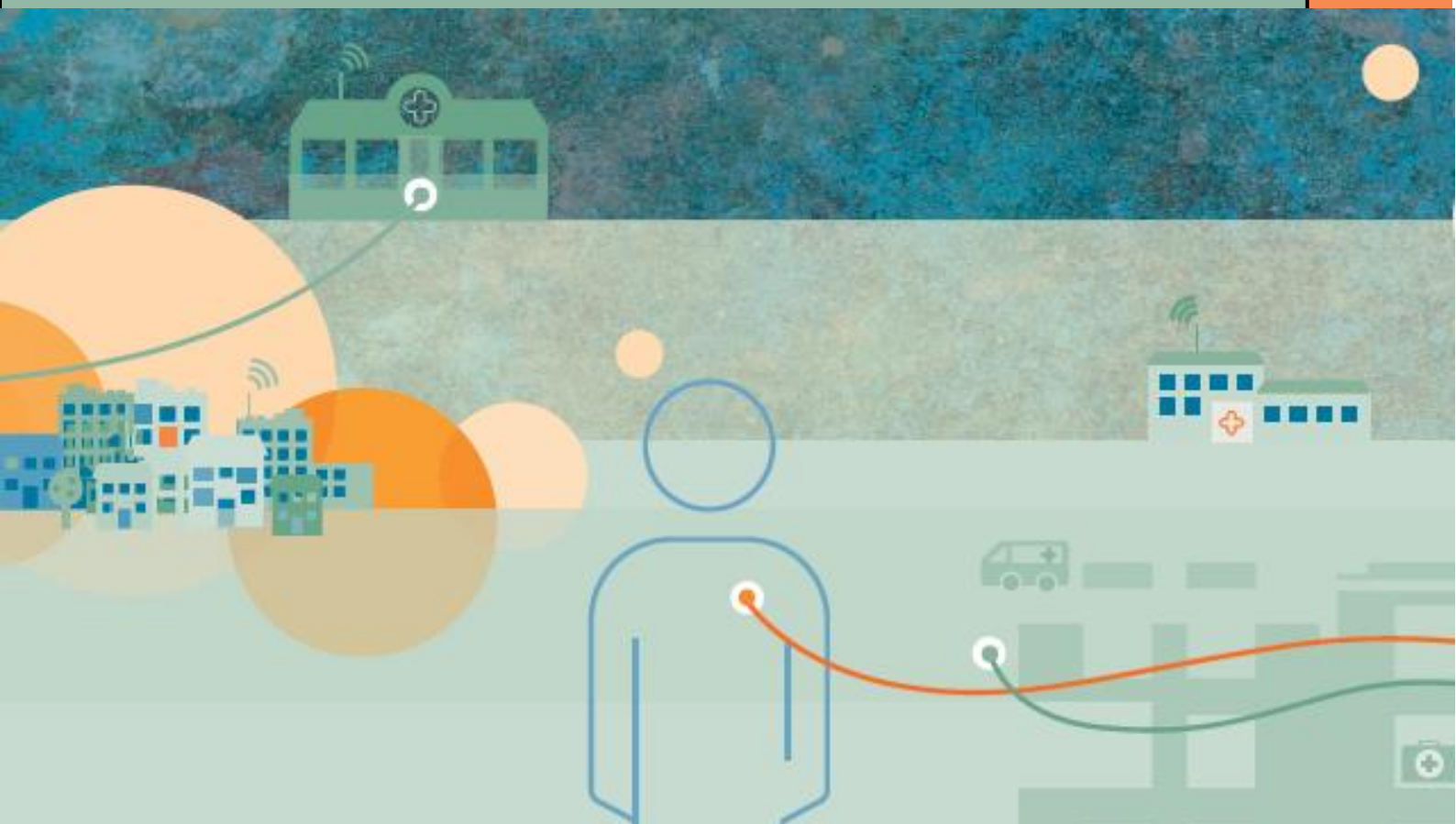


2021

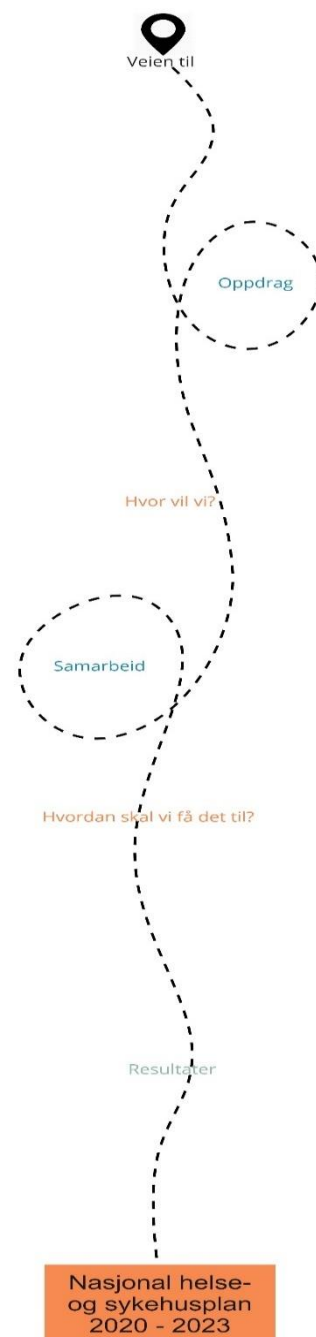
Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan



Astrid Nylenna
Helsedirektoratet
21.10.2021

Innhold

Forord.....	4
Plansystemet	5
Sammendrag.....	6
Etablering av helsefellesskap	15
Samhandling	21
Pasienten som aktiv deltaker	33
Psykisk helsevern	39
Akuttmedisinske tjenester	49
Teknologi	57
Kompetanse	78
Finansiering	88
Vedlegg 1: Status for de 19 Helsefellesskapene	92
Vedlegg 2: Nettverksmøte for helsefellesskap - Questback	98
Vedlegg 3: Utdrag fra rapportering og årsmelding fra RHF og HF 2020	99
Vedlegg 4: Rapportering fra Statsforvalterne	101
Vedlegg 5: Sundhedsklynger i Danmark....	105
Vedlegg 6: De fire prioriterte pasientgruppene	106
Vedlegg 7: Strukturelle ubalanser i kommunehelsetjenesten – NIVI Analyse AS	123
Vedlegg 8: Oppsummering av anbefalinger og tiltak for 2022 på "kunstig intelligens"-området	125
Vedlegg 9: Rapportering på Helsedirektoratets enkeltoppdrag	128



I Helsedirektoratets rapport på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 rapporteres det både på direktoratets direkte oppdrag og tilgrensende oppdrag, i tillegg til eksempler på arbeid i tjenestene. Kapitlene i Nasjonal helse- og sykehusplan er brukt som utgangspunkt for oppbyggingen av rapporten. Teknologi og digitalisering er fordelt slik at teknologi omtales i Helsedirektoratets rapportering, mens arbeid med digitalisering blir omtalt i rapporteringen til Direktoratet for e-helse. For å øke lesbarheten er flere lengre tekster, sammendrag av statsforvalternes og de regionale foretakenes rapporteringer, status for hvert enkelt helsefellesskapene og eksempler på tiltak av betydning for de fire prioriterte gruppene for helsefellesskapenes arbeid, lagt i vedlegg. Barometrene i vurderingsdelen av hvert kapittel er basert på måloppnåelsene i henhold til "Hvor vil vi" og "Regjeringen vil"-punktene for hvert område og i hvilken grad dette går i riktig retning.



Forord

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å rapportere på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Her rapporteres det både på direktoratets direkte oppdrag, tilgrensende oppdrag og det er eksempler på arbeid i tjenestene.

Pandemien har gitt en del forsinkelser i arbeidet. Halvveis ut i planperioden ser vi at det har vært en positiv fremgang i bruk av teknologi i tjenesten. På psykisk helse- og rusområdet er det gjennomført et stort framskrivningsarbeid som setter retning fremover. Rolle- og ansvarsavklaringer mellom kommunehelsetjenestenivået og spesialisthelsetjenesten på området er etterspurt. Finansieringsordningene må utvikles løpende for å understøtte utviklingen planen legger opp til. Blant annet vil ordningen med resultatbasert finansiering gi incentiver for samhandling og bruk av teknologi.

Samhandlingsreformen og det lovpålagte ansvaret for å utvikle samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten i helseforetakene og primærhelsetjenesten i kommunene ble innført fra 2012. Helsefellesskapene er en videreutvikling av samarbeidsmodellen. Erfaringen etter 9 år er at vi har etablert et velfungerende helsesystem som også får internasjonal annerkjennelse i den sammenliknende undersøkelsen fra Commonwealth Funds rapport Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries, 4.august 2021¹.

Samtidig er vurderingen av vår evne til å yte koordinerte tjenester mer middels i rapporten Comparing Nations on Timeliness and Coordination of Health Care, også fra Commonwealth Fund, 4. oktober 2021². Det er grunn til å spørre om vi har gode nok virkemidler til å samordne en effektiv og diagnoserettet spesialisthelsetjeneste med en mestrings- og forløpsorientert primærhelsetjeneste, slik at vi når målsetningen for de fire prioriterte pasientgruppene.

Covid-19-pandemien har krevd en stor innsats fra hele samfunnet og helsetjenesten spesielt. Kommuner og sykehus har samarbeidet tett om store og krevende problemstillinger og med behov for raske og arbeidskrevende tiltak. I Kommunal rapport i september 2021 skrev Helsefellesskapet på Agder om sine erfaringer gjennom pandemien og konkluderer at "Helsefellesskapet bidrar til reell samhandling"³.

I juni 2021 fikk Helsefellesskap en "dansk søster" da Danmarks regjering, Danske Regioner og KL ble enige om å etablere 21 Sundhedsklynger som ledd i å sikre bærekraftig utvikling av helsevesenet i lys av fremtidige utfordringer med flere eldre og kronisk syke, samt styrke sammenheng, nærhet og likeverd og understøtte samarbeid på tvers i helsevesenet og utvikle gode pasientforløp for blant annet mennesker med kroniske sykdommer, psykiske lidelser og eldre (se vedlegg 5).

Etablering av helsefellesskap i Norge har pågått parallelt med pandemien og er nå oppe og går de fleste steder i landet og så vidt i gang med arbeidet med å utvikle tjenestetilbudet til de prioriterte pasientgruppene. Nå blir det viktig å bygge videre på dette store arbeidet som er gjort både i etableringen og i arbeidet med pandemien.

Bjørn Guldvog,
Helsedirektør

Oslo 21. oktober 2021

¹ [Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly | Commonwealth Fund](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021...)

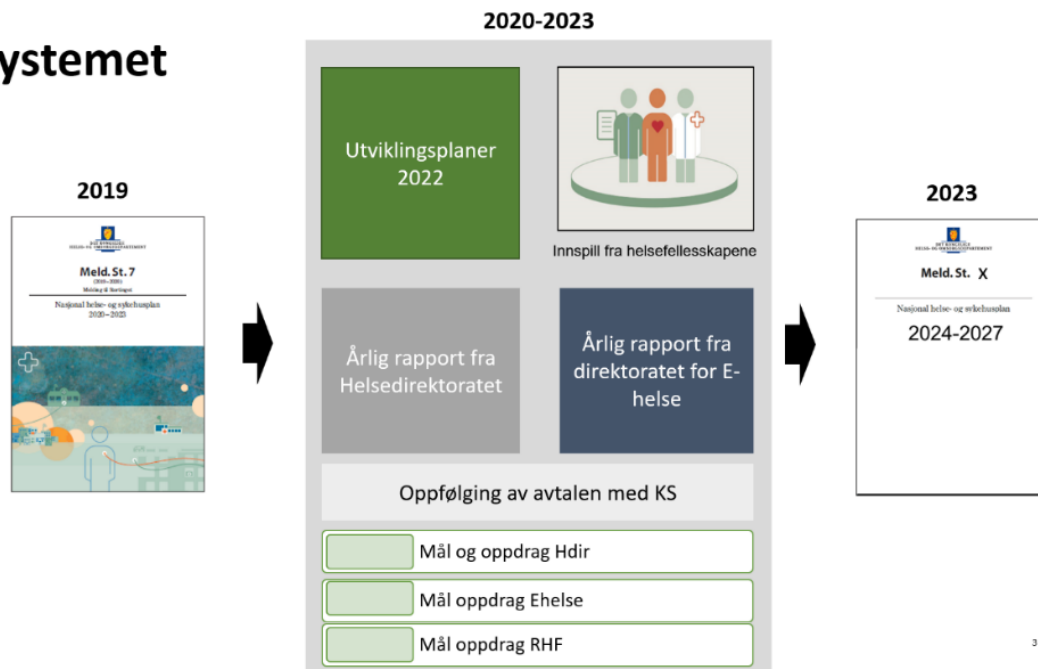
² <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021...>

³ <https://www.kommunal-rapport.no/debatt/helsefellesskap-gir-reell-samhandling/1350291/>

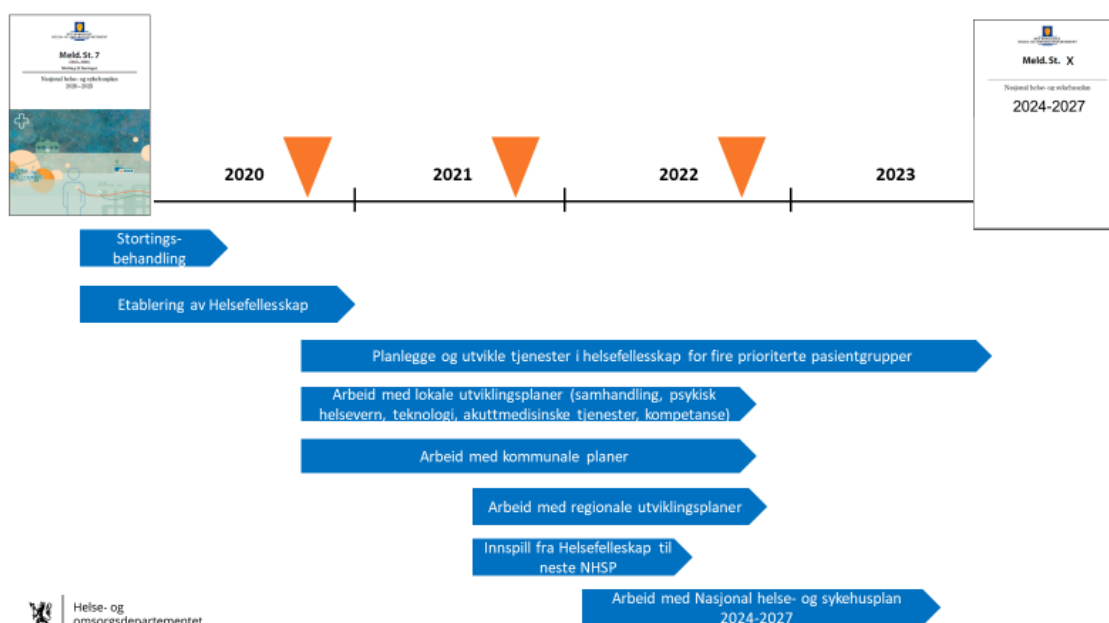
Plansystemet

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 innen mars 2022 gi innspill til ny helse- og sykehusplan som skal komme i 2024. Før det utvikles lokale og regionale utviklingsplaner.





Sammendrag

Overordnet

Over 18 måneder med covid-19-pandemien har forsinket arbeidsprosessene både i tjenestene og i sentral helseforvaltning. Halvveis inn i planperioden for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er formalitetene på plass i de fleste helsefellesskap og arbeidet med utvikling av tjenester til de prioriterte gruppene har kommet kortere enn ønskelig.

Det er særlige utfordringer med å få kommunesiden samordnet og sterk. På flere områder er det krevende å skaffe tilstrekkelig kompetanse. Det er utfordringer i fastlegeordningen og også mangel på sykepleiere, og det er fragmentert og skjør tilgang på kompetanse på det akuttmedisinske området. Det er mangel på tilstrekkelig kompetanse innen psykisk helse i kommunene og det mangler teknologisk kompetanse i helsetjenestene for å kunne nyttiggjøre og utvikle nye tekniske og digitale løsninger. Kompetansedeling mellom foretak og kommuner blir viktig for helsefellesskapene. Ansvarsavklaring mellom nivåene er en utfordring både på psykisk helse-området og det akuttmedisinske området. Det blir viktig videre å utvikle ordninger som gjør det hensiktsmessig for hele tjenesten samlet å jobbe med de gode løsningene, ikke slik at et nivå eller instans kan gjøre en stor jobb som kun medfører besparelser andre steder i tiltakskjeden. Finansierungsordninger som binder nivåene sammen er viktig i den sammenhengen.

Helsefellesskap – utfordringer i partsforholdet

Det er flere eksempler på omfattende og godt samarbeid om helsefellesskap mellom kommune og HF, men variasjonen mellom regionene er stor. Rapporteringen fra Statsforvalterne per 1.9.21 (se vedlegg 4) viser at arbeidet har kommet kort i flere områder. Statsforvalteren for Troms og Finnmark rapporterer at et flertall av kommunene i

Finnmark ikke har kommet i gang med utvikling av sin rolle som partner i Helsefellesskapet. Tilsvarende melding kommer om flere kommuner på Helgelandskysten. Dette er områder som også har en særlig utfordring med fallende folketall, med økt andel eldre ifølge SSBs prognoser og vansker med å rekruttere fastleger og annet helsepersonell til kommunene. [NOU 2020: 15 – Det handler om Norge](#) viser at den demografiske utviklingen i distriktskommunene går i retning av

- Flere eldre
- Færre unge
- Relativt stabil folketallsutvikling
- Færre yrkesaktive per innbygger

Dette kommer også frem i et notat fra NIVI-analyse (vedlegg 7) hvor det i tillegg pekes på at:

- Mange kommuner har mangel på kompetanse og et minimum av fagmiljø i helse og omsorgstjenesten (eksempel: mangel på fastleger og sykepleiere)
- Store kommuner med oppstykket ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenester innenfor felles bo- og arbeidsmarkedsområde
- Helseforetakene skal samarbeide med mange og ulike kommuner

Revidering av veileder for samarbeidsavtalene er i gang og dette arbeidet skal være til støtte for kommunene i avtaleinngåelse i Helsefellesskapene.

Forslag til tiltak

Vi foreslår at det etableres en forsøksordning med sterkere samarbeidsstrukturer med forpliktende organisering av grunnressursene, for eksempel helsetjenester, for grupper av kommuner. Tiltaket bør omfatte kommuner i 2-4 regioner og være knyttet opp mot et mer innovativt helsefellesskap med det tilhørende helseforetaket. Erfaringen fra de gode løsningene fra Helsefellesskap bør

systematiseres og deles for læring i andre områder. Den formelle helsefellesskapstrukturen er etablert de fleste steder. Det blir viktig å bygge videre på dette slik at den store innsatsen som er lagt ned i dette arbeidet parallelt med pandemien får bære frukter.

Styringsinformasjon:

I 2020 og 2021 har det vært arbeidet med å utarbeide en nærmere definisjon av de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP og utvikle styringsinformasjon til helsefellesskapene. I begynnelsen av mai 2021 ble det publisert en rapport (Helsedirektoratet IS-2997) som beskriver definisjoner og bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester for to av de prioriterte pasientgruppene: personer med flere kroniske sykdommer og skrøpelige eldre. I løpet av 2021, vil det komme en tilsvarende rapport for gruppen med psykiske lidelser samt barn og unge med langvarige behov for helsehjelp. Det vurderes tilrettelegging av et dashboard med styringsinformasjon for de fire prioriterte pasientgruppene. I første omgang vil det publiseres et dashboard med informasjon om bruk av allmennlegetjenester. For utvikling av god styringsinformasjon om de fire prioriterte pasientgruppene er det en betydelig utfordring at mange av de tiltakene som skal styrkes, forutsetter informasjon om behandling og tjenester som er dårlig dekket eller mangler i registerdata. Dette er for eksempel brukerstyrte senger, ACT-team, grad av individuelle tilpasninger, sykdomsforverring, forebygging, habilitering og rehabilitering, fengselshelsetjenesten og sikkerhetspsykiatrien. Vi tror likevel at generell kunnskap om pasientgruppenes bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester i eget helsefellesskap kan gi et godt grunnlag og verdifullt bidrag til en felles situasjonsforståelse for helsefellesskapene.

Nedenfor er det beskrevet oppsummering for hvert av områdene.

Psykisk helse

Måloppnåelse per oktober 2021:

Måloppnåelsen på oppdragene under Nasjonal helse- sykehusplan bærer preg av forsinkelser. Det store framskrivningsoppdraget som HSØ har ledet ble forsinket, men er nå levert og oppfølging av dette vurderes videre av departementet. Blant oppdragene Helsedirektoratet har er arbeidet med normerende produkt på arbeid og helse i gang, men har møtt på juridiske problemstillinger som må løses. Revisjon av veilederen "Sammen om mestring" er i gang og vil ta opp i seg det som skisseres i HSØs framskrivningsoppdrag. Arbeidet med FACT ung har kommet langt og veileder for barn og unges psykiske helse er godt i gang. Men psykisk helse-feltet må vurderes bredere enn oppdragene. Ventetiden for voksne pasienter i psykisk helsevern har økt det siste året. "Den gyldne regel" med målsetting om større vekst i psykisk helsevern enn i somatisk helse er heller ikke oppfylt i 2020. Riksrevisjonen kom sommeren 2021 med en rapport om psykisk helse-området ⁴.

Deres konklusjoner er:

- Befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre.
- Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik.
- Mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det.
- Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling.
- «Den gylne regel», som innebærer at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester, er ikke innfridd.

- Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok.
- Mange kommuner og poliklinikker i psykisk helsevern sikrer ikke tilstrekkelig brukermidvirkning og pårørendeinvolvering.
- Mange ledere sørger ikke for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring.
- De statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene, kan brukes på en bedre måte.

Samtidig har det gjennom flere år vært jobbet målrettet med å legge til rette for helsehjelp nær pasienten ved avvikling av langvarige institusjonsopphold. Poliklinisk aktivitet har økt markant og det har vært jobbet med å få på plass pakkeforløp og medisinfrie behandlingstilbud. Brukermidvirkning er styrket og det jobbes med å få på plass tilbakemeldingssystemer. Rask psykisk helsehjelp og FACT viser gode resultater.

Risiko:

Det tegnes opp et bilde av feltet med kombinasjonen av kapasitetsutfordringer, uavklarte ansvarsforhold mellom nivåene, behov for standardiseringer og behov for mer kunnskap om hvilke behandlinger som virker og for hvem. Det er også risiko rundt akutt-kapasiteten – både i kommunale tjenester og TSB. Her er det fortsatt stor regional variasjon og manglende tilbud mange steder.

Disse problemstillingene vil ikke kunne løses fullt ut gjennom de oppdragene helsedirektoratet har på psykisk helse-området. Rapportering av aktiviteten er avgjørende for å følge med på tjenestetilbudet på et overordnet nivå, men må suppleres med informasjon om pasientsammensetningen, innhold og resultat av behandlingen. Det er en risiko for at dette blir arbeidskrevende både å utvikle og å rapportere i en overgangsfase. Et langsiktig perspektiv, hvor man bygger videre på oppnådde resultater, blir derfor sentralt for

å kunne bedre styringsinformasjonen for dette feltet.

Videre fremgang og anbefaling:

Det er behov for å beskrive nærmere hva som er kommunenes ansvar og hva som skal gjøres i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være nødvendig for å tilby behandling på riktig nivå og avklare kapasitetsutvikling i tjenestene, jf. det som skisseres i framskrivningsoppdraget ([Behovene innen psykisk helsevern og rusbehandling i årene fremover](#)). Oppdragene på veileder for barn og unges psykiske helse og revisjon av veilederen "Sammen om mestring" går inn i disse problemstillingene, men det kan være behov for en bredere tilnærming til rolle – og ansvarsavklaringen mellom nivåene i helsetjenesten. Det er krevende, men ønskelig. Det kan videre være aktuelt med utvikling av verktøy for beregning av bemanningsbehov, jf. pågående utvikling av beregningsverktøy for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. På barne- og ungdomsfeltet kan det være aktuelt å se på utdanningsfeltets rolle.

Pakkeforløp er kvalitetsheving, men stort tilfang av pasienter inn gir logistikkproblemer. Det kan være behov for å vurdere ventetider differensiert utfra alvorlighetsgrad.

Riksrevisjonens punkt om at statlige virkemidler kan utnyttes bedre er utdypet: "Mange i tjenestene savner nasjonale faglige retningslinjer og veiledere innenfor psykisk helse, og eksisterende retningslinjer og veiledere oppdateres sjelden".

Helsedirektoratet har etablert en oversikt over nasjonale normerende produkter på rus- og psykisk helsefeltet, og laget en plan for gjennomgang og prioritering av revisjoner og nye retningslinjer.

I oktober 2021 igangsettes et arbeid med gjennomgang av anbefalinger om ulike kartleggingsverktøy i de nasjonale normerende produktene for å fjerne verktøy

som ikke lenger er i bruk og oppdatere de som fortsatt anbefales til nyeste versjon.

Riksrevisjonen angir "De nasjonale kvalitetsindikatorene gir ikke kunnskap om hvorvidt behandlingen virker, og omfatter i liten grad kommunenes tjenester" og "Etter vår vurdering gir kvalitetsindikatorene for lite informasjon om viktige kvalitetsdimensjoner, og de kan i begrenset grad gi kommunene eller poliklinikkene i psykisk helsevern et informasjonsgrunnlag som kan hjelpe dem i arbeidet med å utvikle tjenester av god kvalitet."

Det er viktig å lage gode behandlingsforløp og det må være et mål at man i større grad sørger for å evaluere/måle effekt av behandlingen. Basert på pakkeforløpene i psykisk helsevern og TSB er det etablert nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI-er) som belyser fremdrift og pasientens deltagelse i behandlingen. Det jobbes med å redusere antall NKI-er for spesialisthelsetjenesten (der hvor det er gode og stabile resultater) for å få mer tid til å utvikle nye både for kommune og spesialist. Det har fra RHF-nivå blitt trukket frem spesifikt behov for flere NKI-er som belyser kvaliteten i tjenesten innen psykisk helsevern for voksne, og ønsker å forbedre TSB-indikatoren som synliggjør avbrudd i behandlingen. Det ville være ønskelig å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer og koble dette mot målene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Brukeropplevelse og effekt av behandling er sentralt og det kan være ønskelig å se på livskvalitet som mål.

Under pandemien ble området psykisk helse blant innvandrere identifisert som underfokusert. Det kan være behov for å se på om det er behov for nye oppdrag eller verktøy på innvandrerhelse og samisk helse.

Det er startet opp et arbeid i Helsedirektoratet for å se psykisk og somatisk helse mer i sammenheng. Dette bør satses på fremover.

Det er utviklet et konseptnotat som følges opp blant annet gjennom å integrere psykologiske perspektiver i andre store løp f.eks. pakkeforløp muskel og skjelett. Framskrivningsarbeidet på psykisk helse viser at det er behov for å jobbe på nye måter for å sikre kapasiteten i psykisk helsevern. Videre utbygging av kommunale tjenester samt forebygging av psykiske lidelser er nødvendig for å avlaste i fremtiden.

Kompetanse:

Måloppnåelse 2021:

Det er levert på begge oppdragene Helsedirektoratet har under kompetansefanen i NHSP. I arbeidet med å utvikle system for monitorering av tilgang på og behov for sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten er det gjort mye arbeid, og det vil komme konkrete leveranser i form av analyser og statistikk basert på systemet i utgangen av 2021. Behovet for avansert klinisk breddekompetanser for sykepleiere i spesialisthelsetjenesten er utredet og ligger nå i HOD til vurdering.

En rekke tiltak innenfor Kompetanseløft 2025, bidrar også til måloppnåelse innenfor Nasjonal helse- og sykehusplan. I tillegg er det igangsatt flere tiltak gjennom oppfølging av plan for allmennlegetjenesten. Blant tiltakene i 2021 er tilskuddsordningen til ALIS-avtaler forbedret, og målet er at ordningen skal gjøres nasjonal slik at den favner ALIS i alle kommuner. De fem ALIS-kontorene er styrket, slik at de kan bistå kommuner.

En del av kompetansetiltakene i spesialisthelsetjenesten blitt forsinket av pandemien. På den annen side har det vært stort fokus på kompetanse så vel som kapasitet innen intensivmedisin. Innreise-restriksjonene synliggjorde sårbarheten ved å være avhengig av utenlandsk helsepersonell med spesialisert kompetanse.

Risiko:

Helse- og omsorgstjenestene har utfordringer med å rekruttere kompetanse og tilstrekkelig med personell på en del områder for årene fremover. Utdanningskapasiteten bør økes for noen helsefaglige utdanninger, men det er ikke realistisk og bærekraftig å fokusere ensidig på økning av utdanningskapasiteten. Helseforetak og kommuner bør i større grad se regionens personell- og kompetanse-ressurser under ett, og finne nye måter å samarbeide på.

Andelen pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig kompetanse er fortsatt for høy innen omsorgstjenesten, og mange kommuner har utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere. Andelen helsefagarbeidere over 55 år er også høy, og etterveksten dekker ikke opp for avgangen. Dette er bekymringsfullt sett i sammenheng med at pasientene i gjennomsnitt har kort liggetid i spesialist-helsetjenesten og blir raskt tilbakeført til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Oppdraget om monitorering av tilgang på og behov for sykepleiere spesifiserer at noen sykepleierkategorier skal gis oppmerksomhet ved oppstart. Det vil imidlertid bli nødvendig med en mer gradvis inkludering av sykepleiere med enkelte videreutdanninger, grunnet behovet for å forbedre datatilgangen.

Risiko i det videre arbeidet med avansert klinisk sykepleierkompetanse i sykehus vil avhenge av hvilke beslutninger som fattes på grunnlag av utredningen direktoratet har levert.

Videre fremgang og anbefaling:

Helsedirektoratet har høsten 2021 spilt inn til et anmodningsvedtak om en plan for å sikre flere sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere i årene fremover. Sykepleiere og helsefagarbeidere er de helsepersonell-

gruppene det er størst mangel på, og direktoratet spilte inn desentraliserte utdanningsmodeller, kvalifisering av helsefagarbeidere (fagbrev i jobb), beholde kompetanse lenger, heltidskultur og god personellplanlegging som viktige tiltak.

Det vil trolig ikke være realistisk å dekke etterspørselen etter disse gruppene fullt ut ved å øke utdanningskapasiteten i årene fremover. Et annet eksempel på et strategisk tiltak kan være å benytte andre helsepersonellgrupper i større grad enn i dag. Noen av målsetningene i Samhandlingsreformen/Primærhelsemeldingen var mer satsing på forebyggende og helsefremmende tiltak, tidlig intervensjon og rehabilitering. Personellgrupper som kan bidra på disse områdene er bl.a. fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, kliniske ernæringsfysiologer og farmasøytter samt aktivitører og logopeder. I tillegg til større personellinnsats i rehabiliteringstjenester bør det vurderes økt satsing på å styrke og utvide tilbudene i frisklivssentraler og andre lærings- og mestringstilbud både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

I arbeidet med monitorering av tilgang på og behov for sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten vil det være behov for ytterligere konkretisering, videreutvikling og justeringer videre i NHSP-perioden.

Kompetanseløft 2025 skal utrede etablering av praksiskontor i kommunene, med innspill fra utdanningssektoren, KS og RHFene med oppstart høsten 2021. Dette bør sees i sammenheng med helsefellesskapene. Dette må også knyttes opp til nasjonal utbredelse av ALIS-kontorene som blir en viktig videre satsing under oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Oppfølging av fastlegesituasjonen må ha høy oppmerksomhet også kommende år og

knyttet sterkere mot helsefelleskapenes arbeid med kompetansedeling.

Teknologi:

Måloppnåelse i 2021 per oktober:

Det jobbes med å tenke helhet i digi-hjem slik at de ulike tiltakene henger sammen. For både pasient og de i klinikken er dette tiltaksområder som de ønsker tilrettelagt og løst i de systemer de bruker til daglig, journalsystemet, nettbrettet eller helsenorge.no. Målsettingen er å identifisere barrierer på alle disse delområdene og samtidig tenke helhet.

Det er et nasjonalt styringskrav at andel video- og telefonkonsultasjoner skal ligge på 15 % av det totale antallet polikliniske konsultasjoner. På tross av økt bruk av digitale konsultasjoner gjennom pandemien er det ingen av helseforetakene som har oppnådd dette styringskravet, selv om noen har nærmet seg betraktelig. Når vi nå er på vei mot mer normal drift kan det forventes en reduksjon i retning av normalen før pandemien, fordi det nå blir lettere for pasienter og behandlere å møtes fysisk igjen. Det vil kreve innsats for å øke andelen tilbake til pandeminivå (og ytterligere opp til måltall), med systematisk arbeid for å identifisere de rette pasientene innenfor de enkelte fagområdene. Økt bruk av skjemabasert oppfølging vil kunne redusere noe av behovet for telefonkonsultasjoner og dermed bidra til reduksjon i andel digitale polikliniske konsultasjoner.

Det observeres en stor økning i bruk av produkter basert på kunstig intelligens, spesielt brukt som beslutningsstøtte. Det sees mest aktivitet på områder hvor det er strukturerte data og lav risiko, som bruk av kunstig intelligens for analyse av medisinske bilder.

Det nasjonale koordineringsprosjektet for KI og det nasjonale kompetansenettverket danner gode strukturer som sikrer samarbeid mellom etatene og helsetjenesten, og innad i helsetjenesten. Kontakten mellom etatene og RHFene er tett og god, og med KS i

styringsgruppen ønsker vi å etablere en like god kontakt på kommunesiden.

Risiko:

Finansiering av tjenestene og pukkelkostnader ved innføring av nye modeller er en risiko.

I arbeidet med digi-hjem er det krevende å få kommunene involvert. Det er også behov for fastleger inn i arbeidet og disse må frikjøpes. Endringer i tjenesten er krevende å få til. Nasjonalt er det ingen tiltak rettet mot spesialisthelsetjenesten, med unntak av råd og veiledning. I Velferdsteknologiprogrammet har det en betydelig utadrettet virksomhet.

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

Rapporten "Tilrettelegging for bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten, med utgangspunkt i det radiologiske fagområdet" lister 19 problemstillinger. Noen av disse er også risikoer for arbeidet. Spesielt vil vi trekke frem følgende:

- Lav juridisk kapasitet. Dette gir lite veiledning av miljøene, med forsinkelser og ulik tolkning av regelverk som konsekvenser
- Utfordringer med at det ikke er gjennomgående kompetanse på IT og KI hos helsepersonell og ledere og jurister i tjenestene
- Aktørene i helsetjenesten mangler ennå systematisk håndtering av krav til KI-produkter under anskaffelse.
- Tjenesten melder om "pukkelkostnader", det vil si at det tar litt tid før gevinster i form av effektivitet og kvalitet kan tas ut. Dette kan føre til redusert investeringsvilje, spesielt hos kommunene, men også i spesialisthelsetjenesten
- Manglende oversikt over verdikjeden, fra innsamling av data til anvendelse av produkt i klinikk, gjør at det er arbeidskrevende og kanskje umulig å

garantere at produktet er utviklet med en etisk høy standard

- Store datamengder og nye datatyper (eksempel: genomdata) vil føre til nye krav til infrastruktur

Videre fremgang og anbefaling:

Oppdraget knyttet til "Teknologi i pasientens helsetjeneste" ønskes videreført i 2022:

- Utredning av løsningsalternativer på nasjonalt nivå for pasientrapporterte data i forbindelse med digital hjemmeoppfølging.
- Pilotering av en struktur for metodevurdering av digital hjemmeoppfølging
- Utvikling av nye indikatorer
- Behandlings- og egenbehandlingsplan utvikles i kjernejournal og helsenorge.no
- Anbefalinger knyttet til datadelingsinfrastruktur legges frem av Direktoratet for ehelse.
- Igangsatte tiltak knyttet til råd og veiledning følges opp og samordnes med Velferdsteknologiprogrammet
- Teknisk løsning for videokonsultasjoner er tilgjengeliggjort (NHN). Følges opp i 2022.
- Spredning av digital hjemmeoppfølging til kronisk syke og teknologi til barn, unge og vokse med medfødte eller ervervede funksjonsnedsettelse er vedtatt og iverksettes fra 2022.

Velferdsteknologiprogrammet forlenges med tre nye år. Det er ønskelig å tenke helhetlig og vise sammenheng og hvordan målene i videreføring av programmet kan henge sammen med målene i NHSP.

Behov og tiltak innenfor KI for 2022

Forslag til nye tiltak på KI-området er oppsummert i rapporten "Tilrettelegging for bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten, med utgangspunkt i det radiologiske fagområdet", og rapporten "Helseopplysninger i skyen".

Samlet liste over anbefalinger og tiltak foreslått fra det nasjonale koordineringsprosjektets side for 2022 ligger i vedlegg 8.

Utover disse tiltakene har Helsedirektoratet ett forslag til tiltak som er relatert til KI, men som ikke passet tematisk inn i de to nevnte rapportene:

- Flytte fokus til helsefaglige mål: Produkter basert på KI tatt i bruk mange steder, og fokus fremover må derfor i enda større grad være å løfte helsefaglige områder ved hjelp av KI og annen bruk av teknologi, for eksempel radiologi og psykisk helse.
- Se kompetansebehov på KI i sammenheng med andre kompetansebehov på teknologi: Rapporten "Tilrettelegging for bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten, med utgangspunkt i det radiologiske fagområdet" foreslår kompetansehevede tiltak. Disse bør ses i sammenheng med andre behov for kompetanse på teknologiområdet, for å ikke duplisere arbeid.

Pasienten som aktiv deltaker:

Måloppnåelse i 2021 per oktober:

Klar språk-prosjektet for utvikling av brevmaler er avsluttet. En rapport med gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for samhandling mellom helseforetak og kommuner om lærings- og mestringsvirksomhet ble overlevert HOD fra Helse Sør Øst og Helsedirektoratet i januar 2021.

«The International Health Literacy Population Survey 2019–2021» (HLS19), del 1 og 2 er fullført i 2021, og danner Norges første baseline for befolkningens helsekompetanse. HLS19, del 3 vil gjennomføres i løpet av 2022. Prosjektplan og definerte mål for arbeidet ble overlevert HOD og tilsluttet høsten 2021. Tiltak for det videre arbeidet er i prosess.

Risiko: Med økt digitalisering på helsefeltet øker risikoen for digitalt utenforskap. Utviklingen har særlig skutt fart under covid-19. For å ivareta pasientens mulighet til å aktivt delta i egen helse må det tilrettelegges for at nye digitale tjenester, selvhjelpsløsninger og behandlingstilbud

fungerer for alle – inkludert de med lav helsekompetanse, varierende språkkompetanse og svake digitale ferdigheter.

HLS19-undersøkelsene trekker frem flere utfordringer og forbedringspunkter som det er viktig å jobbe videre med. Blant annet rapporterer undersøkelsen om at en betydelig andel har utfordringer med å finne og kritisk vurdere helseinformasjon, og å vurdere fordeler og ulemper ved ulike behandlinger.

Videre fremgang og anbefaling:

Norge er blant fem land i ekspertgruppen for NCD (ikke-smittsomme sykdommer) under The Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being (NDPHS) som skal samarbeide om å gjennomføre en kunnskapsoppsummering av "Organisational health literacy" på alle nivå og sektorer. Dette arbeidet er støttet og delfinansiert av EU. Det tas sikte på å starte opp en arbeidsprosess 1. januar 2021.

Digital hjemmeoppfølging og egenbehandlingsplan (se mer s. 59 og 63) bidrar til økt innsikt i egen sykdom og situasjon og til økt involvering av pasienten i oppfølging av egen sykdom. Dette er en viktig satsing.

Helsedirektoratet vil prioritere arbeidet med å sikre at Helsekompetanse blir en integrert del i alle Helsedirektoratets prosesser. Det vil etableres interne og eksterne ressursgrupper for å sikre at helsekompetanse forankres på tvers av forvaltningen, tjenestene og i relevante utdanningsløp, og at tiltakene som utarbeides for videre arbeid ivaretar eksisterende mål i strategien.

Akuttmedisinske tjenester

Måloppnåelse 2021 per oktober:

Helseforetakene er i gang med gjennomgang av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som en del av sine utviklingsplaner. Arbeidet er ikke ferdig. Ny, revidert retningslinje for somatiske akuttmottak er sendt på høring høsten 2021. Gjennomgang av

kompetansetjenestene på det akuttmedisinske området er gjennomført og levert til HOD.

For styringsinformasjon for akuttmottak spesielt, har det vært en tett dialog med representanter for akuttmottak/-tjeneste i sykehus om ønskede styringsdata. Det er utarbeidet en bruttoliste med indikatorer og første leveranse er ventet innen utgangen av året.

Risiko: Covid-19 har påvirket gjennomføring av flere av oppdragene og kvaliteten på flere av prosjektene. Arbeidet med "den psykisk syke pasient i akuttmedisinsk kjede" har som følge av dette ikke latt seg løse.

Helsedirektoratet har mottatt flere enkeltoppdrag på akuttfeltet etter lanseringen av NHSP i 2020 blant annet responstid i ambulansetjenesten. Dette indikerer at planen ikke nødvendigvis er dekkende for utfordringsbildet. Det er mange fragmenterte oppdrag på det akuttmedisinske området, og oppdragene direktoratet har er for smale til å løse utfordringene.

Det har skjedd mye på utdanning og krav til kompetanse, men fagmiljøene er fortsatt skjøre og fragmenterte.

Finansieringsordningene og styringsstrukturene på det akuttmedisinske feltet er fragmenterte og understøtter ikke den nødvendige utviklingen av området.

I arbeidet med styringsinformasjon er det viktig å se på hva som er nyttig for lokal styring og utvikling av tjenestene. For en del ønsket styringsinformasjon finnes det ikke nasjonalt dekkende standardiserte datakilder i dag. Det er usikkerhet knyttet til kost/nytte for å utvikle dette. Det er videre ikke mulig i dag å identifisere akuttmottak i relevante datakilder (NPR), noe som vil være viktig for å utarbeide styringsinformasjon for akuttmottak.

Videre fremgang og anbefaling:

Som denne rapporten viser så er det mange enkeltinitiativer. Manglende organisering påvirker pasientstrøm og ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Det er ønskelig å løfte arbeidet på det akuttmedisinske området og se det mer samlet og jobbe mer strategisk. Arbeidet med en revidert strategi for hvordan førstehjelpsområdet bør innrettes etter 2022 fortsetter.

Det er ønskelig å sette i gang et arbeid for å se på finansierungsordninger for legevakt og den akuttmedisinske kjede. Dette må også sees i sammenheng med arbeidet som gjøres med legevakt under Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Eksempler på ordningen som kan være aktuelle er DRG-finansiering av senger øyeblikkelig hjelp døgnopphold og takster i legevakt og ambulansetjenesten.

Operasjonalisering av samhandlingsavtalene helt ut i tjenestene er et viktig virkemiddel. Det er viktig å sikre en systematisk, regelmessig dialog ut mot kommunene. Det blir viktig å knytte dette opp mot arbeidet som skal gjøres i helsefellesskapene.

For arbeidet med styringsinformasjon jobbes det med en nærmere beskrivelse av hva som må på plass og hva som ønskes videre. Det må gjøres et arbeid med å utvikle indikatorer som plukker opp tverrfaglighet og teknologi, og som oppleves som hensiktsmessige i tjenestene.

Finansiering**Måloppnåelse 2021:**

I 2021 har vi kommet et godt stykke på vei for å nå målene i NHSP. Finansierungsordningene skal ikke oppleves som et hinder for nye måter å jobbe på, og skal tilpasses raskere. Finansierungsordningene skal understøtte digitalisering og bedre samhandling. Det samarbeides med RHFene om å nå målsetningene i NHSP og finansierungsordningene oppdateres årlig.

Risiko: Gråsonene der ansvaret ligger mellom

kommune og spesialisthelsetjeneste er det mest utfordrende på finansierungsområdet.

Det er viktig å legge inn gode incentiver som understøtter god samhandling og pasientbehandling mellom nivåene. Det er ikke mulig å bygge finansierungsordninger på et ikke-eksisterende juridisk nivå. Ansvaret for pasientene og dermed finansierungsingen må knyttes til et nivå.

Tiltak som innebærer at finansierungsingen skal endres, f.eks. fra ett nivå til et annet (fra spesialist til kommune eller omvendt) krever midler fra poster i statsbudsjettet og det kan være krevende både med hensyn til å utvikle systemer (det er store utviklingskostnader) som ivaretar god rapportering og riktig finansierungsing av tjenestene samlet sett. Det vil f.eks. mellom spesialist og kommune være ulik fordeling av aktivitetsbasert finansierungsing og rammefinansierungsing.

Videre fremgang og anbefaling:

Arbeidet med utvikling av ISF-systemet fortsetter. Ordningen "kvalitetsbasert finansierungsing" (KBF) bytter navn til "Resultatbasert finansierungsing" (RBF). RBF skal bidra til positiv fremgang i henhold til målene på samhandling og digitalisering som skissert i Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er valgt ut de indikatorene som er mest robuste (som det finnes best data på), blant annet er en av indikatorene andel video- og telefonkonsultasjoner for å få flere digitale polikliniske tjenester (det er angitt et mål på 15%). Målet er at økonomisk incentiv gjennom RBF skal bidra til å øke denne andelen i tjenesten.

Så lenge rammen i ordningen videreføres så vil resultatbasert finansierungsing gi sterkere incentiver enn kvalitetsbasert finansierungsing fordi det nå er færre indikatorer (fra 32 til 7 indikatorer). Det er videre behov for målrettede tiltak både gjennom finansierungsordningen og andre virkemidler for å øke samhandling og det kan være aktuelt å se på tiltak rettet mot de fire prioriterte pasientgruppene for helsefellesskapene.

Etablering av helsefellesskap

Over 18 måneder med covid-19-pandemien har forsinket arbeidsprosessene både i tjenestene og i sentral helseforvaltning. Halvveis inn i planperioden for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er formalitetene på plass i de fleste helsefellesskap, men ikke alle (vedlegg 1), og arbeidet med utvikling av tjenester til de prioriterte gruppene har kommet kortere enn ønskelig. Men noen er

godt i gang, som arbeidet SSU Østfold gjør med helhetlig pasientforløp for eldre og kroniske syke (se tekstboks).

Helsefellesskapene skal gi innspill til neste nasjonale helse- og sykehusplan. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut invitasjon til helsefellesskapene om å bidra. Frist er våren 2022.

2.juni 2021 ble endring i Helse- og omsorgstjenestelovens §6.2 om felles

planlegging for kommuner og foretak vedtatt i Stortinget. Bestemmelsen stiller krav til hva en samarbeidsavtale mellom kommuner og helseforetak minimum skal inneholde. Endringen innebærer at det innføres et krav om at avtalen skal omfatte en konkret beskrivelse av hvordan partene skal utvikle og planlegge tjenestene.

Eksempel på utvikling av tjenester til prioriterte pasientgrupper:

Forbedring av Helhetlig pasientforløp for eldre og kronisk syke, SSU Østfold

Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) i Østfold har tatt initiativ til og finansiert et forbedringsarbeid der kommunene og sykehuset har gått sammen for å videreutvikle det helhetlige forløpet for eldre og kronisk syke. Gjennom samtaler med representanter for både pasientene, berørte profesjoner og involverte helseorganisasjoner er konseptet «Hva er innafor?» utviklet. Verktøyet har til hensikt å bidra til å bryte eventuell negativ sykdomsutvikling etter utskrivning fra sykehus. En såkalt «test-på-papir» ble gjennomført i slutten av september 2021. Her ble ni pasientkasus lagt inn i den digitale løsningen og fagfolk evaluerte løsningen så langt. Testen viste at det er behov for ytterligere videreutvikling før verktøyet kan testes i praksis. De rent faglige aspektene ved løsningen er i ferd med å falle på plass. Testen viser god oppslutning til konseptets faglige potensiale for økt kvalitet og reduksjon av reinnleggelser på sykehus. Mulighetene for enkel, trygg og brukervennlig digital kommunikasjon av «Hva er innafor?» er begrenset, både i etablerte systemer og i de som er underutvikling nasjonalt og lokalt. Det må utvikles en midlertidig digital løsning for test av konseptet. Implementering vil med stor sannsynlighet avhenge av at dagens digitale systemer videreutvikles eller at helt nye løsninger utvikles.

Viktige erfaringer så langt:

- Alle involverte viser stor vilje til å delta i utviklingen og testing av bedre løsninger knyttet til det helhetlige pasientforløpet for eldre og kronisk syke
- SSU er en egnet plattform for utviklingsarbeidet
- Mulighetene for utvikling av ønsket digital funksjonalitet er enten svært begrenset eller usikker

Helsefellesskapet Sør-Rogaland tok i 2020 initiativ til et felles utredningsoppdrag knyttet til fremtidige behov for spesialist- og kommunehelsetjenester. Bakgrunnen for dette var at å få et omforent og felles analysegrunnlag i det videre arbeidet i helsefellesskapet, og hadde som formål å få en bedre oversikt over det samlede kapasitetsbehovet for helsetjenester for de fire prioriterte pasientgruppene nevnt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Et mål er å identifisere områder der en gjennom felles planer og bedre samarbeid kan få en bedre samlet ressursutnyttelse. Stavanger kommune var ansvarlig for prosjektet og Sintef ble tildelt oppdraget. Rapporten presenterer framskrivninger av pasienter/brukere og aktivitet for sykehus og kommuner i helsefellesskapet fra 2017-2019 til 2035. Rapporten:

- Illustrer mulige utviklingsbaner under gitte forutsetninger basert på dagens situasjon
- Estimerer justeringer i framskrivningene fra ren befolkningsframskrivning med konstante brukerrater til også å ta høyde for utvikling i epidemiologi, overføring av oppgaver og effektivisering
- Forventes en særlig befolkningsvekst i de eldste aldersgruppene

([sintefrapport2021_00906_v1.5.pdf](#))

Tilskudd til felles sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefellesskap

For 2021 er det bevilget 9,5 millioner kroner 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. I alt ti helsefellesskap på kommunesiden har søkt og fått innvilget tilskudd for 2021.

Offisiell rapportering for tilskuddsmottakerne var våren 2021. Rapporteringene for tilskuddsåret 2020 viser at de fleste søkerne allerede hadde en sekretariatsfunksjon før tilskuddsordningen ble vedtatt, men at denne funksjonen ble styrket ved hjelp av tilskuddet. Kommunene rapporterer at tilskuddet har bidratt til å styrke samarbeidet kommunene imellom og inn mot helseforetakene. Videre opplever de større muligheter for å bli likeverdige samhandlingspartner og en tydeligere stemme i helsefellesskapene, samt bedre muligheter til å koordinere seg slik at felles samhandlingstiltak blir enklere å implementere. Videre rapporteres det at sekretariatsfunksjonen har økt kvaliteten på saksbehandling, og at det i regioner og kommuner hvor utfordringer har vært vanskelig å løse enkeltvis nå oppleves lettere. Rapporteringene viser videre at de fleste sekretariatsfunksjonene har hatt 100 prosentstillinger hvor kommunene i fellesskap har egenfinansiert utover tilskuddsbeløp.

Nettverk for helsefellesskap

Med bakgrunn i at flere helsefellesskap ønsket seg en arena for erfaringsdeling ble det våren 2021 etablert et nettverk for helsefellesskap. I foretaksprotokoll i april 2021 ba Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene om å oppnevne representanter til nettverket. Helsedirektoratet fikk oppgaven med å fasilitere nettverket.

ARBEIDSDELING I HELSEFELLESSKAP

Brukere og fastleger deltar på alle nivå



Til nettverk for helsefellesskap er det invitert inn to representanter fra hvert av de 19 helsefellesskapene: en fra kommunal side og en fra foretakssiden. I tillegg er det representanter fra RHFene og fra KS sentralt, i tillegg til observatører fra KS regionalt.

Det nyetablerte nettverket for helsefellesskap har som mål å bli en arena hvor helsefellesskapene kan dele erfaringer og hente inspirasjon og ideer fra hverandre. Det er en utfordring at det ikke er felles digitale plattformer for kommunene og foretakene slik at enkel deling av informasjon er mulig. Helsedirektoratet jobber med å opprette et felles sharepointrom for helsefellesskapene med utgangspunkt i nettverket.

Det første møtet i nettverket ble arrangert som digitalt møte 17.juni 2021. Tema for møtet var bruker- og fastlegerepresentasjon i helsefellesskapene.

KS og Den norske legeforening samarbeidet våren 2021 om å etablere felles anbefalinger for fastlegerepresentasjon i helsefellesskap. Disse anbefalingene ble presentert i nettverksmøtet. Anbefalingene ligger her:

[Fastlege- og brukerrepresentasjon - Helsedirektoratet](#)

I "Veileder om fastlegers deltakelse i helsefellesskap" står det: "Fastlegene som oppnevnes er representanter for fastlege-tjenesten i kommunens arbeid i helsefellesskapene. Representasjon inn i helsefellesskapene er ikke en tillitsvalgtoppgave."

Anbefalinger i veilederen:

1. Det anbefales at oppnevning av fastleger til helsefellesskapene skjer basert på den allerede etablerte strukturen Lokalt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (LSU)
2. Fastleger som deltar i de ulike nivåene forutsettes også å delta i ulike forberedende aktiviteter, for eks. møter og annen dialog som helsefellesskapssekretariatet har ansvar for på vegne av kommunene i helsefellesskapet.
3. For næringsdrivende fastleger anbefaler partene godtgjøring som næringsdrivende tilsvarende honorarsatsen i rammeavtalen pkt. 12.5

KS og legeforeningen har også utviklet tre anbefalinger for ledelse av legetjenesten i kommunene, som gir et godt grunnlag for arbeidet i helsefellesskapene:

- Kommunens helseledelse og legene sammen bør ha en prosess hvor de etablerer og oppdaterer en plan for legetjenesten.
- Kommunens helseledelse og legene bør samarbeide om hensiktsmessig bruk av lokale aktivitets- og kvalitetsdata som forbedrings- og ledelsesverktøy.
- De økonomiske forholdene i samarbeidet mellom kommunene og fastlegene bør være klarlagt i forkant av plan- og systemarbeidet.

I etterkant av det første nettverksmøtet ble det sendt ut en questback til deltakerne. Gjennom denne ble det gitt tilbakemeldinger på første møtet, ønske om møtehyppighet videre og forslag til temaer for kommende møter. Tilbakemeldingene tyder på at de fleste deltakerne var tilfredse med etablering av nettverket og tror dette kan være nyttig (vedlegg 2).

Brukerinvolvering

I Nasjonal helse- og sykehusplan står det at «I helsefellesskapene vil representanter fra helseforetak, kommuner, lokale fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen.» I avtalen mellom KS og Regjeringen står det: «Brukerrepresentanter og fastleger involveres på alle nivå – både i det strategiske arbeidet og i utvikling av konkrete prosedyrer.»

Det generelle inntrykket etter nettverksmøtet for helsefellesskapene er at de er opptatt av brukermedvirkning og at dette er ivarettatt i de helsefellesskapene som er oppe og går. For et par av helsefellesskapene er det ikke klart hvordan brukerrepresentanter skal oppnevnes. De fleste helsefellesskapene har brukerrepresentanter fra foretakenes brukerråd. Noen helsefellesskap, eksempelvis Innlandet, Helse Førde, Møre og Romsdal og Lofoten, Vesterålen og Salten har angitt at de har brukerrepresentanter fra både foretak og kommunal side. Noen helsefellesskap har også brukerrepresentanter fra ungdomsråd (Helsefellesskapet i Troms og Ofoten) eller oppnevnt fra FFO (Helsefellesskapet i Vestfold). Ikke alle helsefellesskap har angitt konkret hvor brukerrepresentantene er fra slik at det overnevnte vil ikke være uttømmende, men eksempler.

Det blir viktig i videre utvikling av helsefellesskapene at det sikres brukermedvirkning på de rette nivåene og at brukerrepresentantene ikke bare kommer fra foretakene, men også har en fot ned i kommunehelsetjenesten.

Vi er kun kjent med felles brukerutvalg for kommuner og foretaket i Helse Førde. "Brukeren først" er et av fire strategiske utviklingsområder i Helsedirektoratet. Dette er en strategi som skal drive endring i måten det arbeides på, påvirke prioriteringer og kompetanseutvikling.

For det strategiske utviklingsområdet "Brukeren først" er det pasienter, pårørende og borgere som er brukere. Andre brukere, interessenter og aktører Helsedirektoratet har er helsepersonell, kommuner, statsforvaltere, helseforetak mm. For å kunne gi gode og relevante leveranser er involvering av alle våre målgrupper viktige, og selv om det er mange leveranser rettet mot tjenestene, er perspektivene til pasienter, pårørende og borgere bli enda bedre i alle prosesser i Helsedirektoratet. Mål:

1. Vi har systematisk brukermedvirkning i vårt arbeid (dreier seg blant annet om tidlig involvering, rutiner og prosesser, kompetanse, kultur og holdninger)
2. Brukerne er likeverdige medlemmer i våre prosesser (dreier seg blant annet om å gi tydelige oppdrag og sikre relevante brukerstemmer)
3. Vi skal bidra til brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenesten (legge til rette for utvikling av kompetanse, systematikk, metode og verktøyer samt kultur og verdier for brukermedvirkning i tjenestene)

Felles brukerutvalg for kommunene og Helse Førde

Brukerutvalget skal ha ti medlemmer fra aktuelle brukerorganisasjoner og disse oppnevnes for to år av gangen. Utvalget skal ha fire representanter fra FFO, to fra SAFO, en fra Kreftforeningen og en fra Sogn og Fjordane pensjonistforbund. I tillegg skal det være en brukerrepresentant fra et kommunalt råd for eldre/mennesker med nedsatt funksjonsevne og en fra tilsvarende råd på fylkeskommunalt nivå. I tillegg til disse møter en fast representant fra foretaksledelsen i Helse Førde og en fast representant fra KS/kommunene. Representasjon her ruller mellom de fire regionene; Nordfjord, HAFS, Sogn og Sunnfjord.

Brukerutvalget er et rådgivende organ for kommunene, Helse Førde og andre instanser. Brukerutvalget har rett til å få sine syn lagt frem for dialogmøte, koordineringsrådet, KS Sogn og Fjordane og styret i helse Førde HF.

Kostnadene til drift av felles brukerutvalg blir dekket av kommunen og Helse Førde med 50 prosent på hver. I dette ligger også skjønnsmessig vurdering av utgifter til sekretariatsfunksjon for utvalget. Godtgjørelse til brukerutvalgsmedlemmer er i utgangspunktet fastsatt av Helse Vest. Med bakgrunn i særordning med felles brukerutvalg for helseforetaket og kommunene, har Koordineringsrådet fastsatt andre satser for leder og nestleder.

Vurdering av status og fremgang for helsefellesskap

På grunnlag av samtaler og rapportering ser vi at det er svært ulike utfordringer for gjennomføring av ideen om helsefellesskap i de ulike regionene. I enkelte områder er det et velutviklet samarbeid mellom kommuner og helseforetaket. Vi registrerer at det foreligger resultater fra flere prosjekter som bør deles med andre helsefellesskap.

Ut fra Statsforvalternes rapporter (vedlegg 4) har arbeidet med helsefellesskapene kommet kortest i Møre og Romsdal, Nordland og Troms og Finnmark. Det meldes også om langsom framgang i samarbeidet for de mindre kommunene i Innlandet.

Statsforvalteren i Troms og Finnmark sier at et flertall av kommunene i Finnmark ikke har kommet i gang med utviklingen av sin rolle som partner i helsefellesskapet.

Statsforvalteren i Nordland opplyser at det er tilsvarende utfordringer, spesielt på Helgeland. Dette er også kommuner hvor SSBs framskrivning viser at de vil få en økende andel eldre, og fall i folketall. De sammen kommunen har spesielt store utfordringer

med å rekruttere fastleger. Den administrative kapasiteten synes også å være begrenset; ingen av disse mindre kommunene har for eksempel søkt om dispensasjon i forhold til veiledningen som kreves for utdanning av allmennleger i kommunene. Flere av disse kommunene er i en nedadgående spiral når det gjelder utsiktene til å kunne delta likeverdig med helseforetaket i Helsefellesskap.

Utfordringen med rekruttering og utdanningskapasitet kan ikke primært løses gjennom helsefellesskapene, men helsefellesskapene kan ikke fungere dersom det ikke er ledelse og fagkompetanse i kommunene. Det er ikke utsikter til at utviklingen med kommunene som svak part i helsefellesskapet vil endre seg. Vi mener derfor det må settes inn særskilte tiltak i for å endre situasjonen. Vi foreslår at det eksempelvis lages en forsøksordning der en gruppe av kommuner går sammen med felles faglig ledelse og drift av fastlegeressursen for et område. Det kan gi mulighet for å styrke den faglige ledelsen og organisere fastlegetilbudet med en sterkere profil.

Tall fra Health at a Glance/SSB viser at legedekningen per innbygger er blant de aller høyeste i verden. Nasjonal karlegging har vist at en stor andel av de nye legeårsverkene har gått inn i sykehusene, til tross for at fastlegeordningen skulle gi et løft i kommunesektoren. Tiltakene for å styrke helsefellesskapene må også bidra til å regulere en større andel av nye legeårsverk til kommunene.

I samtale med helsepersonell erfarer vi at det er lite eller ingen kjennskap til tiltakene under Helsefellesskapsideen og den tidligere Samhandlingsreformen. Dette er en utfordring fra de som leder helsefellesskapene. Den formelle helsefellesskapsstrukturen er etablert de fleste steder. Det blir viktig å bygge videre på dette og at den store innsatsen som er lagt ned i dette arbeidet parallelt med pandemien får bære frukter.

Helsedirektoratets oppgave er å bidra med rammebetingelser og tilrettelegging. Regjeringen vil sørge for at samarbeidet i helsefellesskapene understøttes gjennom utvikling av bedre styringsinformasjon og framskrivningsverktøy.

Regjeringen ønsker at helsefellesskapene lærer av erfaringene til de som har lyktes godt med samhandling, samtidig som det skal være rom for lokal tilpasning. Vi må bidra med de gode eksemplene.

Temaside for helsefellesskap

Det er etablert en temaside på helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap som oppdateres jevnlig med informasjon og verktøy som kan være til hjelp for helsefellesskapene, blant annet eksempler på forskjellige team og etablering av helsefellesskap. Her ligger også lenke til å søke på tilskuddsordningen for felles sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefellesskap.

Referansegruppe

Det er etablert en bred referansegruppe med 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 vedlegg 6). Referansegruppen har hatt flere møter og diskutert flere av Helsedirektoratets oppdrag under Nasjonal helse- og sykehusplan:

- Styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer til helsefellesskapene
- Praktisk veileder for tjenestemodeller på tvers
- Utrede ønsket innretning av utskrivningsprosessen
- Revisjon av veileder for samarbeidsavtalene
- Råd og veiledning (Digi-hjem)
- Utrede FACT-ung
- Revisjon av "sammen om mestring"
- Metodevurdering (Digi-hjem)
- Styringsinformasjon for akuttmottak/akuttjenesten
- Revisjon av "faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak"

Styringsinformasjon:

I 2020 og 2021 har det vært arbeidet med en nærmere definisjon av de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP og utvikle styringsinformasjon til helsefellesskapene. Formålet med styringsinformasjonen er å legge grunnlag for en god og likeverdig dialog i

helsefellesskapene, som gir rom for lokale tilpasninger og fleksible løsninger. Helsefellesskapene involverer ulike aktører og helse- og omsorgstjenester på alle nivå, og det er lagt vekt på å utvikle informasjon om tjenester på tvers av forvaltningsnivåene. I begynnelsen av mai 2021 ble det publisert en rapport (Helsedirektoratet IS-2997) som beskriver definisjoner og bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester for to av de prioriterte pasientgruppene: personer med flere kroniske sykdommer og skrøpelige eldre. I løpet av 2021, vil det komme en tilsvarende rapport for gruppen med psykiske lidelser samt barn og unge med langvarige behov for helsehjelp.

Det vurderes tilrettelegging av et dashboard med styringsinformasjon for de fire prioriterte pasientgruppene. I første omgang vil det publiseres et dashboard med informasjon om bruk av allmennlegetjenester.

For utvikling av god styringsinformasjon om de fire prioriterte pasientgruppene er det en betydelig utfordring at mange av de tiltakene som skal styrkes, forutsetter informasjon om behandling og tjenester som er dårlig dekket eller mangler i registerdata. Dette er for eksempel brukerstyrte senger, ACT-team, grad av individuelle tilpasninger, sykdomsforverring, forebygging, habilitering og rehabilitering, fengselshelsetjeneste og sikkerhetspsykiatri. Vi tror likevel at generell kunnskap om pasientgruppene bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester i eget helsefellesskap kan gi et godt grunnlag og verdifullt bidrag til en felles situasjonsforståelse for helsefellesskapene. For at

helsefellesskapene skal kunne lykkes med prioriteringen av disse pasientgruppene, er det viktig å ha god informasjon om det fulle tjenestetilbudet og kunne sammenligne praksis i eget helsefellesskap med andres.

Samhandlingspunkter: Nasjonalt dialognettverk med deltakere fra KS, de regionale helseforetakene og kommuner er et nyttig forum for diskusjoner på fremgang og utfordringer knyttet til NHSP. Det har gjennom vinteren 2020 og våren 2021 også være avholdt en møteserie med kontakter for de regionale helseforetakene etter invitasjon fra HOD. Fra 2021 er også KS invitert inn i disse møtene.

Måloppnåelse: De fleste helsefellesskapene har det formelle på plass, men har ikke kommet godt i gang med arbeidet med tjenesteutvikling for de prioriterte pasientgruppene. Noen helsefellesskap har ennå ikke avholdt partnerskapsmøte.

Risikoeer: Langvarige prosesser med formell etablering parallelt med pandemihåndtering kan ha tatt bort noe av "momentumet" med helsefellesskapenes etablering.

Videre fremgang og anbefalinger: Det er viktig at helsefellesskapene får komme i gang med tjenesteutvikling til de prioriterte gruppene. Styringsinformasjon er på plass, men det kan være behov for incentiver for helsefellesskapene for å komme godt i gang med arbeidet. Å vise frem aktuelle tilskuddsordninger og justere tilskuddsordningers reglement slik at helsefellesskapene kan dra nytte av dem i dette arbeidet, kan være aktuelle virkemidler.



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 framskrivingsverktøy 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, framskrivingsverktøy 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.

Helsedirektoratets rolle er å understøtte helsefellesskapene blant annet å revidere veileder for samarbeidsavtalene, utarbeide veileder for avtaler på tvers av nivå og bidra med styringsinformasjon for helsefellesskapene, vurdere hvordan et felles framskrivningsverktøy for helseforetak og utarbeide en felles utskrivningsprosess for helhetlig behandling og oppfølging.

Aktiviteter i 2021:

Veileder for samarbeidsavtalene er under revidering. Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven med tillegg om at kommuner og helseforetak skal planlegge sammen, ble vedtatt på Stortinget 2. juni 2021 og får ikrafttredelse fra 1. januar 2022.

Som en del av veilederen som lages om samarbeidsavtalene vil det inngå en praktisk veileder for tjenestemodeller på tvers av nivå. Eksempler og sjekklister etc. vil først publiseres digitalt på temasiden for helsefellesskap på helsedirektoratet.no

I mai 2021 ble den første analyserapporten om to av de prioriterte pasientgruppene for helsefellesskapene, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre, publisert

på temasiden for helsefellesskap. I rapporten defineres gruppene og det gis også data om omfang og tjenestebruk. Tilsvarende vil også komme for de to resterende gruppene: barn og unge, og pasienter med alvorlige psykiske lidelser/rus. Det er lagt ut lenker til ulik informasjon fra mange kilder blant annet Samdata, FHI, ulike registre etc. Det jobbes med å koble data fra kommunehelsetjeneste og fastleger og spesialisthelsetjeneste. Mer om styringsinformasjon finnes på side 23.

Felles framskrivningsverktøy

Helsedirektoratet leverte i juni 2021 en rapport til HOD som svar på første del av oppdraget om vurderinger av hvordan et felles framskrivningsverktøy kan etableres ved hjelp av data fra begge tjenestenivåene. Målet for et mulig felles framskrivningsverktøy i henhold til NHSP er først og fremst å bidra til felles virkelighetsforståelse og bedre felles planlegging for de to nivåene. Gjennom arbeidet med rapporten kom det frem at også målene om økt samordning, bedre beslutningsprosesser, tydelige prioriteringer og behov for lokale tilpasninger synes relevante i denne sammenhengen.

I rapporten er det forsøkt å kartlegge hvilke framskrivningsverktøy som finnes, hvem som bruker hvilke framskrivningsverktøy i dag, på hvilke måter og hvilke tanker de har rundt et felles framskrivningsverktøy. Gjennom dette refererer vi både til et eventuelt verktøys innhold og til prosessen med å ta det i bruk, men det har blitt tydelig at ressurser også er sentralt, og dette er derfor også omtalt i rapporten.

Helseforetakene og kommunene som vi har snakket med har ikke selv brukt begrepet "manglende felles virkelighetsforståelse", men det kommer tydelig fram under intervjuene at de planlegger på hver sin kant og med forskjellige tall i stor grad, og at de er klar over denne problemstillingen. Et felles

framskrivningsverktøy kunne være ett av flere bidrag til å forbedre samhandlingen mellom nivåene.

Dersom det utvikles et felles framskrivningsverktøy, kan det settes følgende mål for verktøyet:

- Resultatmål: Det felles framskrivningsverktøyet brukes aktivt i kommuner, helseforetak, regionale helseforetak og helsefellesskap.
- Effektmål: Kommuner, helseforetak og regionale helseforetak har en felles virkelighetsforståelse og har fått på plass bedre felles planlegging. I tillegg bidrar verktøyet i noen grad til økt samordning, bedre beslutningsprosesser og tydelige prioriteringer.

Rent generelt kommer det frem av rapporten at det er komplisert å skulle lage én felles modell som dekker behovene til både helseforetak og kommuner, rett og slett fordi de er så ulike i funksjon og oppbygning. Der helseforetakene kan innrette sine planer i tråd med forventet utvikling i spesifikke diagnoser, må kommunenes planlegging ta innover seg pasientens totale funksjonsnivå. I tillegg er tjenestene veldig ulike med hensyn på sammensetning og type personell.

Rapporten besvarer første del av oppdraget om hvordan et felles framskrivningsverktøy for helseforetak og kommuner kan etableres med bruk av data fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi venter per nå på tilbakemelding fra HOD om hva som eventuelt skal gjøres videre.

Flere steder i Helse Vest og Helse Nord er det opprettet såkalte [Samhandlingbarometer](#)⁵ med statistikk og informasjon for å styrke det felles kunnskapsgrunnlaget og lette samarbeid på tvers.

DEFINISJON STATISTIKK

Datasett: Befolkningsutvikling for ulike aldersgrupper - helseregioner

Region ▼ År ▼ Aldersgruppe: Alle aldersgrupper ▼ Måltall: Befolkning ▼

År	2018	2020	2025	2030	2035	2040
Region						
Helse Sør-Øst	2 977 723	3 032 091	3 158 306	3 279 787	3 391 974	3 491 104
Helse Vest	1 106 295	1 113 232	1 145 173	1 182 532	1 217 763	1 248 789
Helse Midt	725 600	733 943	753 865	773 999	792 386	807 718
Helse Nord	486 001	488 385	493 455	499 121	504 462	508 633
Norge	5 295 619	5 367 651	5 550 799	5 735 439	5 906 585	6 056 244

Arbeidet med framskrivningsverktøy henger sammen med oppdrag om framskrivning og monitorering av tilgang på og behov for sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten (Se kap. om kompetanse s. 78) og oppdraget om å utvikle styringsinformasjon for helsefellesskapene. Å utvikle styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer for å understøtte helsefellesskapene kan sees som et første steg til hjelp med planlegging i nåtid, før man eventuelt klarer å ta framskrivninger i bruk på en hensiktsmessig måte som et neste steg.

Styringsinformasjon

I 2020 og 2021 har det vært arbeidet med å utarbeide en nærmere definisjon av de fire prioriterte pasientgruppene i NHSP og utvikle styringsinformasjon til helsefellesskapene. Formålet med styringsinformasjonen er å legge grunnlag for en god og likeverdig dialog i helsefellesskapene, som gir rom for lokale tilpasninger og fleksible løsninger. Helsefellesskapene involverer mange ulike aktører og helse- og omsorgstjenester på alle nivå, og det er lagt vekt på å utvikle informasjon om tjenester på tvers av forvaltningsnivåene.

I begynnelsen av mai ble det publisert en rapport Helsedirektoratet IS-2997 som

beskriver definisjoner og bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester for to av de prioriterte pasientgruppene: personer med flere kroniske sykdommer og skrøpelige eldre. I løpet av 2021, vil det komme en tilsvarende rapport for gruppen med psykiske lidelser samt barn og unge med langvarige behov for helsehjelp.

Å definere pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre er komplekst. Ulike studier av multimorbiditet og skrøpelighet viser betydelige forskjeller i forekomst (prevalens), og variasjonen skyldes både forskjeller i datagrunnlag og ulike metoder. Det finnes ikke en felles gullstandard for å måle multimorbiditet, og det er få studier som har sammenlignet ulike mål og definisjoner. I denne rapporten diskuterer vi ulike måter å definere multimorbiditet på, og konkluderer med en definisjon som tar utgangspunkt i personer med kompleks multimorbiditet, dvs. personer som har minst tre kroniske sykdommer i ulike organsystemer registrert på sykehus siste år.

Når det gjelder styringsinformasjonen om skrøpelige eldre finner vi at informasjon fra kommunene om funksjonsnedsettelse er særlig verdifull. Definisjonen som er valgt tar utgangspunkt i 10 indikatorer på funksjonsnivå, målt og registrert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi tror at det har en verdi i seg selv at den ene definisjonen tar utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten, mens den andre tar utgangspunkt i kommunale helse- og omsorgstjenester ettersom personer med omfattende behov for tjenester i spesialisthelsetjenesten ikke nødvendigvis er de samme personene som har de mest omfattende behovene for kommunale

⁵ [Samhandlingbarometeret - Nesstar WebView \(samhandlingsbarometeret.no\)](#)

tjenester. På denne måten utfyller definisjonene hverandre, og vi gjenfinner 24 prosent av pasientene med kompleks multimorbiditet blant de skrøpelige eldre.

Med utgangspunkt i definisjonen for kompleks multimorbiditet finner vi at i tall fra 2019 gjelder dette 72 271 personer på somatiske sykehus i alderen 18 år og eldre. Dette tilsvarer 4 prosent av pasientene på sykehusene og 1,7 prosent av befolkningen over 18 år. For aldersgruppen 18-59 år gjelder definisjonen 0,4 prosent av befolkningen, for aldersgruppen 60-79 år gjelder den 3,7 prosent og for aldersgruppen 80 år og eldre inkluderer den 9,6 prosent av befolkningen.

Omfanget av kompleks multimorbiditet varierer mellom helsefellesskapene. Forskjellene mellom helsefellesskapene og kommunene er størst for aldersgruppen over 80 år. For aldersgruppen over 80 år varierer omfanget av personer med kompleks multimorbiditet fra 7,2 prosent i Akershus universitetssykehus sitt område til 12,4 prosent i Helse Nord-Trøndelag sitt område.

Definisjonen av personer med redusert funksjonsnivå (skrøpelige eldre) omfatter totalt 113 060 personer som er 75 år og eldre (tall korrigert for kommuner som ikke leverte data i 2019), hvorav 57 118 personer inngår i kategoriene dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå. I 2019 tilsvarer dette 14,3 prosent av befolkningen som er 75 år og eldre. For aldersgruppen 75-79 år inngår 4,9 prosent av befolkningen, og for aldersgruppen 80-89 år inkluderes 14,9 prosent. For eldre som er 90 år og over inngår 48,2 prosent i kategoriene dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå. Generelt sett er det ikke store forskjeller mellom helsefellesskapene i

omfanget av pasienter med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå, men forskjellene er størst med hensyn til omfanget av personer med svært dårlig funksjonsnivå hvor omfanget varierer fra 5,5 til 8,4 prosent.

Rapporten viser at det gir verdifull informasjon å se bruk av ulike typer helsetjenester på tvers av de organisatoriske skillene. Det tydeligste mønsteret er at disse pasientgruppene bruker mer og flere tjenester jo eldre og sykere de er, men vi ser også at de aller eldste og skrøpeligste pasientene har færre konsultasjoner hos fastlege, legevakt, og på poliklinikk enn noen yngre pasienter og brukere med noe bedre funksjonsnivå. Dette mønsteret opprettholdes selv om kontrollerer for personer med langtidsplass på sykehjem som følgelig mottar legetjenestene gjennom sykehjemmet.

På noen områder er det betydelige forskjeller mellom helsefellesskapene. Dette gjelder for eksempel andel med registrert legemiddelgjennomgang, andel som er ernæringskartlagt, andel som bruker legevakt eller har mottatt sykebesøk hjemme. Vi finner også betydelige forskjeller i andelen epikriser som er sendt innen 1 dag, antall innleggelser for øyeblikkelig hjelp og i gjennomsnittlig liggetid. Noen av forskjellene kan skyldes alderssammensetningen i kommunene, andre kan skyldes datakvalitet og forskjeller i registreringspraksis, mens andre igjen uttrykker ulik behandlingspraksis ⁶.

Det er ønskelig å kunne tilrettelegge et dashboard med styringsinformasjon for de fire prioriterte pasientgruppene, men dette forutsetter faste koblinger mellom NPR og KPR som krever juridiske avklaringer. En eventuell utvikling av et dashboard som dekker både

⁶ Riksrevisjonen 2021: Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester. Del av dokument 3:2 (2019-2020).

kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester for fire ulike pasientgrupper vil være et omfattende arbeid. I første omgang arbeides det med å utvikle et dashboard som gir informasjon om bruk av allmennlegetjenester.

For utvikling av god styringsinformasjon om de fire prioriterte pasientgruppene er det en betydelig utfordring at mange av de tiltakene som skal styrkes, forutsetter informasjon om behandling og tjenester som er dårlig dekket eller mangler i registerdata. Dette er for eksempel brukerstyrte senger, ACT-team, grad av individuelle tilpasninger, sykdomsforverring, forebygging, habilitering og rehabilitering, fengselshelsetjenesten og sikkerhetspsykiatrien. Generell kunnskap om pasientgruppene bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester i eget helsefelleskap kan gi et godt grunnlag og verdifullt bidrag til en felles situasjonsforståelse for helsefelleskapene. For at helsefelleskapene skal kunne lykkes med prioriteringen av disse pasientgruppene, er det viktig å ha god informasjon om det fulle tjenestetilbudet og kunne sammenligne praksis i eget helsefelleskap med andres.

Utskrivningsprosessen

Helsedirektoratet har utredet hva som er ønsket innretning av utskrivningsprosessen, og i henhold til oppdraget vurdert endringer i nasjonale rammevilkår. Utredningen er gjort i samarbeid med representanter for brukere, helsetjenesten og Direktoratet for e-helse. Det er innhentet informasjon fra Norsk pasientregister (NPR) omkring utskrivning av pasienter fra norske sykehus. Direktoratet har vært i løpende dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om forståelsen og utførelsen av oppdraget, og drøftet hovedpunktene med referansegruppen for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.

Direktoratet har lagt vekt på å utrede nasjonale løsninger som kan gjelde alle pasientgrupper og alle deler av landet. Utredningen har kartlagt de viktigste utfordringene og målsetningene i utskrivningsprosessen, og vurdert fordeler og ulemper ved en rekke forslag til forbedring. Rapporten gir en samlet oversikt og prioritering av vurderte tiltak, og er levert til Helse- og omsorgsdepartementet 1. september 2021. Direktoratet avventer tilbakemelding fra departementet på hvordan rapporten formidles.

Tabellen under gir en oversikt over hovedmålsetninger knyttet til utskrivningsprosessen og hvordan disse er koblet til de ulike fasene i prosessen.

Fase i utskrivningsprosessen	Beskrivelse av hovedmålsetninger
Før innleggelse på sykehus	Pasienten får til enhver tid helsetjenester fra rett tjenestenivå
	Sykehuset har ved innleggelse tilgang til nødvendig informasjon om pasientens helsetilstand, ønsker og behov
Under oppholdet på sykehuset	Det finnes gode samhandlingsrutiner for innleggelser som er kjent og brukes av helsepersonell
	Sykehuset og kommunen samarbeider godt om å planlegge utskrivning og oppfølging i etterkant av innleggelsen
Ved utskrivning fra sykehus	Sykehuset formidler tidlig til kommunen at pasienten er utskrivningsklar og kan gi en nøyaktig tidsangivelse for dette
	Sykehuset formidler på en god måte til kommunen hva som er pasientens behov etter utskrivning
Etter utskrivning fra sykehus	God nok informasjon til pasient og pårørende ved utskrivning
	Kommunen har ved utskrivning tilgang til nødvendig informasjon om pasientens helsetilstand, ønsker og behov
Felles for hele utskrivningsprosessen	Pasienter som er utskrivningsklare blir ikke liggende overtid på sykehus i påvente av transport eller tilbud i kommunen
	Epikrisene sendes raskt etter utskrivning og formidler klart hva som er plan for videre oppfølging
	Pasienttransport planlegges og gjennomføres på en trygg og forutsigbar måte
	Kommunen får ved behov nødvendige faglige råd og veiledning fra sykehuset til å overta ansvaret for pasienter med sammensatte behov
	Det er tydelig for alle involverte hva som er kommunens og sykehusets roller, oppgaver og ansvar etter utskrivning
	Pasient og brukere medvirker på en god måte i egen helsehjelp
	Pasient og brukere får nødvendig opplæring
	En nasjonal løsning for samling av arbeidsverktøy tilknyttet utskrivningsprosessen vurderes
	En sikker digital løsning for møte mellom sykehus, kommuner, pasienter og pårørende vurderes
	Helsepersonell får opplæring i og etterlever avtaler og prosedyrer
	Det er for helsepersonell, pasienter og pårørende lett å finne oversikt over helsetjenester i kommuner og helseforetak
	Legemiddelliste er alltid oppdatert og tilgjengelig for helsepersonell
	Sykehus og kommuner har felles funksjonsbeskrivelse

Tabell 2: Oppsummering av hovedmålsetninger knyttet til utskrivningsprosessen.

Pasientforløp

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. 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 system for kvalitetssikring og pasientsikkerhet

Nasjonalt system for kvalitetssikring og pasientsikkerhet er et ledd i å oppnå god kvalitet til alle, er å styrke satsningen på det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Systematisk kvalitetsforbedring og arbeid med pasientsikkerhet er nødvendige forutsetninger for å kontinuerlig arbeid med å forbedre og utvikle tjenestene slik at pasienter og bruker til enhver tid får best mulig tilgjengelige behandling.

Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å se på et nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunene. Deriblant:

- Utrede forutsetninger for, og foreslå innretning av, et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- Utvikle og videreutvikle relevante kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten
- Utarbeide veileder for systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten
- Integrere kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i etterutdanning for spesialister i allmennmedisin og i spesialistutdanningen i allmennmedisin

Utredningen skal være ferdig desember 2021. Her sees det på forutsetninger for og innretning av et system som skal legge til rette for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten. Det utredes hva som finnes i dag og hvor utfordringene ligger, og på bakgrunn av dette hvilke tiltak som skal til for å løse disse utfordringene. Veilederen skal utvikles i 2022 med frist desember samme år.

Relevante nasjonale indikatorer utvikles løpende. Målet for planperioden er (2020-2024) å utrede, identifisere og publisere nasjonale kvalitetsindikatorer for

allmennlegetjenesten innen de seks dimensjonene for kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Hovedfokuset vil være avgrenset til en eller to dimensjoner av gangen. I 2020 var det et særlig fokus på temaene kontinuitet og kompetanse i allmennlegetjenesten. I løpet av 2021 er allerede kvalitetsindikatorer innen disse temaene realisert og publisert. I 2021 og ut i 2022 vil det være et hovedfokus på å utvikle indikatorer innenfor dimensjonen "Trygge og sikre". Fra 2022 og ut i 2023 vil arbeidet sentrere seg rundt dimensjonene "Involvere bruker" og "Virkningsfulle", som er planlagt ferdigstilt i 2023. Arbeidet knyttet til dimensjonen "Utnytter ressursene godt" og "Tilgjengelige og rettferdig fordelt" vil starte medio 2023, og avsluttes mot slutten av planperioden.

For å heve kvalitetsforbedringskompetansen i tjenesten skal Helsedirektoratet se på muligheten for å gjøre kvalitetsarbeid tellende for etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin, samt følge med på kvaliteten i spesialistutdanningen i allmennmedisin som gjelder læringsmål om kvalitet og pasientsikkerhet i samarbeid med Legeforeningens spesialitetskomite.

Arbeidet med å utvikle et system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er et tiltak i Handlingsplan for allmennlegetjenesten men er også relevant for å nå målene i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som omfatter både kommunal helse og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Kvalitetsforbedringsarbeid går på tvers av tjenester og tjenestenivå, et slikt system vil derfor ha overlapp med lignende arbeid pågående i spesialisthelsetjenesten, og kan være særlig relevant opp mot utvikling av helsefellesskapene.

Pakkeforløp:

Helsedirektoratet oppdaterer pakkeforløpene jevnlig. Innspill til endringer diskuteres i en implementeringsgruppe oppnevnt av

Helsedirektoratet. Denne gruppen har nylig endret navn til "Nettverksgruppe Pakkeforløp for kreft".

Pakkeforløpene ble sist oppdatert i 2021. Innspillene til endringer ble diskutert og forankret i fagmiljøene og i nettverksgruppen. Pakkeforløpene der det er gjennomført endringer som trådte i kraft 1.mai 2021 er: Pakkeforløp for brystkreft:

- OF2 utvides fra 7 til 12 dager
- Følgelig blir OF4 utvidet med tilsvarende 5 dager
- Dette betyr at tiden til utredning er utvidet

Pakkeforløp for føflekkreft:

- Tittel på pakkeforløpet er endret til *Pakkeforløp for malignt melanom*

Pakkeforløp akutt leukemi og myelodysplasi og Pakkeforløp for kronisk lymfatisk leukemi

- Disse pakkeforløpene fjernes. Bakgrunnen for dette er at pakkeforløpet ikke bidrar til å forbedre forløpet for pasientene, og det medfører betydelig merarbeid for de kliniske avdelingene. Disse pakkeforløpene er alt prioritert med korte frister.
- For pasienter som er i disse pakkeforløpene skal det ikke legges inn koder etter 1.mai 2021, men de skal fortsatt følges opp etter gjeldende faglig praksis.

Pakkeforløp for testikkelkreft

- Tiden fra avsluttet utredning til start behandling økes. Dette fordi det er økt tid til kirurgi grunnet økt utredningstid- de skal til PET.
- Medikamentell behandling: Her inkluderes metastatisk sykdom. De som skal ha adjuvant kjemoterapi kodes under punkt som ved adjuvant behandling.

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter

Pakkeforløp hjem for kreftpasienter er et planlagt pakkeforløp på tvers av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for bedre oppfølging og ivaretagelse av pasienter som har fått en kreftdiagnose. Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal på en systematisk måte avdekke pasientenes individuelle behov, dvs. behov som går utover den rent medisinskfaglige oppfølgingen – tilknyttet pasientens livssituasjon – og med fokus på hva som er viktig for den enkelte pasient. Pakkeforløp hjem for kreftpasienter skal bedre samhandlingen mellom aktørene som har kontakt med kreftpasienter, og øke tryggheten for pasientene som overføres mellom tjenestenivåene. Tydelig kommunikasjon og plassering av ansvar for videre oppfølging blir derfor et viktig element i pakkeforløp hjem for kreftpasienter. Pakkeforløp hjem for kreftpasienter er per september 2021 på ekstern høring, og planlegges implementert i 2021.

Pakkeforløp hjerneslag

Pakkeforløp hjerneslag er forankret i den nasjonale retningslinje, og bygger direkte på oppdatert kunnskap. Målsettingen med pakkeforløpet er å oppnå godt organiserte, helhetlige pasientforløp, unngå ventetider som ikke er medisinsk begrunnede, oppnå likeverdig tilbud uavhengig geografi og gi god informasjon til pasienter og aktører.

Pakkeforløpet ble publisert i to omganger. I 2017 ble det akutte delen publisert. Denne delen beskriver forløpet fra symptomdebut til pasienten blir innlagt slagenhet. Norsk hjerneslagregister monitorerer og følger opp målepunktene i fase 1 av pakkeforløpet. I 2019 ble et helhetlige forløp publisert som beskriver helt fra symptomdebut via de ulike nivå i spesialisthelsetjenesten og helt ut i den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Pakkeforløp hjerneslag retter fokus på rehabilitering spesielt, og er foreløpig det

eneste pakkeforløpet som 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.

De viktigste indikatorer for god slagbehandling og rehabilitering er løftet inn i dette pakkeforløpet hvor man også har definerte forløpstider på de ulike innsatsene som gis.. Resultatene oppdateres ukentlig på deres nettside. Tjenesten kan bruke dette i sitt arbeid og med sin kvalitetsforbedring.

Det planlegges for å publisere en årsrapport som synliggjør resultater for hele pakkeforløp hjerneslag inkludert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og rehabilitering og oppfølging i den kommunale helse og omsorgstjenesten høst 2021.

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 hjerneslagregister⁷ 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. Denne rapporten vil inkludere data fra Norsk hjerneslagregister, Kommunalt pasient- og brukerregister og Norsk pasientregister.

Helsedirektoratet startet våren 2021 et arbeid for å bidra til økt kunnskap om pakkeforløpet hos aktører i fase 2. Arbeidet er også ment å bidra til å realisere planlagte gevinster ved å ta i bruk pakkeforløpet. Prosjektet vil utarbeide en implementeringsplan med forslag til tiltak og gjennomføring. Arbeidet er godt forankret på ulike tjenestenivå og i bruker- og fagorganisasjoner.

- Fra 2021 er ISF-finansiering for tverrfaglig utredning utvidet og kan også være aktuelt for hjerneslagpasienter der det gjøres mer ressurskrevende tiltak slik som det kan være ved 3 mnd. etterkontroll i spesialisthelsetjenesten etter et akutt hjerneslag. Reglene fremkommer i ISF-regelverket for 2021 og det er sendt ut brev til tjenestene med informasjon.
- Det planlegges å publisere resultater for en ny nasjonal kvalitetsindikator : "80 % av pasientene bør få tverrfaglig funksjonsvurdering og beslutning om videre forløp innen 7 kalenderdager etter innleggelse i slagenhet, og alltid før utskrivning". Tidlig kartlegging og avklaring av videre forløp er en viktig del av oppfølgingen i slagenheter. Vurderingen av pasientens rehabiliteringsbehov skjer ut fra anbefalingene i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.
- Det planlegges for å etablere en ny nasjonal kvalitetsindikator for " Innlagt i slagenhet innen anbefalt tid", men utsetter publisering av denne noe da drift av akuttmottakene har vært påvirket av pandemien og smittevernstiltak, og det vil av den grunn være uheldig å måle sykehusene på dette nå.

Pakkeforløp psykisk helse og rus er omtalt på side 44.

⁷ <https://stolav.no/fag-og-forskning/medisinske-kvalitetsregistre/norsk-hjerneslagregister>

Ulike team

Nasjonal helse- og sykehusplan ønsker at det skal legges til rette for ambulant og teambasert behandling. Det er et mål at sårbare pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem. Ambulante tverrfaglige team ivaretar de mest sårbare barna og unge og voksne med alvorlige og sammensatte behov. Helsepersonellet jobber i team rundt pasienten, utvikler tjenesten i tråd med kunnskap om hva som virker, utnytter mulighetene som teknologien gir og oppgaver løses og fordeles på nye måter og i team – på tvers av fag og institusjoner.

I kontakt med tjenesten har Helsedirektoratet bedt om eksempler på team benyttet ute i tjenestene og det er sendt ut et kort spørreskjema hvor det blant annet innhentes informasjon om målgruppe, mål, hvilket helsepersonell publisert disse eksemplene på temasiden for helsefellesskap.

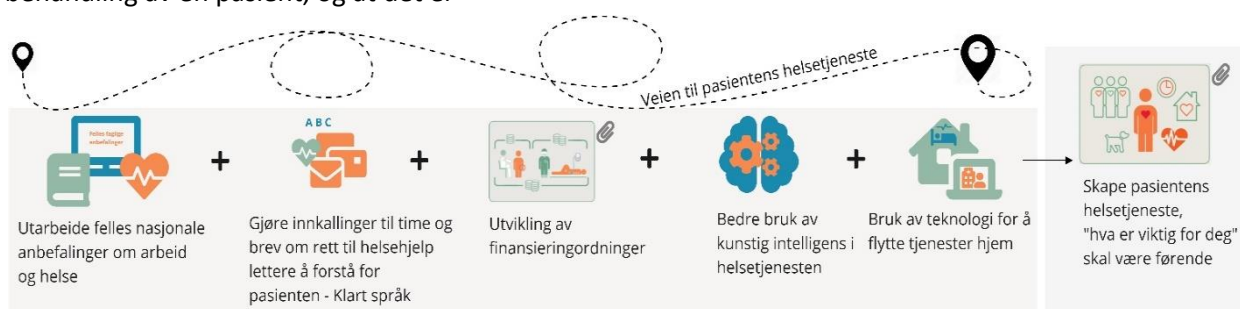
Finansiering av ulike team

Kommunikasjon mellom spesialist- og primærhelsetjenesten som innebærer samarbeid om oppfølging og behandling av pasienter finansieres gjennom ISF. Aktiviteten som skal finansieres skal innebære oppfølging av pasienter og samarbeid med eksterne som deltar og finansieringsordning som blir benyttet. Vi har videre samarbeidsparter utover aktivitet av ren administrativ art og ordinær meldingsutveksling mellom tjenestene.

Kommunikasjonen kan foregå i fysisk møte, per videosamtale, telefon eller gjennom digital kontakt. Forutsetningen for at aktiviteten skal kunne inngå i ISF er at kommunikasjonen innebærer samarbeid om oppfølging og behandling av en pasient, og at det er

nødvendig med bidrag fra behandler i spesialisthelsetjenesten for å komme videre i en utredning, oppfølging eller et behandlingsforløp. Kontakten kan foregå med eller uten pasient tilstede, men den aktiviteten som finansieres er kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og den eksterne samarbeidsparten knyttet til pasienten.

For utdypende informasjon og regler vises til Innsatsstyrt finansiering (ISF) – regelverk - Helsedirektoratet.



Vurdering



Måloppnåelse 2021 per oktober:

Formell etablering av helsefellesskapene har tatt lang tid. Forsinkelser på grunn av pandemien spiller inn i disse prosessene. Det er likevel slik at resultatene av at formell etablering tar tid, gjør at vi halvveis i planperioden for denne nasjonale helse- og sykehusplanen, ikke har kommet godt i gang med det praktiske samarbeidet som helsefellesskapene skal gjøre i å utvikle tjenestene for de fire pasientgruppene. Det er flere eksempler på omfattende og godt samarbeid om helsefellesskap mellom kommune og HF, men variasjonen mellom regionene er stor. Rapporteringen fra Statsforvalterne per 1. september viser at arbeidet har kommet kort i flere områder. Statsforvalteren for Troms og Finnmark rapporterer at et flertall av kommunene i Finnmark ikke kommet i gang med utvikling av sin rolle som partner i Helsefellesskapet. Tilsvarende melding kommer om flere kommuner på Helgelandskysten. Dette er områder som også har en særlig utfordring med å fallende folketall, med økt andel eldre ifølge SSBs prognoser og vansker med å rekruttere fastleger og annet helsepersonell.

Risiko:

[NOU 2020: 15 – Det handler om Norge](#) viser at den demografiske utviklingen i distriktskommunene går i retning av

- Flere eldre
- Færre unge
- Relativt stabil folketallsutvikling
- Færre yrkesaktive per innbygger

Dette kommer også frem i et notat fra NIVI-analyse (vedlegg 7) hvor det i tillegg pekes på at:

- Mange kommuner har mangel på kompetanse og et minimum av fagmiljø i

helse og omsorgstjenesten (eksempel: mangel på fastleger og sykepleiere)

- Store kommuner med oppstykket ansvar for kommunale helse- og omsorgstjenester innenfor felles bo- og arbeidsmarkedsområde
- Helseforetakene skal samarbeide med mange og ulike kommuner

Helsedirektoratet skal understøtte helsefellesskapene i arbeidet. Digital deling i helsefellesskapene og mellom helsefellesskapene er en risiko og bør jobbes med videre

Det er komplisert å skulle lage en felles framskrivningsmodell som dekker behovene til både helseforetak og kommuner, blant annet fordi de er så ulike i funksjon og oppbygning i tillegg til at ressurstilgangen er ulik. Dette kan løses, men blant annet arbeidet med felles framskrivninger for psykisk helse-området har vist seg å være svært komplisert.

I forbindelse med tilgjengeliggjøring av styringsinformasjon er det risiko rundt tilgang til data. For en del kommuner, er data ikke anonyme, så utlevering av data kan kreve særskilt tillatelse. Det arbeides med dashboard for allmennlegetjenesten, dvs. at man vil kunne få frem bruk av allmennlegetjenester, og kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten for de fire pasientgruppene. Her er det imidlertid fremdeles ikke avklart om det er juridisk mulig å gjøre faste koblinger mellom KPR og NPR.

Videre framgang og anbefaling:

Vi foreslår at det etableres en forsøksordning med sterkere samarbeidsstrukturer med forpliktende organisering av grunnressursene for grupper av kommuner. Tiltaket bør omfatte kommuner i 2-4 regioner og være knyttet opp mot et mer innovativt helsefellesskap med det tilhørende helseforetaket.

Erfaringen fra de gode løsningene fra Helsefellesskap bør systematiseres og deles for læring i andre områder. For å understøtte erfaringsdeling mellom helsefellesskapene vil direktoratet fortsette arbeidet med å fasilitere

nettverket og opprett samhandlingsrom som gir mulighet for deling av dokumenter for helsefellesskapene.

Når det gjelder styringsinformasjon på web, så er det igangsatt et arbeid med å tilrettelegge for pasientgruppenes bruk av allmennlegetjenester. Dette gjennomføres i forlengelsen av allmennlegedataprojektet. Dersom det skal utvikles dashboard for pasientgruppenes bruk av spesialisthelsetjenester og kommunale omsorgstjenester, må dette sees i sammenheng med andre utviklingsoppgaver i Helseregisteret og forutsetter finansiering og juridiske avklaringer mht kobling av data fra NPR og KPR. Det må vurderes om statistikk kan utvikles og utleveres til helsefellesskapene også på annet vis.

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.

2023

Tiltak

2020

- 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
- Resultatbasert finansiering (tidligere 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
- Resultatbasert 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 behandlingssløp og finansiering av samarbeidsmøter og oppfølgingssamtaler på tvers av forvaltningsnivåene.

Resultat

- Etablerte helsefellesskap
- 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.

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

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 skjermtolkning 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



Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 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. Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023⁸ har mange felles mål med NHSP.

Aktiviteter i 2021:

Klar språk-prosjektet for utvikling av brevmalen er avsluttet av Helse Sør-Øst og det er ikke lenger sentral styring av prosjektet. Arbeidsgruppen er oppløst. Hvert enkelt RHF må eventuelt rapportere om implementering til Helse- og Omsorgsdepartementet på oppfordring. Malene er ferdige og tilgjengelige for RHFene gjennom Sharepoint. Interregionalt fagdirektørmøte godkjente nye nasjonale maler for innkallings- og

ventelistebrev for spesialisthelsetjenesten i november 2020 og støttet at videre forvaltning av brevene ses i sammenheng med regionenes felles forvaltning og utvikling av Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten og Digitale innbyggertjenester. Den største endringen som er gjort med de nye malene, er at de er forkortet ved at særlig rettighetsinnholdet fra tidligere maler er tatt ut. Isteden viser brevene til informasjon på helsenorge.no, om f.eks. fritt behandlingsvalg.

Hovedutfordringen som ble påpekt ved oppstarten av klarspråk-prosjektet gjaldt særlig at informasjon om forberedelser til behandling kunne være uklar og vanskelig å forstå. Informasjon om forberedelser var noe hvert enkelt sykehus måtte legge inn individuelt, og dermed var denne

informasjonen ikke en del av malene eller underlagt noen sentral kvalitetssikring.

De malene som foreligger nå har ikke gjort noe med denne utfordringen. Det er fremdeles de enkelte sykehusene som må legge inn informasjon om forberedelser. Men Helgelandssykehuset som først påpekte denne svakheten i sine pasientbrev har forbedret dette lokalt, og dette klarspråkprosjektet har også satt søkelys på denne utfordringen i andre helseforetak.

Det er enhetlig informasjon på Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten (FNSP) og i den felles basen med pasientinformasjon som er etablert der. Det nye er at regionene ønsker å la denne informasjonen være master for informasjon i brev også. Helse Nord som innfører DIPS Arena, leder et prosjekt sammen med DIPS for å kunne hente FØR- altså forberedelsesteksten fra FNSP, inn i innkallingsbrev automatisk. I Helse Sør-Øst kopieres teksten fra nettsidene inn i DIPS for å kunne samstemme informasjon på nett og i brev. Det er fordi Helse Sør-Øst har en eldre versjon av DIPS. Høsten 2021 startes en nasjonal gjennomgang av tekstene som ligger på nettsidene slik at de skal kunne gjenbrukes i innkallingsbrevene fra sykehusene.

I dette klarspråk-oppdaget fra Helse- og Omsorgsdepartementet er også HSØ bedt om å identifisere flere områder som kan forbedres med klarspråk, og etablere systemer og rutiner som sikrer at all slik kommunikasjon skrives i et klart språk. Her har Helse Sør-Øst vurdert at det viktigste fremover er å utvikle felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten og felles database for felles pasientinformasjon.

Læring og mestring

I 2020 ble det gjort en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for samhandling mellom helseforetak og kommuner om lærings- og mestringsvirksomhet. Det ble overlevert en felles rapport fra Helse Sør Øst og Helsedirektoratet i januar 2021 med hovedfunn fra kartleggingen, forbedrings-

områder og anbefalinger for videre arbeid. Våren 2021 ble det holdt møte med HOD og Brukerutvalget, og det avventes tilbakemelding fra HOD. Helsedirektoratet har fulgt opp rapporten internt gjennom samarbeid og dialog med andre oppdrag og leveranser under Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er blant annet gitt innspill til oppdrag om utskrivingsprosessen, veileder "Sammen om mestring", Veileder for samarbeidsavtaler og tjenestemodeller på tvers, og Rehabilitering etter Covid. Forprosjektet har synliggjort status og pekt på utfordringer og forbedringsområder for lærings- og mestringsvirksomheten i helseforetak og kommuner. Videre skal arbeidet danne grunnlag for et mulig videre arbeid hvor effektene ønskes å være:

- 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 av god kvalitet
- 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 helsefellesskapene og er konkretisert i samarbeidsavtalene
- Brukerne har økt helsekompetanse og deltar aktivt i egen oppfølging og behandling

Rapporten kan leses her: [Læring- og mestring i helse- og omsorgstjenestene - rapport.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/rapporter/laring-og-mestring-i-helse-og-omsorgstjenestene-rapport.pdf)

Helsekompetanse

I 2020 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å operasjonalisere Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019-2023), med mål om at helsekompetanse i løpet av strategiperioden *er et inkorporert aspekt og tenkning i planlegging, utvikling,*

implementering og evaluering av helse- og omsorgstjenestene, samt folkehelsearbeidet, på alle tjeneste- og forvaltningsnivå.

Prosjektplan og definerte mål for arbeidet ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2021. Nasjonal helse- og sykehusplan er spesielt viktig for å nå mål fem i strategien; *Helse- og omsorgstjenester tar høyde for ulik grad av helsekompetanse i befolkningen.* Dette målet innebærer at tjenestene legger til rette for at befolkningen, uavhengig av digital

digitale tjenester, selvhjelpsløsninger og behandlingstilbud fungerer for alle – inkludert de med lav helsekompetanse og svake digitale ferdigheter. Som et ledd i dette arbeidet har det i 2021 vært jobbet med sertifisering av fem nye verktøy innen psykisk helse. Verktøyene vil blant annet benyttes til å håndtere milde-moderate plager med uro, nedstemthet og stress, presentasjonsangst blant barn og unge, og svangerskapsdepresjon.

Målområder og mål

Hovedmål: I løpet av strategiperioden 2019–2023, skal det være nasjonalt tilrettelagt for at helsekompetanse er et inkorporert aspekt og tenkning i planlegging, utvikling, implementering og evaluering av helse- og omsorgstjenestene, samt folkehelsearbeidet, på alle tjeneste- og forvaltningsnivåene.

Målområde 1: Helsekompetanse i alt vi gjør

1. Helsekompetanse skal være en integrert del i alle Helsedirektoratets prosesser

Målområde 2: Kunnskapsbasert utvikling

2. Brukeren først. Forvaltningen og tjenestene samarbeider med pasient- og brukerorganisasjoner for å øke helsekompetanse i befolkningen.
3. Myndighetene skal ha tilstrekkelig kunnskap om og innsikt i befolkningens helsekompetanse, og om helsekompetansevennlige organisasjoner.
4. Helsekompetanse skal inkluderes i helse- og sosialfaglige utdanningsløp og andre relevante utdanningsløp

Målområde 3: Likeverdige tjenester

5. Helse- og omsorgstjenester tar høyde for ulik grad av helsekompetanse i befolkningen, inkludert digitalkompetanse.

kompetanse og språkkompetanse, har mulighet til å finne, forstå, vurdere og bruke helseinformasjon. Videre skal klart språk og samvalg fremmes, helse- og omsorgstjenestene skal gjøre det enklere å navigere i helsesystemet for å finne frem til riktig tilbud, ansatte skal motta opplæring for å kunne fremme helsekompetanse, og det skal utvikles verktøy som gjør tjenestene i stand til å øke helsekompetansen.

Økt digital utenforskap vies særskilt fokus i arbeidet framover. Utviklingen og digitalisering på helsefeltet har skutt fart under Covid-19-pandemien, med et akutt behov for gode tekniske løsninger, med det økt risiko for økt digitalt utenforskap. En av målsettingene for arbeidet med å forebygge og motvirke digitalt utenforskap er å stille krav til nye digitale innbyggerverktøy- og tjenester. For å ivareta pasientens mulighet til å aktivt delta i egen helse må vi tilrettelegge for at nye

Fra første fase i beredskapsarbeidet under pandemi har det også vært viktig å legge til rette for at hele befolkningen uavhengig av helsekompetanse, språkkompetanse og digital kompetanse skulle motta, finne og forstå informasjon knyttet til smittevernadferd, testing og behandling. Helsenorge.no er den offentlige hovedkanalen for kvalitetssikret innhold om helse, livsstil, sykdom, behandling og rettigheter og har i sin målsetting å gi innbyggerne en vei inn. I rapporteringsperioden lanserte helsenorge.no ny innholdsstrategi, hvor et av tre hovedmål er å sette innbyggers behov i sentrum og at innholdet skal dekke behovene til målgruppene, og bidra til å øke helsekompetansen. For å arbeide målrettet for økt helsekompetanse i befolkningen, har myndighetene behov for tilstrekkelig kunnskap om og innsikt i befolkningens helsekompetanse, og om helsekompetansevennlige organisasjoner.

I 2020 ble studien «The International Health Literacy Population Survey 2019–2021» (HLS19), fullført. Rapporter fra denne studien dannet Norges første baseline for befolkningens helsekompetanse. Studien

Samlet inn data fra et tilfeldig, representativt utvalg på 6000 personer (del 1) og resultatene viser at mange har utfordringer med å finne og kritisk vurdere helseinformasjon, og fordeler og ulemper ved ulike behandlinger. I HLS19, del 2, som forelå våren 2021, ble det samlet inn data fra fem utvalgte innvandrergupper. Resultater fra del II undersøkelsen viser at mange innvandrere, kan ha store utfordringer knyttet til det å finne, forstå, vurdere og anvende informasjon om vaksiner. Det er en relativt stor andel innvandrere som synes det er vanskelig å vurdere om massemedienes informasjon om sykdom er troverdig, og å finne informasjon om lovendringer som kan påvirke egen helse eller helsen til familien.

Norge er blant fem land i ekspertgruppen for NCD (ikke-smittsomme sykdommer) under The Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being (NDPHS) som skal samarbeide om en kunnskapsoppsummering av "Organisational health literacy" på alle nivå og sektorer. Arbeidet er støttet og delfinansiert av EU. Det tas sikte på å starte opp en arbeid høsten 2021 og avslutte våren 2023.

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>). Flere av disse er oppdatert faglig i løpet av det siste året: Alvorlig aortastenose (april 21),

brystkreftkirurgi (desember 20), hofteartrose (mai 21), prostatakraft med spredning (mai 21), prostatakraft uten spredning (juni 21), psykose (juli 21) og sykkelig overvekt (januar 21).

Verktøykatalogen

En digital støttespiller "i lomma" blir stadig mer aktuelt for helsetjenesten. Apper og andre digitale løsninger har et stort potensial i hele spekteret av helsetjenester, fra forebygging til samhandling, rehabilitering og mestring av kronisk sykdom. I dag finnes det ikke kriterier for god kvalitet. Av drøyt 400.000 tilgjengelige helseapper, tilfredsstillende bare ca. ¼ grunnleggende krav til sikkerhet og personvern.

Høsten 2021 skal derfor Helsedirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett prøve ut et godkjenningssystem som gir app-brukerne bedre navigasjonshjelp enn i dag. Det utarbeides minimumskrav til datasikkerhet, personvern, brukervennlighet og effekt. Parallelt pågår et EU-arbeid for standardisering og et nordisk initiativ for felles løsninger. De med helsepersonellnummer kan bruke Helsedirektoratets Verktøyformidler (<https://portal.helsedirektoratet.no>).

Pasienten får da varsel på mobil og epost og logger seg inn på helsenorge.no for å ta i bruk verktøy som er forskrevet digitalt. Allerede nå kan helsepersonell, forbruker og pasient klikke seg inn på [Verktøykatalogen](#) og få en smakebit av fremtiden. Verktøyene kan være nettkurs, app eller video. Målet er å bygge ut et rikholdig bibliotek av verktøy.



Vurdering



Måloppnåelse i 2021 per oktober:

Klar språk-prosjektet for utvikling av brevmaler er avsluttet. En rapport med gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget for samhandling mellom helseforetak og kommuner om lærings- og mestringsvirksomhet ble overlevert HOD fra Helse Sør Øst og Helsedirektoratet i januar 2021.

«*The International Health Literacy Population Survey 2019– 2021*» (HLS19), del 1 og 2 er fullført i 2021, og danner Norges første baseline for befolkningens helsekompetanse. HLS19, del 3 vil gjennomføres i løpet av 2022. Prosjektplan og definerte mål for arbeidet ble overlevert HOD og tilsluttet høsten 2021. Tiltak for det videre arbeidet er i prosess.

Risiko:

Med økt digitalisering på helsefeltet øker risikoen for digitalt utenforskap. Utviklingen har særlig skutt fart under covid-19. For å ivareta pasientens mulighet til å aktivt delta i egen helse må det tilrettelegges for at nye digitale tjenester, selvhjelpsløsninger og behandlingstilbud fungerer for alle – inkludert de med lav helsekompetanse, varierende språkkompetanse og svake digitale ferdigheter.

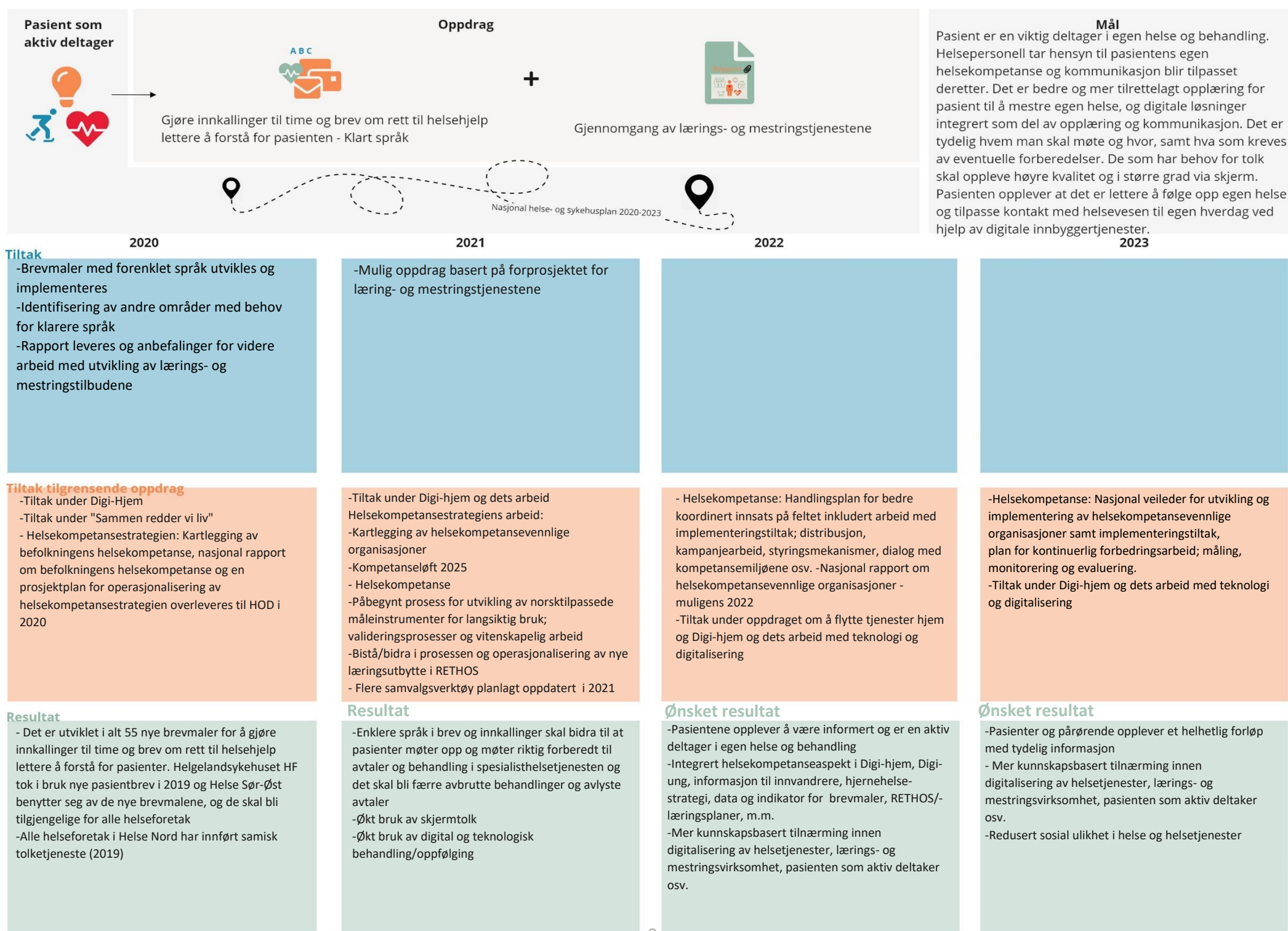
HLS19-undersøkelsene trekker frem flere utfordringer og forbedringspunkter som det er viktig å jobbe videre med. Blant annet rapporterer undersøkelsen om at en betydelig andel har utfordringer med å finne og kritisk vurdere helseinformasjon, og å vurdere fordeler og ulemper ved ulike behandlinger.

Videre fremgang og anbefaling:

Norge er blant de fem land i ekspertgruppen for NCD under NDPHS som skal samarbeide om å gjennomføre en kunnskaps-oppsummering av "Organisational health

literacy» på alle nivå og sektorer. Dette arbeidet er støttet og delfinansiert av EU. Det tas sikte på å starte opp en arbeidsprosess 1. januar 2021.

Helsedirektoratet vil prioritere arbeidet med å sikre at Helsekompetanse blir en integrert del i alle Helsedirektoratets prosesser. Det vil etableres interne og eksterne ressursgrupper for å sikre at helsekompetanse forankres på tvers av forvaltningen, tjenestene og i relevante utdanningsløp, og at tiltakene som utarbeides for videre arbeid ivaretar eksisterende mål i strategien.



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 helsefellesskapene. 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 helsefellesskapene 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



Aktiviteter i 2021:

Det store oppdraget om framskrivninger og analyse av kapasitetsbehov i psykisk helse ledet av Helse Sørøst, ble levert til Helse- og Omsorgsdepartementet sommeren 2021. Som en oppfølging av arbeidet er Helse Vest i gang med å se på fremtidig behov for kompetanse og personell.

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.

RHFene har under NHSP blant annet fått oppdrag om implementere tverrfaglige oppsøkende behandlingsteam innen psykisk helsevern der det er befolkningsmessig grunnlag for det og sammen med kommunene, å innføre bedre rutiner for avklaring av hjelpebehov hos barn og unge.

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

Disse skal innrettes i tråd med anbefalinger som utvikles av Helsedirektoratet.

PasOppundersøkelser blant pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern og TSB har endre navn og form: [Kontinuerlig elektroniske målinger \(KEM\) i psykisk helsevern og TSB - FHI](#). I Helsedirektoratets anbefalinger til HOD i forbindelse med opptrappingsplanen for rusfeltet ble det anbefalt at undersøkelsene utvides til også å omfatte pasienter i poliklinisk behandling og at det bør vurderes å inkludere pasienter i BUP, barn og unge.

Arbeid med tverrsektorielle veileder for barn og unges psykiske helse og tiltak knyttet til forebygging av selvskading ble startet opp i 2020. Pakkeforløp for kartlegging og utredning av psykisk helse og rus hos barn og unge i barnevernet ble lansert i 2020 og skal nå utvides med somatisk helse, tannhelse og seksuell helse. Helsekartlegging av barn i barnevernet skal deretter vurderes tatt inn i pakkeforløpet.

Veileder for barn og unges psykiske helse

Tverrsektoriell veileder for barn og unges psykiske helse er også et oppdrag under Opptrappingsplanen for barn og unges psykiske helse. Det ble besluttet i første omgang å ha søkelys på psykisk helsearbeid for barn og unge. Arbeid med rusproblematikk og vold og overgrep som naturlig inngår i det psykiske helsearbeidet vil bli sett i sammenheng og inkludert i det videre arbeid. Det er gjennomført et innsiktsarbeid med kommuner, brukere og helseforetak i alle regionene. Innsikten viser at det særlig er behov for å tydeliggjøre hva som er barn og unges behov. Den skal også bidra til avklaring og tydeliggjøring av de ulike tjenestenes roller og oppgavefordeling, og forventninger til tverrsektorielt samarbeid. Målet er at veilederen skal bidra til å tydeliggjøre roller og ansvar mellom forvaltningsnivåene. Arbeidet

startet høsten 2020 og det forventes å være ferdig høsten 2022.

Eksempler på tiltak i opptrappingsplanen:

- 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 Digi-Ung-programmet (se vedlegg 6, side 120)

Oppsøkende team for unge

Forprosjektet for FACT Ung-satsningen i Norge ble etablert i 2018. Arbeidet er forankret i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 der Helsedirektoratet ble bedt om å utrede hvordan tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for barn og unge bør innrettes, implementeres og evalueres. Det er i dag tre piloter i FACT-ung satsingen, det ble etablert 6 forprosjekter i 2020 som i dag er operative team. Det er 21 forprosjekter i 2021.

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 og juni 2021, det planlegges to digitale halvdagssamlinger i november 2021. Det vil bli etablert et samarbeid med kompetansesentrene om å få fullført, opplæring, og implementering, fidelity-målinger og håndbok høsten 2021. Fra 2022 vil FACT-ung kunne etableres som ny tjenestemodell.

Helsedirektoratet gav i 2019 RKBU-Midt oppdraget med å utarbeide håndbok/

modellbeskrivelse, samt en etablerings-
håndbok for FACT Ung. Resultatet av dette
arbeidet er i stor grad integrert og videreført i
det foreliggende utredningsarbeidet.
Håndbok/modellbeskrivelse for FACT-Ung vil
ferdigstilles utenfor utredningsarbeidet, og
ansvaret for dette er lagt til NKROP.

Det er satt ned en arbeidsgruppe for
utredning av FACT Ung, som har bestått av
representanter for Helsedirektoratet, Barne-,
unge- og familiedirektoratet, NKROP, NAPHA,
NUBU, RBUP Øst og Sør, RKBU-vest, midt og
nord, BUFetat, KS, kommunal
barnevernstjeneste, brukerorganisasjoner,
brugerrepresentanter, FACTung pilotteam og
RHF. Arbeidsgruppen har møtes månedlig fra
september 2020 til mai 2021 for å
gjennomføre utredningen. På grunn av
pandemien ble bare det første møtet i
arbeidsgruppen gjennomført fysisk, alle møter
siden har vært digitale.

Utredningsarbeidet ble konkretisert til å særlig
skulle omhandle følgende områder:

- Befolkningsgrunnlag og målgruppe
- Ungdommers erfaringer og anbefalinger
til FACT-ung
- Utvikle en Fidelity evaluering
- Barnevernet og FACT Ung
- Utvikle et opplæringsprogram for FACT-
ung teamene
- Hvilken implementeringsstøtte er
nødvendig når teamene er i drift.
- Utvikle en etablerings guide/håndbok for
nye team.

I utredningsarbeidet er to forhold ved FACT
ung blitt tydelige. Det ene forholdet knytter
seg til at det synes noe uklart «hva FACT ung
er» og at det foreligger relativt lite forskning
og klart definerte forventninger knyttet til
hvor virksomt FACT Ung er, og hvilke effekter
og resultater en kan forvente at et FACT ung
tilbud skal gi for målgruppen.

FACT Ung har som ambisjon å gi et tilbud til
barn og unge som kjennetegnes av en rekke
kriterier; alvorlige psykiske vansker og/eller
rusmiddelproblemer, alvorlig funksjonssvikt,
sammensatte vansker og behov som krever en
langvarig og sammensatt innsats fra flere
tjenester. I tillegg er det en ide om at
ungdommens omsorgsbasis og de tilgjengelige
tjenester ikke klarer å ivareta disse behovene
og utfordringene.

FACT Ung er den organisatoriske modellen
som i størst mulig grad legger til rette for
helhetlige og integrerte tjenester:

- Rent organisatorisk er det lagt til rette for
at tjenestene skal gis helhetlig og integrert
(etableres gjennom forpliktende
samhandlingsavtale mellom kommune og
spesialisthelsetjenestene som
forutsetning).
- Det er en rekke komponenter i FACT-
modellen som legger til rette for
helhetlige og integrerte tjenester (bred
tverrfaglig sammensetning, daglige
tavlemøter og behandlingsplan)

Helsedirektoratet skal sammen med flere
kompetansemiljøer bearbeide utrednings-
rapporten og beslutte hva den endelige
modellen for FACT ung skal være i løpet av
høsten 2021 våren 2022.

Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam, en
arbeidsform uavhengig av alder og diagnose,
prøves også ut i pilot (se vedlegg 6 side 112).
Denne arbeidsformen også gjelder for
personer med psykiske lidelser.

Arbeidet med gjennomgang kompetanse-
funksjoner innen psykisk helse- og rusområdet
ble i samarbeid med HOD avgrenset til
kartlegging av tjenestene som ble levert 15.
desember 2020. Oppdraget anses som
avsluttet. HOD har besluttet at de nasjonale
kompetansetjenestene innen rus- og psykisk

helse skal innlemmes i pågående gjennomgang av de nasjonale kompetansetjenestene.

Revidering av "Sammen om mestring"

Revidert veileder skal være samordnet med andre normerende produkter og publiseres digitalt. Samordningen med tilgrensende normerende produkter under arbeid innebærer at det er en omfattende utveksling og medvirkning "på tvers". Det gjelder i første rekke med de andre arbeidene under NHSP og utarbeidelse av Pakkeforløp ROP og pakkeforløp familie, (kapittel i de generelle pakkeforløpene). Veilederen er omfangsrik (over 150 sider), både fordi den favner vidt i tematikk, men også fordi den i sin nåværende form gir en grunnleggende introduksjon til fagområdene. Innspillene tilsier at bredden i tematikk bør opprettholdes men at omfanget reduseres. Det er forventninger til at viktige elementer fra den eksisterende veilederen videreføres; som brukerperspektivet, vektleggingen av forebygging og behandling i de kommunale tjenestene, og beskrivelsen av hovedforløpene. Det er etterlyst ytterligere tydeliggjøring av hvordan brukermedvirkning skal praktiseres, hva innbyggere kan forvente av de kommunale tjenestene, fastlegens rolle og funksjon i samarbeidet med andre kommunale tjenester, oppgavefordelingen samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Det er forventning til at revidert veileder skal benyttes mer av fastlegene og i spesialisthelsetjenesten.

Det var forutsatt bred involvering av brukere, pårørende og av tjenestene som har erfaring med eksisterende veileder. Det er etablert arbeidsgruppe med deltagelse av bruker- og pårørenderepresentanter. Arbeidet har benyttet referansegruppen for NHSP. Det er mottatt skriftlige innspill fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) og syv regionale kompetansesentre på rusfeltet (KoRus). Det er gjennomført innspillsmøter med helseforetakene, kommuner, bruker- og pårørende-

organisasjoner, Legeforeningen, Psykologforeningen og Sykepleierforbundet.

Det er forventet at det foreligger et utkast av revidert veileder til ekstern høring våren 2022. I det ligger en forutsetning av at det ikke vil være behov for ytterligere (omfattende) eksterne bidrag og at samordningen med de andre pågående arbeidene går som planlagt. Brudd på disse forutsetningene vil kunne medføre 1-3 mnd. forsinkelse. Risikoen for dette vurderes som lav/moderat.

Arbeid og helse

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 desember 2021.

Hovedmålet med de faglige anbefalingene del 1 er å bidra til god kvalitet på arbeidsrettet rehabilitering overfor personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og personer med rusmiddelproblemer. Utfordringer knyttet til de juridiske rammebetingelsene for et integrert tverretattlig samarbeid som IPS har forsinket arbeidet noe. Etter en lang og grundig saksbehandling ble et brev fra begge direktoratene oversendt HOD og ASD i begynnelsen av juli. Videre fremdrift er avhengig av hva Departementene blir enige om. Tema 2 «HelseArbeid» ble vedtatt på styringsgruppemøtet i mars 2021. Endelig prosjektplan vil bli lagt frem på styringsgruppemøtet høsten 2021. Arbeidet med faglige anbefalinger knyttet til flere tema vil minst pågå ut 2023.

Spesialisthelsetjenestebruk og bruk av tvang

Tall fra SAMDATA for 2020 viser at det innen psykisk helsevern for voksne var en vekst i 2020 knyttet til telefon- og videokontakter.

Konsultasjoner hos avtalespesialister økte, mens døgnaktivitet gikk ned. Utviklingen er covid-19 relatert. 2020 kan være et unntaksår. For TSB sees samme hovedtrekk som for det psykiske helsevernet for voksne i 2020. Det var lavere døgnaktivitet i 2020 og polikliniske konsultasjoner økte svakt, etter en ganske stabil aktivitet i perioden 2016 til 2019. Vekst innen poliklinikk i psykisk helsevern i 2020 skyldes særlig sterk vekst i telefon- og digitale kontakter. Dette gjelder spesielt barn og unge.

Redusert bruk av tvang er et mål i Nasjonal helse- og sykehusplan. Målt ved antall tvangsinnleggelser og bruk av tvangsmidler, er ikke dette målet nådd på nasjonalt nivå. Det har vært en økning i antall tvangsinnleggelser per voksne innbyggere i perioden 2017-2020 for alle regioner unntatt i Nord. Økningen i landsraten var på 17 prosent hvorav 7 prosent var knyttet til det siste året. For bruk av tvangsmidler har det også vært en økning. Antall pasienter med vedtak per innbygger har økt siste år for alle regionene med unntak av Vest. Økningen i landsrate var på 14 prosent i løpet av perioden 2017-2020 hvorav 3 prosent var knyttet til det siste året. [Supplerende notat til NKI publiseringen.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

I 2020 ble det utviklet tolv nasjonale faglige råd for forebygging og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne, disse skal publiseres høst/vinter 2021. Det arbeides med ny tvangslov ("Tvangsbegrensningsloven") og denne er på en høringsrunde nummer to med frist 8.11.2021.

Andre aktiviteter i 2021:Helsedirektoratet viderefører arbeidet med integrering av psykisk og somatisk helse. Målet er helhetlig og integrert helsehjelp for å sikre bedre ivaretagelse av somatisk helse hos pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. På samme måte skal pasienter med somatisk sykdom og psykiske helseutfordringer, oppleve at helsehjelpen er samtidig og integrert. Arbeidet knyttes opp mot flere ulike oppdrag der integrerte perspektiv er særlig viktig, for eksempel

utviklingen av pakkeforløpsmodul for ROP pasienter (ivaretagelse av somatisk helse og levevaner), integrering av psykisk og somatisk helse i pakkeforløp for pasienter med langvarig og sammensatt smertetilstand og i pakkeforløp for pasienter med langvarig utmattelse uten kjent årsak, inkl. CFS/ME, Nasjonal plan for rehabilitering etter Covid-19, og i arbeidet med ny nasjonal NCD- strategi der psykiske lidelser utgjør 5.sykdomskategori. Det er behov for økt kunnskapsgrunnlag om samsykkelighet og felles risikofaktorer, og Helsedirektoratet har etablert et samarbeid med FHI.

Nasjonal Alkoholstrategi 2021 – 2025

Nasjonal Alkoholstrategi 2021 – 2025 har to hovedprioriteringer: videreføre hovedlinjene i alkoholpolitikken og å understøtte alkoholforebygging i kommunene. I tillegg fokuserer strategien på at det er viktig at spesialisthelsetjenesten (både innenfor somatikk og psykisk helsevern) må kartlegge og bidra til at pasienters rusmiddelbruk fanges bedre opp enn det gjøres i dag. Regjeringen vil legge vekt på å støtte kommunene i deres alkoholpolitiske arbeid og legge til rette for en systematisk og kunnskapsbasert tilnærming til lokal alkoholforebygging. Regjeringen vil støtte opp under eksisterende og legge til rette for nye, lokale samarbeidsstrukturer innen rus- og kriminalitetsforebygging, SLT (samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak) og politiråd. En av de fire prioriterte pasientgruppene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er barn og unge hvor et av oppdragene, utrede tverrfaglige og oppsøkende FACT-ung team og hvordan de bør innrettes, implementeres og evalueres også kommer frem i Nasjonal alkoholstrategi hvor det alkoholforebyggende arbeidet rettet mot ungdom er særlig vektlagt. Et av tiltakene under strategien er å videreutvikle tverrfaglige og oppsøkende FACT-ung team. Videre vil Regjeringen, med hjelp av strategien, utnytte mulighetene digitale plattformer gir for tidlig innsats mot psykiske lidelser og rusproblemer. Utsatte barn og

familier er en viktig målgruppe for tidlig innsats, også mot alkoholrelaterte problemer. Regjeringen vil videreføre støtten til kommunenes arbeid med å gi barn og unge riktig hjelp til riktig tid. Det er en del tiltak under Nasjonal Alkoholstrategi som enten kan knyttes opp mot eller grenser mot en del av målene i NHSP, eller arbeid rettet mot de prioriterte pasientgruppene. En del store oppdrag Helsedirektoratet har som allerede kan knyttes opp mot NHSP, nevnes i strategiens tiltak; deriblant utvikling av pakkeforløp, Kompetanseløft og Demensplan.

Mestringsverktøy psykisk helse

Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrev for 2015 i oppdrag å bistå til at det etableres Internettassistert behandling for mennesker med psykiske vansker i kommunen. Ved å tilby veiledet behandling hvor innbyggeren tar i bruk nettassisterte moduler, er det et mål at flere innbyggere innenfor gruppen «lette til moderate» psykiske lidelser kan nås raskere, på en mer fleksibel måte og at kommunens kapasitet gjennom dette kan økes. Helsedirektoratet satte høsten 2020 i gang pilotprosjektet «Mestringsverktøy psykisk helse» i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett. Anbudet på verktøy som piloteses gikk til Assistert Selvhjelp AS (<https://assistertselvhjelp.no/>), og 6 Rask psykisk helsehjelp (RPH)-team fordelt på 11 kommuner deltar i piloten, som skal gå over en to-tre års periode. Opplæring er gjennomført via helsenorge.no. Flere av pilotkommunene benyttet allerede verktøyene i Assistert selvhjelp. For disse er det nye at Helsedirektoratet betaler for programmene i pilotperioden og at behandleren i kommunen foreskriver verktøyet til sine brukere via verktøyformidleren i helsenorge.no. FHI har fått i oppdrag å planlegge og gjennomføre en evaluering av pilotprosjektet (start sept. 2021).

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 i alle deler av forløpet, blant annet ved at pas/bruker er involvert i utarbeidelse av egen behandlingsplan, gjennom bruk av tilbakemeldingssystemer (feedbackverktøy) og jevnlig evalueringspunkter. Et sentralt mål i pakkeforløpene er bedre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner hvor det er utarbeidet egne anbefalinger. Tall for de enkelte indikatorene oppdateres månedlig og vises for det enkelte RHF og HF her:

Helsedirektoratet - pakkeforløp for psykisk helse rus. Pakkeforløp for psykisk helse og rus er omtalt som en kvalitetsreform og innføringen er forventet å ta tid. Sintef har i oppdrag å evaluere innføring av pakkeforløp og har levert de to første rapportene. Basert på resultater fra den første evalueringen. rapporten 2019 og innspill fra bruker- og pårørendeorganisasjoner, fagmiljøer og helsetjenesten ble forløpene oppdatert i 2020 med gjeldende endringer fra 1.1. 2021. Et av målene i NHSP er å innføre pakkeforløpene i alle helseregioner, og det følges med på dette. Det arbeides med følgende som skal inngå i relevante pakkeforløp:

- Utredning av ADHD og andre nevro-utviklingsforstyrrelser hos barn og unge, samt oppdatering av retningslinjen for ADHD. Ekstern høring avsluttet i august og ferdigstilles siste kvartal 2021.
- "Akuttbehandling og oppfølging etter rusmiddeloverdose". Kapittelet ble publisert 31.10.2021 som del av pakkeforløp rusbehandling (TSB) og gjelder fra 01.01.2022.
- Anbefalinger for oppfølging av behandling av personer med rus- og psykiske lidelser. Forventes ferdigstilt første kvartal 2022.
- Familieinvolvering: anbefalinger for oppfølging og samarbeid med familier som har mindreårige barn (barn som pårørende). Ferdigstilles i løpet av 2022.

Vurdering



Måloppnåelse per oktober 2021:

Måloppnåelsen på oppdragene under Nasjonal helse- sykehusplan bærer preg av forsinkelser. Det store framskrivningsoppdraget som HSØ har ledet ble forsinket, men er nå levert og oppfølging av dette vurderes videre av departementet. Blant oppdragene Helsedirektoratet har er arbeidet med normerende produkt på arbeid og helse i gang, men har møtt på juridiske problemstillinger som må løses. Revisjon av veilederen "Sammen om mestring" er i gang og vil ta opp i seg det som skisseres i HSØs framskrivningsoppdrag. Arbeidet med FACT ung har kommet langt og veileder for barn og unges psykiske helse er godt i gang. Men psykisk helse- feltet må vurderes bredere enn oppdragene. Ventetiden for voksne pasienter i psykisk helsevern har økt det siste året. "Den gyldne regel" med målsetting om større vekst i psykisk helsevern enn i somatisk helse er heller ikke oppfylt i 2020. Riksrevisjonen kom sommeren 2021 med en rapport om psykisk helse-området⁹.

Deres konklusjoner er:

- Befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre.
- Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik.
- Mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det.
- Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling.
- «Den gylne regel», som innebærer at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester, er ikke innfridd.
- Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok.
- Mange kommuner og poliklinikker i psykisk helsevern sikrer ikke tilstrekkelig brukermedvirkning og pårørendeinvolvering.
- Mange ledere sørger ikke for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring.
- De statlige virkemidlene som skal bidra til god kvalitet i tjenestene, kan brukes på en bedre måte.

Samtidig har det gjennom flere år vært jobbet målrettet med å legge til rette for helsehjelp nær pasienten ved avvikling av langvarige institusjonsopphold. Poliklinisk aktivitet har økt markant og det har vært jobbet med å få på plass pakkeforløp og medisinfrie behandlingstilbud. Brukermedvirkning er styrket og det jobbes med å få på plass tilbakemeldingssystemer. Rask psykisk helsehjelp og FACT viser gode resultater.

Risiko: Det tegnes opp et bilde av feltet med kombinasjonen av kapasitetsutfordringer, uavklarte ansvarsforhold mellom nivåene, behov for standardiseringer og behov for mer kunnskap om hvilke behandlinger som virker og for hvem. Det er også risiko rundt akutt-kapasiteten – både i kommunale tjenester og TSB. Her er det fortsatt stor regional variasjon og manglende tilbud mange steder. Disse problemstillingene vil ikke kunne løses fullt ut gjennom de oppdragene helsedirektoratet har på psykisk helse-området. Rapportering av aktiviteten er avgjørende for å følge med på tjenestetilbudet på et overordnet nivå, men må suppleres med informasjon om pasient-sammensetningen, innhold og resultat av behandlingen. Det er en risiko for at dette blir arbeidskrevende både å utvikle og å rapportere i en overgangsfase. Et langsiktig

9

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/psykiske-helsetjenester.pdf>

perspektiv, hvor man bygger videre på oppnådde resultater, blir derfor sentralt for å bedre styringsinformasjonen for dette feltet.

Videre fremgang og anbefaling: Det er behov for å beskrive nærmere hva som er kommunenes ansvar og hva som skal gjøres i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være nødvendig for å tilby behandling på riktig nivå og avklare kapasitetsutvikling i tjenestene, jf. det som skisseres i framskrivningsoppdraget ([Behovene innen psykisk helsevern og rusbehandling i årene fremover](#)). Oppdragene på veileder for barn og unges psykiske helse og revisjon av veilederen "Sammen om mestring" går inn i disse problemstillingene, men det kan være behov for en bredere tilnærming til rolle – og ansvarsavklaringen mellom nivåene i helsetjenesten. Det er krevende, men ønskelig. Det kan videre være aktuelt med utvikling av verktøy for beregning av bemanningsbehov, jf. pågående utvikling av beregningsverktøy for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. På barne- og ungdomsfeltet kan det være aktuelt å se på utdanningsfeltet sin rolle. Pakkeforløp er kvalitetsheving, men stort tilfang av pasienter inn gir logistikkproblemer. Det kan være behov for å vurdere ventetider differensiert utfra alvorlighetsgrad.

Riksrevisjonens punkt om at statlige virkemidler kan utnyttes bedre er utdypet: "Mange i tjenestene savner nasjonale faglige retningslinjer og veiledere innenfor psykisk helse, og eksisterende retningslinjer og veiledere oppdateres sjelden". Helsedirektoratet har etablert en oversikt over nasjonale normerende produkter på rus- og psykisk helsefeltet, og laget en plan for gjennomgang og prioritering av revisjoner og nye retningslinjer. I oktober 2021 igangsettes et arbeid med gjennomgang av anbefalinger om ulike kartleggingsverktøy i de nasjonale normerende produktene for å fjerne verktøy som ikke lenger er i bruk og oppdatere de som fortsatt anbefales til nyeste versjon.

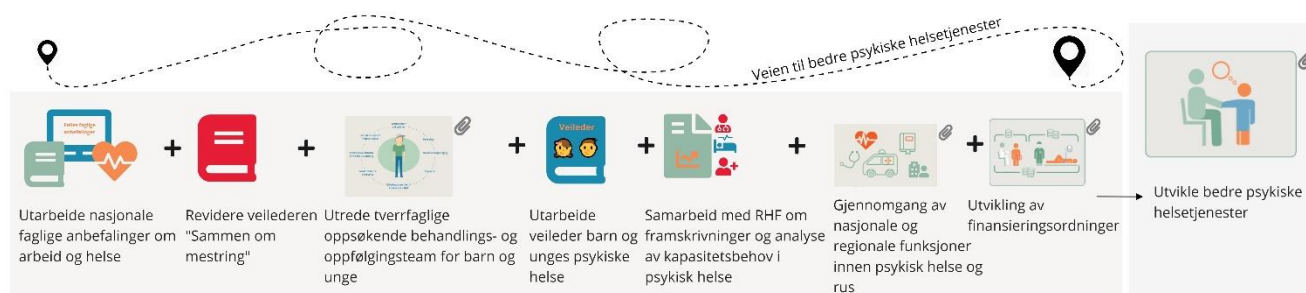
Riksrevisjonen angir "De nasjonale kvalitetsindikatorene gir ikke kunnskap om hvorvidt behandlingen virker, og omfatter i liten grad kommunenes tjenester" og "Etter vår vurdering gir kvalitetsindikatorene for lite informasjon om viktige kvalitetsdimensjoner, og de kan i begrenset grad gi kommunene eller poliklinikkene i psykisk helsevern et informasjonsgrunnlag som kan hjelpe dem i arbeidet med å utvikle tjenester av god kvalitet."

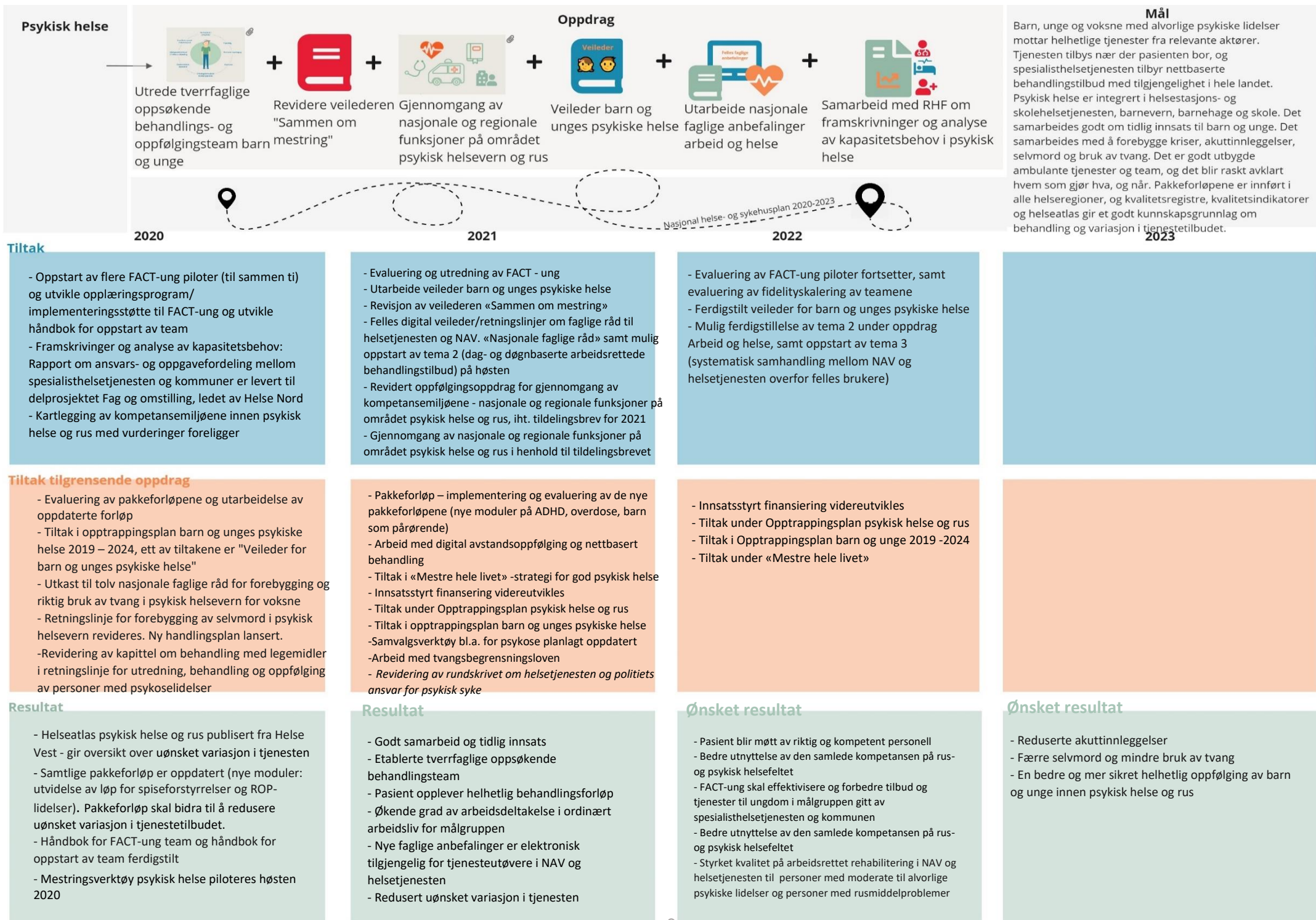
Det er viktig å lage gode behandlingsforløp og det må være et mål at man i større grad sørger for å evaluere/måle effekt av behandlingen. Basert på pakkeforløpene i psykisk helsevern og TSB er det etablert nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI-er) som belyser fremdrift og pasientens deltagelse i behandlingen. Det jobbes med å redusere antall NKI-er for spesialisthelsetjenesten (der hvor det er gode og stabile resultater) for å få mer tid til å utvikle nye både for kommune og spesialist. Det har fra RHF-nivå blitt trukket frem spesifikt behov for flere NKI-er som belyser kvaliteten i tjenesten innen psykisk helsevern for voksne, og ønsker å forbedre TSB-indikatoren som synliggjør avbrudd i behandlingen. Det ville være ønskelig å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer koblet mot målene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Brukeropplevelse og effekt av behandling er sentralt og det kan være ønskelig å se på livskvalitet som mål.

Under pandemien ble psykisk helse blant innvandrere identifisert som underfokuset. Det kan være behov for å se på om det er behov for nye oppdrag eller verktøy på innvandrerhelse og samisk helse.

Det er startet opp et arbeid i Helsedirektoratet for å se psykisk og somatisk helse mer i sammenheng. Dette bør satses på fremover. Det er utviklet et konseptnotat som følges opp blant annet gjennom å integrere psykologiske perspektiver i andre store løp f.eks. pakkeforløp muskel og skjelett.

Framskrivningsarbeidet på psykisk helse viser at det er behov for å jobbe på nye måter for å sikre kapasiteten i psykisk helsevern. Videre utbygging av kommunale tjenester samt forebygging av psykiske lidelser er nødvendig for å avlaste i fremtiden.





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 for akuttmottak og akutt-tjenesten



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 2021:

I samarbeid med stiftelsen norsk luftambulans, RHFene og Helsetjenestens Driftsorganisasjon er det etablert et prosjekt som gjør at landets legevakter og

legevaktssentraler har startet opp med video og videokonsultasjon i 2021. Prosjektet videreføres tom 2022.

Gjennomgang av kompetansetjenestene innen beredskap, akuttmedisin og katastrofemedisin

Prosjektet med gjennomgang av kompetansemiljøene på det akuttmedisinske området har som formål 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.

Kartlegging er ferdigstilt og levert til HOD 27.01.21. Departementet har besluttet at det videre arbeid med organisering av kompetansetjenestene i spesialist overføres til Helseregionene, og vil utforme et oppdrag om dette. Oppdraget hos Helsedirektoratet ble derfor avsluttet etter kartlegging.

Retningslinje for somatiske akuttmottak

Helsedirektoratet har arbeidet med å revidere nasjonal retningslinje for somatiske akuttmottak. Den reviderte retningslinjen tar sikte på å hensynta endringer i tjenesten, for eksempel at det er opprettet en ny medisinsk spesialitet i akutt- og mottaksmedisin. Revisjonen tilstreber å forbedre uheldig praksis som er avdekket bla gjennom Helsetilsynets rapport Sepsis: ingen tid å miste og i Kunnskapssenterets læringsnotat Akuttmottak - risikosone for pasientsikkerhet. Det er behov for nasjonal normering av tjenesten utover det som fremgår av gjeldende retningslinje, for eksempel å komme med anbefalinger knyttet til sporsikring og skadedokumentasjon.

Det er i revisjonsarbeidet innhentet kunnskapsoppsummering fra FHI knyttet til effekter av systemer for hastegradsvurdering av pasienter, resultatet er publisert [her](#). Helsedirektoratet har sammen med en bredt sammensatt ekstern arbeidsgruppe laget utkast til revidert retningslinje som har vært på intern høring i direktoratet. Hovedpunktene i retningslinjen ble drøftet med den felles referansegruppen for NHSP i september og ble så sendt på ekstern høring høsten 2021.

Oppdraget Styringsinformasjon for akuttjeneste/akuttmottak er delt inn i to faser, hvor den første fasen er å kartlegge hva slags styringsinformasjon vi har i dag, samt hva som er ønskelig på sikt. Helsedirektoratet har gjennom flere møter med representanter oppnevnt fra RHFene hatt dialog om ønskede styringsparametere å knytte til arbeidet i akuttmottak. Det vurderes så hvilke parametere det finnes kilder for i dag og

muligheten til å fremskaffe data av tilstrekkelig god kvalitet. Dette arbeidet vil presenteres i en rapport som er planlagt ferdigstilt i medio desember 2021.

Rapporten vil også omtale akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, samt akutttopphold i sykehus utenom akuttmottaket. For akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus finnes det allerede utviklet nasjonale datasett for både landets AMK-sentraler og ambulansetjenesten. RHFene innfører nå (2020/2021) elektroniske dokumentasjons-systemer i ambulansetjenesten og harmoniserer sin registreringspraksis i AMK, samt innfører nye oppdrags-håndteringssystemer (2021-2023). Dette vil på sikt 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 ambulanse-tjenesten til pasientene er ferdig behandlet i sykehus. I rapporten vil status i dette arbeidet omtales.

Fase to i oppdraget være å få på plass ønsket styringsinformasjon på de områdene som rapporten peker på som ønsket og mulig, dvs. hvor det finnes tilstrekkelig gode kilder i dag. Denne delen av oppdraget vil starte i 2022.

Annet arbeid:

Sammen redder vi liv

Gjennom den nasjonale førstehjelpsdugnaden Sammen redder vi liv (2017-2022) har frivillige organisasjoner, offentlige myndigheter, akuttmedisinske kompetanse-miljøer og næringsliv arbeidet for å styrke samfunnet samlede førstehjelpsinnsetts. Målet er å øke overlevelsen og redusere varige funksjonstap ved hjertestans og andre tidskritiske akuttmedisinske tilstander utenfor sykehus. Satsingsområder er:

- Førstehjelp: styrke befolkningens førstehjelpskompetanse gjennom en modell for livslang læring

- Nødmeldetjeneste: forbedre mottak og håndtering av nødmeldinger til 113
- Akutthjelpere: Etablere ordninger av akutthjelpere

Gjensidigestiftelsen har bidratt med finansiering av prosjekter innenfor dugnaden (65 mill.) og i 2020 ble det laget en oppsummering av dugnadens første år med beskrivelse av disse. Publikasjonen viser både innhold og bredden i dugnaden, som retter seg mot et mangfold av ulike målgrupper.

Arbeidet det siste året har vært sterkt preget av koronapandemien og flere prosjekter er redusert eller satt på vent. Det er samtidig prosjekter som har hatt stor aktivitet, og omstilling av virksomhet og digitalisering er stikkord også for dugnadens førstehjelpssatsinger under pandemien. Det er ingen tegn til at publikums innsats er redusert som følge av pandemien. Flere organisasjoner rapporterer imidlertid om frafall av frivillige og sviktende rekruttering som er kritisk for videre arbeid med dugnaden og varige strukturer.

Helsedirektoratet arbeid med veileder for akutthjelpere har også blitt forsinket. Samtidig har Fagrådet for dugnaden utarbeidet faglige råd for HLR under Covid-19 både for lekfolk og akutthjelpere (Se Helsedirektoratet.no). Helsedirektoratet har i samarbeid med FHI utarbeidet råd for tjenesten.

Frivillige organisasjoner har gjort en stor innsats i dugnadsperioden, og det offentlige har også bidratt vesentlig, ofte i samarbeid med frivilligheten. Oppdraget til Helse Sør-Øst RHF (HSØ) i 2019 med å integrere virksomheten til Norsk Førstehjelpsråd (NFR) og Norsk Resuscitasjonsråd (NRR) i virksomheten til relevante akuttmedisinske kompetansemiljøer, eksemplifiserer vektleggingen av samarbeid og samspill mellom akademisk virksomhet og frivillighet. Denne samarbeidsmodellen vil sees i sammenheng med gjennomgang av kompetansetjenestene innen akuttmedisin, mens det arbeides for løsninger av en

forutsigbar finansiering for samarbeidsmodellen i utredningsperioden.

Det er i underkant av 1,5 år igjen av dugnadsperioden, som varer ut 2022. I tiden framover vil Helsedirektoratet arbeide videre med varige strukturer for flere satsinger for å sikre fokus på førstehjelpstiltak og livslang førstehjelpso pplæring også etter dugnadens avslutning i 2022. Helsedirektoratet har igangsatt revisjon av den nasjonale førstehjelpsstrategien og vil arbeide for finansiering av den videre førstehjelpsinnsatsen etter dugnadens slutt. Samtidig vil fram til utgangen av 2022 styrke innsatsen rettet mot arbeidsliv, innvandrere og helsestasjoner. Det jobbes med en revidert strategi for hvordan førstehjelpsområdet bør innrettes etter 2022 herunder hvilke satsingsområder som bør tilligge strategien.

Pilot legevakt

Prosjektets hovedmål er å se på en måte å utvikle en legevaktsmodell som kan gi en bærekraftig og forsvarlig akuttmedisinsk tjeneste i områder som har utfordringer knyttet til bemanning og lange avstander til legevakt. Prosjektet går i Ytre Sogn og Sunnfjord og Romsdalsregionen. Prosjektet startet opp høst 2018 og skulle være ferdig 30.08.21. Grunnet Covid-19 har det både vært utfordringer med oppstart i deler av prosjektet, samt at prosjektet av samme årsak har fått et svært lite datagrunnlag. Prosjektperioden er derfor forlenget til 30.06.22.

Prosjekt Eldre i den akuttmedisinske kjede

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. Det ble i februar 2021 levert en prosjektrapport som peker på sentrale utfordringsområder og har konkrete forslag til forbedringsområder for å

håndtere eldre med akuttmedisinske tilstander.¹⁰

Akuttkjeden Telemark

Akuttkjeden Telemark er et samhandlingsprosjekt mellom Sykehuset Telemark HF og kommunene i Telemark. Prosjekteier er Sykehuset Telemark. Prosjektperioden var fra 2016 til utgangen av 2020. Fra 2021 har prosjektet med verktøy og metodikk vært overført til normal drift. Helsefellesskapet i Telemark har opprettet et femte faglig samarbeidsutvalg (FSU) som heter Tjenesteutvikling og kvalitet. Akuttkjedeprojektet blir i varetatt av dette FSU'et som ledes av tidligere prosjektleder, Kine Jordbakke. Det jobbes også med å videreutvikle pasientens følgeskjema som er et av samhandlingsverktøyene som ble utviklet i prosjekter.

Handlingsplan for allmennlegetjenesten

Legevaktsarbeidet utgjør en stor del av arbeidsbelastningen for mange fastleger, særlig i mindre kommuner. Departementet har sammen med partene nedsatt en ekspertgruppe som i 2021 skal kartlegge arbeidsbyrden, hvordan den fordeler seg på leger i legevakt og hvilke konsekvenser en eventuelt redusert belastning vil få for behovet for leger. Arbeidet med å prøve ut alternative måter å organisere legevakt på blir videreført utover i 2022.

¹⁰

<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/m>

Helse Fonna

Faglige samarbeidsutvalg i Helsefellesskapet i Helse Fonna:

Eksisterende nettverk for beredskap, der kommuner, foretak og brukere er representerte, skal inngå i Faglig samarbeidsutvalg akuttberedskap som er under etablering. Eksisterende nettverk har hatt underutvalg knyttet til de tre sykehusområdene Haugalandet, Sunnhordaland og Hardanger. Det vil



bli vurdert om underutvalgene skal videreføres i nåværende form, under FSU. Arbeidet med gjennomføring av tiltak knyttet til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus vil bli koordinert gjennom Faglig samarbeidsutvalg (FSU) akuttberedskap.

Helse Fonna Akuttmedisinske tenester

I Nasjonal helse- og sjukehusplan blir det slått fast at helse- og omsorgstenesta skal sikre befolkninga likeverdig tilgang til tenester ved akutt sjukdom og skade. Det skal vere like god tilgang til akutt helsehjelp for menneske med psykiske lidningar og rusmiddelproblem som for dei med somatiske sjukdommar.

Akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus

Det er avgjerande med eit godt samarbeid mellom føretak og kommunar i forhold til akuttmedisinske tenester for å sikre gode overgangar mellom tenestene. Aktørane er medisinsk nødmeldetjeneste AMK, kommunal legevaktordning og ambulansetenesta. Det er inngått samarbeidsavtale med den enkelte kommune, og det skal årleg arrangerast dialogmøter for vidareutvikling og betring av samarbeidet. Fleire felles samarbeidsfora er etablerte. Føretaket har fokus på tidleg innsats og gode forløp. Det pågår eit prosjekt med videokommunikasjon mellom AMK og innringar.

Ambulansetenesta har utvikla seg til å vere sjukehuset sin forlenga arm. Meir behandling startar no ute hos pasienten og dokumentasjon viser at det er viktig å komme tidleg i gong. Medisinsk teknisk utstyr i ambulansebil og -båt vert transportert ut til pasienten, IKT-løysingar sender informasjon inn til spesialist på sjukehuset og avgjerande behandling kan starte ute. Fleire kommunar har ordning med akutthjelparar som ein del av den akuttmedisinske tenesta utanfor sjukhus.

I samband med utarbeiding av utviklingsplanen har vi saman med kommunane hatt ein gjennomgang av dei akuttmedisinske tenestene. Ein er samd om at felles fokusområde er:

1. Sikre eit samanhengande system for akutte tenester i og utanfor sjukehus som gir tilstrekkeleg tryggleik og kvalitet
2. Sikre rett behandlingssnivå
3. Strukturert kommunikasjon ved bruk av standardisert malar
4. Sikre kompetanse i samsvar med nasjonal rettleiar
5. Regelmessig simulere/øve på pasientforløp som haster
6. Felles opplærings- og kompetanseutviklingstiltak
7. Føre vidare arbeidet med å samordne beredskapsplanar med kommunane
8. Felles beredskapsøvingar
9. Bidra til opplæring av akutthjelparar i kommunane
10. Ta i bruk nytt utstyr og digitale løysingar som bidreg til å flytte tenesta nærmare pasienten og sikrar gode overgangar
11. Bidra til å motivere til den nasjonale førstehjelpsdugnaden «Sammen redder vi liv, tidlig kontakt med 113»

Arbeidet med gjennomføring av tiltak knytt til akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus vil bli koordinert gjennom Fagleg samarbeidsutval (FSU) akuttberedskap.

Vurdering akuttmedisinske tjenester



Måloppnåelse 2021 per oktober:

Helseforetakene er i gang med gjennomgang av akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som en del av sine utviklingsplaner. Arbeidet er ikke ferdig. Ny, revidert retningslinje for somatiske akuttinntak er sendt på høring høsten 2021. Gjennomgang av kompetansetjenestene på det akuttmedisinske området er gjennomført og levert til HOD.

For styringsinformasjon for akuttinntak spesielt, har det vært en tett dialog med representanter for akuttinntak/-tjeneste i sykehus om ønskede styringsdata. Det er utarbeidet en bruttoliste med indikatorer og første leveranse er ventet innen utgangen av året.

Risiko:

Covid-19 har påvirket gjennomføring av flere oppdragene og kvaliteten på flere av prosjektene. Arbeidet med den psykisk syke pasient i akuttmedisinsk kjede har som følge av dette ikke latt seg løse.

Helsedirektoratet har mottatt flere enkeltoppdrag på akuttfeltet etter lanseringen av NHSP i 2020 blant annet responstid i ambulansetjenesten. Dette indikerer at planen ikke nødvendigvis er dekkende for utfordringsbildet. Det er mange fragmenterte oppdrag på det akuttmedisinske området, og oppdragene direktoratet har er for smale til å løse utfordringene.

Det har skjedd mye på utdanning og krav til kompetanse, men fagmiljøene er fortsatt skjøre og fragmenterte.

Finansieringsordningene og styringsstrukturene på det akuttmedisinske feltet er fragmenterte og understøtter ikke den nødvendige utviklingen av området.

Når det ses etter eksisterende kilder for ønskede indikatorer for akuttkjeden blir mulighetsrommet lite. Det å fremskaffe valide data på mange av de ønskede indikatorene vil kreve en grundig vurdering av nytte ift. kostnader, og deretter et godt stykke utviklingsarbeid. Det er en betydelig risiko for at det ikke vil være mulig å gjennomføre et slikt utviklingsarbeid. På nasjonalt nivå er det fortsatt vanskelig å finne tall for akuttmottak, siden dette ikke er en identifiserbar enhet i Norsk pasientregister. Dette er etterspurt, men arbeidet med å vurdere hva som må til har ikke startet opp. Det er videre påpekt at ulike akuttmottak ikke uten videre er sammenlignbare, og det gir en risiko for mindre sammenlignbarhet for indikatorer som utarbeides. 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.

Risiko styringsinformasjon:

- Manglende relevante indikatorer som ikke er akuttmottaksspesifikke.
- At datakilder ikke dekker behovet for indikatorer som er ønsket og hva man eventuelt gjør videre med det
- Tverrfaglighet, samhandling og teknologi (hvor vil vi) har ikke blitt helt fanget opp, det har vært fokus på hva tjenesten ønsker.

Videre fremgang og anbefaling:

Som gjennomgangen viser så er det mange enkeltinitiativer. Manglende organisering påvirker pasientstrøm og ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Det er ønskelig å løfte arbeidet på det akuttmedisinske området og se det mer samlet og jobbe strategisk.

Arbeidet med en revidert strategi for hvordan førstehjelpsområdet bør innrettes etter 2022 fortsetter.

Det bør igangsettes et arbeid for å se på finansieringsordninger for legevakt og den akuttmedisinsk kjede. Dette må også sees i sammenheng med arbeidet som gjøres med legevakt under oppfølgingsplanen for allmennlegetjenesten. Eksempler på ordninger som kan være aktuelle er DRG- finansiering av senger øyeblikkelig hjelp døgnoophold og takster i legevakt og ambulansetjenesten.

Operasjonalisering av samhandlingsavtalene helt ut i tjenestene er et viktig virkemiddel. Det er viktig å sikre en systematisk, regelmessig dialog ut mot kommunene. Det blir viktig å knytte dette opp mot arbeidet som skal gjøres i helsefellesskapene.

For arbeidet med styringsinformasjon jobbes det med en nærmere beskrivelse av hva som må på plass og hva som ønskes videre. Det må gjøres et arbeid med å utvikle indikatorer som plukker opp tverrfaglighet og teknologi.



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 akuttjenestene som understøtter ønsket utvikling

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

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).

Aktiviteter i 2021:

Det har vært mye fokus på samhandling mellom tjenestenivåene innen velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. For å gjennomføre samhandlingstankegangen også hos nasjonale myndigheter, innførte vi felles styringsgruppe for det nasjonale velferdsteknologiprogrammet og satsningen på å flytte tjenester hjem ved hjelp av teknologi (Digi-hjem). Styringsgruppen for digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi er nå etablert, og saker som er relevante for hele helse- og omsorgstjenesten tas opp der. Styringsgruppa ledes av Helsedirektoratet.

Digi-hjem

Helsedirektoratet har fått et særskilt oppdrag knyttet til "Å flytte tjenester hjem". Arbeidet skal innrettes i tråd med etatenes rapport av 25. september 2020 med følgende justeringer:

- Klargjøre målstruktur
- Understøtte helsefellesskapene
- Bidra til kunnskapsbasert utvikling
- Videreutvikling av finansieringsordningene

Nasjonal helse- og sykehusplan, Handlingsplan for allmennlegetjenesten og Omsorg 2020 med tiltaket program for velferdsteknologi, har alle en innretning som peker i retning av digitalisering. Sett i sammenheng dekker de store deler av helse- og omsorgssektoren, den kommunale helse- og omsorgstjenesten, allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Tiltakene er på flere områder sammenfallende, eksempelvis råd og veiledning, bruk av video, digital hjemmeoppfølging og pasientrapporterte skjema. På andre områder har de ulik innretning, spesielt i forhold til spredning av trygghets- og mestringsteknologi i Velferdsteknologiprogrammet.

Alle tiltak som følges opp gjennom oppdraget om digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling vil bli vurdert i forhold til relevans for helsefellesskapene, og understøtte dem som samarbeidsarena.

Det vil bli benyttet tilgjengelig kunnskap for alle tiltaksområder i oppdraget og tilrettelagt for formidling av tilgjengelig kunnskap til aktørene i sektoren. Samtidig må det gjøres vurderinger av om kunnskapsgrunnlaget er av en slik kvalitet at Helsedirektoratet finner det forsvarlig å bruke og formidle det.

I oppdraget til Helsedirektoratet pekes det på behovet for videreutvikling av finansieringsordningene i helse- og omsorgstjenesten, og at dette skal inngå som et tiltaksområde. Helsedirektoratet viser til at det pågående arbeidet med tanke på å utvikle finansieringsordningene slik at de tar høyde for ønsket praksis i helsetjenesten, knyttet til bruk av digitale tjenester. Oppfølging av oppdraget Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling, vil være en viktig arena for videre monitorering og identifisering av nye tjenesteformer som bør tas høyde for i finansieringssystemene.

På hvert av tiltaksområdene i oppdraget vedrørende Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling, vil det blir vurdert behov for endrede eller nye finansieringsordninger rettet mot spesialisthelsetjenesten og den delen av primærhelsetjenesten som omfattes av helse refusjoner.

Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Statens Legemiddelverk og Norsk Helsenett har i samarbeidet med representanter for de regionale helseforetak og KS om tiltakene.

Følgende tiltak følges opp i 2021:

- Råd og veiledning til tjenesten
- Bruk av video, tekniske løsninger, råd og veiledning om bruk
- Behandlings- og egenbehandlingsplaner
- Data- og dokumentdeling
- Indikatorer
- Pasientrapporterte data
- Metodevurdering
- Data fra pasientens eget utstyr (ivaretas i prosjekt Tryggere helseapper)

Det ble lagt frem en fremdriftsplan for alle tiltaksområder i mars 2021. Alle tiltaksområder følges opp, men med noe justeringer i tid for leveranser knyttet til Behandlings- og egenbehandlingsplaner. Finansiering av prosjektet ble ikke avklart før i mai 2021 og det er vurdert som nødvendig å bruke god tid til planlegging før oppstart av utviklingsarbeid. Slutføring av prosjektet er nå stipulert til ut 2023.

Velferdsteknologiprogrammet

Velferdsteknologiprogrammet er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og KS som har pågått siden 2014. I august 2021 besluttet Regjeringen å videreføre velferdsteknologiprogrammet i perioden 2022-2024. I denne perioden vil velferdsteknologi til barn, unge og voksne med medfødte og tidlige ervervede funksjonsnedsettelse prioriteres, i tillegg til digital hjemmeoppfølging. Overordnet effektmål er at velferdsteknologi bidrar til god helse og mestring i befolkning og bærekraftig samfunnsutvikling. Velferdsteknologi skal gi bedre kvalitet for brukerne og reduserte utgifter for helsetjenesten. Tilbakemeldinger fra kommunene tyder på at programmet har vært en viktig bidragsyter for å realisere disse gevinstene.

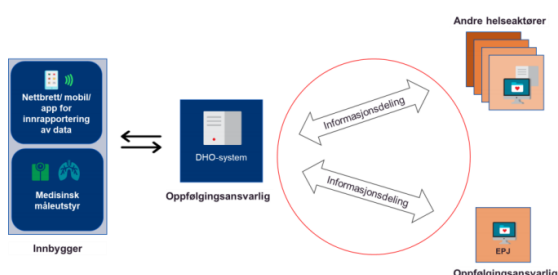
Velferdsteknologiprogrammet har fokus på videre utprøving av digital hjemmeoppfølging i 2021, for å skaffe til veie tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å gå over i

en spredningsfase fra og med 2022 (se mer om dette lenger ned i dette kapittelet). Velferdsteknologi til barn og unge startet opp sin spredningsfase i 2021. Dette arbeidet ble styrket da det tilkom en ekstrabevilgning på 10 mnok i revidert nasjonalbudsjett. I tillegg har det vært fokus på å avslutte spredningsarbeidet innen trygghets- og mestringsteknologier, i nært samarbeid med statsforvalterne.

Viktige verktøy her har vært velferdsteknologiens ABC (revidert i 2021), veikart for tjenesteinnovasjon, prosessveiledning og nettverksarbeid. I tillegg har det vært jobbet med arkitektur og infrastruktur for å underbygge velferdsteknologiarbeidet ute i kommunene, og i samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det vil bli gitt ut en gevinstrapport høsten 2021 som viser faktiske oppnådde gevinster i kommunene som har deltatt i velferdsteknologiprogrammet. Velferdsteknologi kan også motvirke sosial isolasjon og ensomhet, så vi har gjennom velferdsteknologiprogrammet jobbet videre med vårt prosjekt om sosial digital kontakt for eldre.

Utpøving av digital hjemmeoppfølging 2018 – 2021; Bedre samhandling og fornøyde brukere¹¹

Digital hjemmeoppfølging – tilnærming til helhetlig samhandling



Utpøving av digital hjemmeoppfølging til pasienter med kroniske lidelser og risiko for forverring, reinnleggelse eller økt behov for tjenester, ble avsluttet 1.7. 2021, med siste

datainnhenting til forskergruppen som har fulgt utviklingsprosjektet. Dette er en utprøving som gjøres i regi av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. I alt 731 pasienter har vært inkludert i evalueringen, som er gjennomført med en kontrollgruppe (randomisert kontrollert studie). Rapport fra forskerne foreligger i desember 2021, mens sluttrapport fra prosjektene ble levert sommeren 2021.

Forskerne som følger prosjektet har gitt ut to delrapporter. Delrapport 2 ble gitt ut 1.5.2021, der pasientene hadde vært fulgt i 6 måneder. Denne viste at digital hjemmeoppfølging bidrar til økt trygghet og mestring av egen sykdom blant brukerne. Effekter på helsetilstand og helserelatert livskvalitet og bruk av helsetjenester er imidlertid foreløpig beskjedne. Dette kan skyldes at datagrunnlaget fortsatt er begrenset og kort oppfølgingstid, og det blir viktig å følge utviklingen fram til sluttrapporten for evalueringen som leveres i desember 2021 før man trekker konklusjoner om utfallene av utprøvingen.

Sluttrapportene fra de lokale prosjektene viser at pasientene i tiltaksgruppen opplever økt trygghet og mestringsfølelse, samt økt livskvalitet. Mange opplever at de har fått bedre forståelse av egen helse og økt kontroll på sykdommen. Egenbehandlingsplaner med utgangspunkt i "hva er viktig for meg", har vist seg å gi god støtte og veiledning. De kan fange opp forverring tidligere, noe som mange pasienter selv rapporterer har hindret innleggelser og redusert besøk til fastlegene.

Alle prosjektene har klare forventninger om å oppnå økonomiske gevinster på sikt. Så langt er det noe reduksjon i forbruk av hjemmebaserte tjenester/opphold i institusjon, men det er utfordrende å tallfeste på andre områder. Alle prosjektene har gjort endringer underveis for å utvikle en mer effektiv og bærekraftig tjeneste når dette

¹¹ Bilde hentet fra: [Rapport Digital hjemmeoppfølging v1.0.pdf](#)

overføres til drift. Prosjektene lokalt rapporterer at digital hjemmeoppfølging har bidratt til bedre samhandling mellom aktørene i helsetjenesten og en annen dialog med pasientene, der pasientene deltar mer aktivt i oppfølging av egen sykdom.

Fem av prosjektene har i tillegg mottatt tilskudd for 2021, der det er lagt vekt på styrket samhandling og informasjonsdeling i tett samarbeid med fastleger og spesialisthelsetjenesten. Prosjektene har etablert felles tjenesteforløp og beskriver behov for tilgang til måldata og pasientrapporterte opplysninger samt deling av egenbehandlingsplan, og dette piloteres i nært samarbeid med E-helse og Digi-hjem/ digitale behandlings-/egenbehandlingsplaner.

Erfaringene så langt viser at digital hjemmeoppfølging bidrar til flere av målsettingene i nasjonal helse og sykehusplan; pasienten er en aktiv deltaker i oppfølging av egen sykdom/situasjon og opplever læring og økt helsekompetanse som er sentralt i å bygge pasientens helsetjeneste. Mange pårørende opplever det som en stor støtte at deres nærmeste følges med DHO. Helsepersonell rapporterer at DHO bidrar til helhetlige og sammenhengende tjenester og bedre samhandling, særlig gjennom bruk av egenbehandlingsplaner og felles møter. Covid-19 pandemien har også vist at DHO er et verktøy som kan tilpasses nye brukergrupper og bidra til trygge og gode helsetjenester og effektiv ressursbruk, slik prosjektene har vist i sine rapporter som er samlet i [Digital hjemmeoppfølging ved covid-19 - Helsedirektoratet](#).

Brukerstyrt oppfølging i Vestre Viken

Program for digital hjemmeoppfølging er en videreføring av Brukerstyrt oppfølging av pasienter med epilepsi ved Vestre Viken HF, beskrevet i Meld. St. 7(2019-2020), som nå gjennomføres på en mer systematisk måte.

Bruken av skjemabasert oppfølging med logikk er utvidet til tre andre pasientgrupper (nyre/dialyse, inflammatorisk tarmsykdom og Kols) og stadig flere nye fagområder/diagnoser meldes inn. Besvarelser av skjemaet blir kategorisert i grupper (grønn, gul, rød), og pasienten følges opp i henhold til prosedyrer for hver gruppe. Målet med prosjektet er å øke kvaliteten på spesialisthelsetilbudet til pasientene gjennom mer individuelt tilpasset og behovsprøvd oppfølging, samtidig som man utnytter knappe kliniske ressurser på en mer hensiktsmessig måte.

Tryggere helseapper

Det er startet opp et prosjekt som skal utrede videre hvordan man kan legge bedre til rette for kvalitetssikring og bruk av trygge apper og mobil helseteknologi. Prosjektet er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett, og skal gå i høst og ut mars 2022. Prosjektet skal innhente mer innsikt samt utvikle og teste et evalueringsrammeverk på utvalgte helseapper (med hovedfokus på psykisk helse som fagområde) og publisere disse i verktøykatalogen på [helsenorge.no](#). Basert på innsiktsarbeid og funn og læringer fra uttestingen ønsker prosjektet å komme fram til en anbefaling om en nasjonal modell, herunder anbefalt styrings-, finansierings- og implementeringsmodell. Anbefaling ventes ferdig til mars 2022.

Digital helsekompetanse

Norge, sammen med USA, er landet hvor bruk av nettbaserte løsninger i kommunikasjon med helsetjenesten er størst¹².

Bruken av digitale hjelpemidler og applikasjoner øker og bidrar til en forbedret og styrket tilgang til helseinformasjonen til befolkningen. Bruken av slike verktøy bidrar i et større pasientengasjement, økt støtte og informasjon til pasienter utenfor sykehus og

¹² [Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly | Commonwealth Fund](#)

kan i tillegg gi bedret helsegevinst. Denne økte avhengigheten, og forventet bruk av slike verktøy kan på den annen side øke forskjellene mellom de som har kunnskap og tilgang til verktøyene og de som ikke har dette, og da også øke helserelaterte ulikheter¹³. Forståelsen av nyansene i tilgang på, kunnskap om, og bruk av helserelaterte digitale verktøy kan bidra til å utarbeide og implementere mer inkluderende strategier.

I 2020 ble det gjennomført en kartlegging av befolkningens helsekompetanse i Norge, og resultatene ble publisert vinteren/våren 2021; Befolkningens Helsekompetanse¹⁴ og Helsekompetansen i fem utvalgte innvandrerspopulasjoner i Norge¹⁵. Disse viste blant annet at ferdighet i å kunne ta i bruk digitale helsetjenester har sammenheng med alder, utdanningsnivå og sykdomsbilde. En utfordring er at grupper i befolkningen som hyppigere bruker helsetjenester, synes å være svakere forberedt på å ta i bruk digitale helsetjenester. En betydelig andel av befolkningen responderte (veldig) vanskelig på flere av spørsmålene som handlet om å «navigere i helsevesenet». Sett i lys av «pasientens helsetjeneste», der brukerne av helsetjenestene selv spiller en aktiv rolle, må helsetjenestene ta høyde for at mange opplever utfordringer med å finne frem til riktig helsetjeneste til riktig tid. Rapportens del 2 viste blant annet at personer med innvandrerbakgrunn synes å oppleve utfordringer spesielt med det å finne informasjon om behandlinger av sykdommer. Denne typen informasjon bør dermed gjøres mer tilgjengelig, slik som å oversette den til ulike språk. Det bør kartlegges videre hvilke informasjonskanaler som kan være best egnet til å nå de ulike målgruppene.

Utprøving av triageringsløsning på fastlegekontoret

Regjeringen ønsker å forbedre og modernisere fastlegeordningen, digitalisere flere helsetjenester og etablere pasientens netthelsetjeneste. De nye digitale kontaktformene har ført til økt arbeidsmengde for fastlegene, dette er i stor grad på grunn av innbyggernes manglende kunnskap om riktig bruk. Det er derfor viktig å styre og kvalitetssikre alle kontaktene, og hindre at de digitale kontaktene øker arbeidsbelastningen for fastlegene, eller at de bidrar til å redusere kvaliteten på tjenesten. Å kombinere e-konsultasjonstjenestene med funksjonalitet for triage, kan være et viktig tiltak for å heve kvaliteten. Dette ved at tjenestene er tilpasset pasientens behov, og ved å at innbyggere får helsetjenester på riktig nivå.

Bakgrunnen for piloten for utprøving av triageringsløsning på fastlegekontoret er tre ulike utredninger i 2018, 2019, 2020, med utredning om behov for e-konsultasjon, og behov for å prøve ut en triageringsløsning på fastlegekontoret. I 2021 fikk Helsedirektoratet i oppdrag, som tidligere år å samarbeide tett med Direktoratet for e-helse (E-helse) og Norsk Helsenett (NHN), for å igangsette en pilot for å prøve ut en triageringsløsning fra mai 2021 til desember 2022.

Målsettingen er at et triageringsverktøy skal bidra til å sortere helsehjelpen og prioriterer innbyggers helsebehov i tråd med hastegrad og alvorlighet. Et triageringssystem vil kunne rute en del av henvendelsene fra innbyggere som tidligere har krevd personlig og manuell vurdering, til en digital kontakt. Det vil kunne minske behovet for manuelle kontakter, og dermed kunne gi bedre tilgjengelighet til

¹³ [Digital inclusion as a social determinant of health | npj Digital Medicine \(nature.com\)](https://doi.org/10.1038/s41591-021-1006-2)

¹⁴ [HLS19-rapport Befolkningens helsekompetanse del I \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/hls19-rapport-befolkningens-helsekompetanse-del-i)

¹⁵ [HLS19-rapport del 2 10.06.2021 elektronisk versjon \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/hls19-rapport-del-2-10.06.2021-elektronisk-versjon)

personlig kontakt for de som trenger det. Gjennom at innbyggerne gir informasjon om årsak til henvendelsen og opplysninger om sin helsetilstand, vil denne informasjonen stilles til rådighet for medhjelpere og fastlege som skal ha kontakten. Dette vil kunne øke kvaliteten på konsultasjonen. Dette fordi innbyggeren forbereder seg før legetimen. For fastlegen vil det bidra til at legen kan forberede seg i forkant før timen.

Piloten har vært planlagt fra januar 2021, med gjennomføring av anskaffelse av triageringsløsning, anskaffelse av leverandør for evaluering, valg av fastlegekontorer – gjennom tilskuddsordning. Piloten var planlagt med oppstart i august/september 2021, men er utsatt siden sentrale ressurser i prosjektet, har blitt omdisponert til Covid-19-oppgaver.

- Helsedirektoratet, NHN og Doctrin er i gang med å videreutvikle triageringsløsningen slik at den skal tilpasses teknisk og faglig til Norsk helsenett-plattformen. I tillegg omfatter samarbeidet å kvalitetssikre og tilpasse det medisinskfaglige innholdet i løsningen til norske forhold.
- Menon Economics har lagt opp til å følge-evaluere piloten, noe som innebærer at de vil være i tett dialog med prosjektet under planlegging og gjennomføring av piloten.
- Fastleger er blitt rekruttert via en ny tilskuddsordning. Det er beregnet et tilskudd pr fastlege som deltar i piloten på kr. 6000 i måneden. Fastlegekontorer som er valgt til å delta i piloten omfatter totalt 23 fastleger.

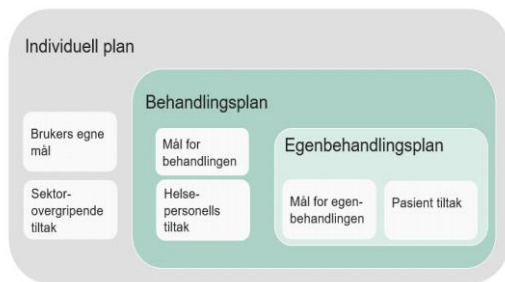
Det er avholdt flere møter med fastlegekontorene for å få innspill på triageringsløsningen, og planlegge for oppstart av piloten i november 2021.

I september ble det avholdt en samling med tema endringsledelse og omstilling, siden endring av arbeidsflyten på fastlegekontoret

er avgjørende for å få til en vellykket pilot. I november skal det avholdes en egen samling hvor ansatte ved legekontorene skal få opplæring/veiledning i hvordan den endelige triageringsløsningen blir. Oppstart med bruk av triageringsverktøyet på fastlegekontorene er planlagt fra 23.november 2021 til 31. desember 2022.

Gjennom evaluering håper vi at vi kan få mer kunnskap om hvordan man kan sortere og prioritere kontakter på legekontoret, gjennom en triageringsløsning. I tillegg ønsker vi også å få mer kunnskap om hvordan fastlegekontorene kan bli i bedre stand til å møte fremtidens utfordringer.

Digitale behandling- og egenbehandlingsplan



Digital løsning som understøtter samhandlingen mellom helsepersonell og pasient

- En løsning som gjør det mulig å vise planer for fremtidig behandling (behandlingsplan)
 - En løsning som er tilgjengelig for helsepersonell på tvers av tjenesteområder
- En løsning som gjør det mulig å vise mål og tiltak for pasientens egenbehandling (egenbehandlingsplan)
 - En løsning som pasienten har tilgang til og er enkel å bruke



STRATEGISKE VALG



Sentral nasjonal lagring

- For å kunne håndtere brukere på tvers av systemer
- For enklere håndtering av oppdateringer
- Enklere å styre hvem som skal ha tilgang.



Alle behandlere skal se de samme opplysningene

- Alle behandlere må ha samme tilgang til informasjon
- Alle behandlere må ha tilgang til samme funksjonalitet i behandlingsplanen
- Personvern og tilgangsstyring er premissgivende.



Bruk av FHIR

- Standard rammeverk for utveksling av helseinformasjon mellom ulike informasjonssystemer.
- Valgt som utvekslingsformat for digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner.
- Muliggjør deling av strukturerte data gjennom felles ressurser eller tjenester i sanntid.



Standard informasjonsmodell

- Standardisering forutsettes for at behandlings- og egenbehandlingsplaner skal bli et verktøy som kan implementeres og utarbeides på tvers av behandlere og systemer.

Andel og antall telefon og videokonsultasjoner Helse Sør-Øst i 2020 (01.01.20-01.01.2021) hentet fra [Microsoft Power BI](#)

Tabell 2a - Antall og andel videokonsultasjoner

Helseforetak	Antall videokonsultasjoner	Antall konsultasjoner totalt	Andel videokonsultasjoner
Sunnaas Sykehus	1 679	7 468	22,5 %
Diakonhjemmet Sykehus	5 613	146 412	3,8 %
Sørlandet sykehus	11 402	480 993	2,4 %
Lovisenberg Sykehus	4 444	200 302	2,2 %
Sykehuset i Vestfold	8 939	433 639	2,1 %
Vestre Viken	13 125	684 816	1,9 %
Sykehuset Innlandet	7 499	488 347	1,5 %
Oslo universitetssykehus	10 070	1 029 048	1,0 %
Akershus universitetssykehus	5 658	692 178	0,8 %
Sykehuset Østfold	3 468	456 341	0,8 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	77	11 764	0,7 %
Sykehuset Telemark	1 523	273 549	0,6 %
Martina Hansen Hospital	112	29 258	0,4 %
Betanien Hospital Skien	0	27 941	0,0 %
Totalt	73 609	4 962 056	1,5 %

Tabell 1a - Antall og andel telefonkonsultasjoner

Helseforetak	Tlf konsultasjoner med egenandel	Antall konsultasjoner totalt	Andel tlf konsultasjoner m egenandel
Akershus universitetssykehus	79 460	692 636	11,5 %
Betanien Hospital Skien	74	27 972	0,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	13 492	146 460	9,2 %
Lovisenberg Sykehus	27 958	200 323	14,0 %
Martina Hansen Hospital	1 949	29 258	6,7 %
Oslo universitetssykehus	107 542	1 029 940	10,4 %
Revmatismesykehuset Lillehammer	1 571	11 764	13,4 %
Sunnaas Sykehus	30	7 468	0,4 %
Sykehuset i Vestfold	55 862	433 984	12,9 %
Sykehuset Innlandet	74 402	488 739	15,2 %
Sykehuset Telemark	33 883	273 698	12,4 %
Sykehuset Østfold	61 712	456 732	13,5 %
Sørlandet sykehus	55 227	481 285	11,5 %
Vestre Viken	80 607	685 192	11,8 %
Totalt	593 769	4 965 451	12,0 %

E-konsultasjon (bildet til høyre) er et samlebegrep for de digitale konsultasjonsformene tekstkonsultasjon og videokonsultasjon. E-konsultasjonen inneholder en medisinsk vurdering eller samtale. Fra mars 2020 ble det også mulig å benytte telefon ved e-konsultasjon.

Bruk av takstkode 2ae og 2aek er grunnlag for denne statistikken og benyttes når konsultasjonen foregår ved bruk av video, telefon eller tekst. Taksten er lite brukt før 2019¹⁶.



¹⁶ [E-konsultasjoner hos fastleger - Helsedirektoratet](#)

Prosjekt SamStrømming

Nordlandssykehuset og Bodø kommune har over tid jobbet med teknologiske løsninger som skal bidra til bedre helsetjenester for befolkningen. Elektronisk kommunikasjon og samhandling med pasienter og samarbeidspartnerne vil være et viktig bidrag i oppfølgingen av pasienter på tvers av omsorgsnivå.

Økt samhandling er også en del av pakkeforløpene innen psykisk helse og rus. Prosjektet skal understøtte føringene i Helse- og sykehusplan 2020-2032; et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, kommuner, avtalespesialister og fastlege, samt bruk av teknologi for å realisere målet om en helhetlig tjeneste.

Gjennomføringer og organisering av fysiske samarbeidsmøter krevde mye ressurser både fra kommunehelsetjeneste, fastleger og spesialisthelsetjeneste, samtidig som krav om fysiske oppmøte har vist lav grad av gjennomføring av disse samarbeidsmøtene over tid.

Prosjektet vil teste ut eKonsultasjoner ved bruk av en ny digital tjeneste for kommunikasjon med lyd og bilde. Pasienter som er innlagt ved Akuttpsykiatrisk avdeling får tilbud om gjennomføring av digitale samarbeidsmøter før utskrivelse.

Gjennomføring:

Samhandlings- og innovasjonsprosjektet SamStrømming startet i september 2019, med to prosjektledere, en fra Bodø kommune og en fra Psykisk helse- og rusklinikken ved Nordlandssykehuset. Piloteringen som ble gjennomført mellom Psykisk helse- og rusklinikken og Bodø Kommune har dannet grunnlaget for rutine og tjenesteforløp som skal implementeres i alle kommunene i Psykisk helse- og rusklinikkens, Nordlandssykehuset sitt nedslagsfelt i prosjektperioden som er ut 2022. I prosjektet har man brukt «veikart for tjenesteinnovasjon» som en rettledning for forankring, kartlegging, tjenesteutvikling,

pilotering og idriftsetting. Et grundig og systematisk arbeid i piloteringen, prosessarbeid og utarbeidelse av en standardisert rutine for akuttenhetene i Psykisk helse- og rusklinikken og kommunene har vært en forutsetning for å kunne utbrede dette til øvrige kommuner.

Interessenter ble kartlagt for hver enkelt kommune slik at man skal kunne identifisere mulige instanser som skal delta i samarbeidsmøtene, samt motta informasjon, opplæring o.l. Pasient, pårørende, tjenestekontor, fastlege og akuttenhetene i Psykisk helse og rusklinikken er «hoved interessentene» og sådan «målgruppene» for prosjektet.

Overordnet mål for prosjektet ble utarbeidet i piloten og hovedmålet er å «sikre god flyt i samhandling og samarbeid mellom Psykisk helse- og rusklinikken, Nordlandssykehuset og Kommunene». Flere mål som ble utarbeidet:

- Øke kvaliteten for pasienten i overgangene mellom tjenestenivå
- Bidra til å redusere destabilisering og forhindre re-innleggelser.
- Sikre gjennomførelse av samarbeidsmøter mellom partnerne
- Sikre god og strukturert overføring av informasjon på tvers av instansene før utskrivelse, også hvor utskrivelser kan skje raskt som i en akuttavdeling.
- Ressursbesparende
- Sikre gode arbeidsprosesser og verktøy som understøtter dette
- Ny tjenestereise ved utskriving til kommune – helhetlige tjenester
- Fremtidig bærekraft.
- Gevinstrealisering gjennom bredding og kartlegging av flere bruksområder

Utfordringer underveis:

I starten hadde man små, men forventede utfordringer knyttet til det teknologiske utstyret. Dette rettet seg fort opp etter hvert som de ansatte ble kjent med utstyret. Pandemien har bidratt til økt kjennskap til dette både i kommuner og i sykehus. Pandemien har forsinket prosjektet noe.

Oppstart:

Pilotering ble gjennomført høsten 2019 og avsluttet februar 2020.

Så langt har man erfart at flere **gevinster realiseres**:

- Økt kvalitet på PLO-meldinger og samhandling for øvrig
- Økt mulighet for gjennomførelse av møter på kort varsel, og slik også mulig forkortet opphold på sykehus
- Økt grad av gjennomførelse og deltakelse, også ved lengre avstander
- Riktige personer i riktig møte gir en god overgang fra sykehus til kommune
- Opplevelse av trygghet hos pasient og pårørende
- Økonomisk besparelse med tanke på reising som ikke lenger er nødvendig for kommunene/fastlegene
- Ressursbesparende med tanke på bedre koordinering og struktur samt at digital løsning reduserer avbrudd i arbeid og sparer reisetid

Prosjekt SamStrømming understøtter Nasjonal helse- og sykehusplan samt spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenestens oppdrag ettersom prosjektet tilrettelegger for økt deltakelse og medbestemmelse for pasienten og fremtidige planer for helsehjelp. Rutinene som er innarbeidet sørger for en økt opplevelse av sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner, ikke bare på grunn av samarbeidsmøtene i seg selv, men også gjennom kjennskapen og forståelsen til hverandre som de ansatte ved sykehuset og i kommunene opparbeider seg gjennom samarbeid, felles rutiner og tjenestereiser. Økt bruk av teknologi skaper helhetlige tjenester og reduserer også ressursbruk.

På grunn av pandemi ble utbredelse noe forsinket, men implementering av prosjekt SamStrømming er nå godt i gang i øvrige kommuner i Salten, Lofoten, Vesterålen og Helgeland. Til tross for at ikke alle kommuner er tatt inn i arbeidet ennå inviteres også disse

til samarbeidsmøte via video og mange kommuner som ennå ikke er tatt inn som en del av prosjektet gjennomfører altså møtene i henhold til rutine. Dog tenker vi det er viktig å fremdeles gjennomføre informasjonsmøter samt opplæring med de ulike interessentene i kommunene for å sikre god forankring og forståelse. Dette skjer gjennom å opprette lokale prosjektgrupper i hver kommune som kan gjennomføre interessentanalyse, komme med innspill til rutine samt planlegge opplæring og delta på evaluering i etterkant. Videoløsningen var i utgangspunktet tenkt brukt til polikliniske konsultasjoner mellom behandler og pasient i somatikk, men er i dag i bruk i samhandlingsmøter mellom sykehuset og pasientens hjemkommune i forbindelse med utskrivning, polikliniske konsultasjoner mellom sykehus og fastlege hvor pasient møter hos fastlege, samt gruppekonsultasjoner mellom pasienter i psykiatrien og rusomsorgen. I noen av gruppemøtene er både pasienter, selvhjelpsgrupper, sykehus, NAV og kommunen involvert i møter via video.

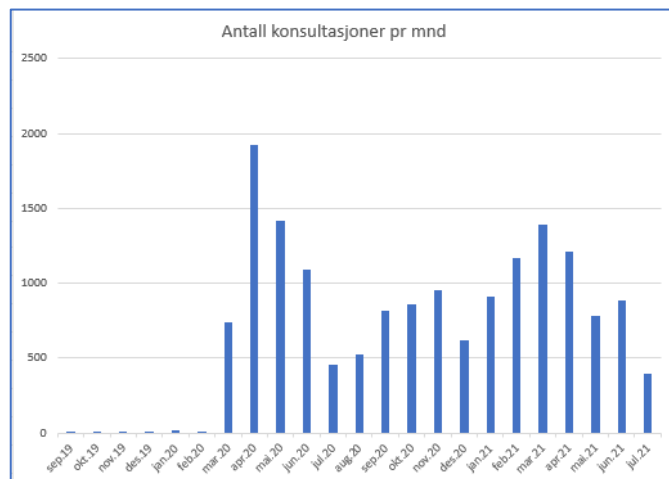
SamStrømming-prosjektet har klart å samle pasienter, sykehuspersonell, fastlege, oppfølgingstjeneste for rus og psykiatri, samt tildelingskontor og miljøtjenester i kommunen. Alle møtes via video-konsultasjoner der pasientens utfordringer settes i sentrum, og der man kan adressere ulike utfordringer som skal løses i pasientens overgang mellom sykehus og kommune.

Sykehuset har blitt kontaktet av Helse Nord, Helse Vest, Sykehuset i Vestfold og Akershus Universitetssykehus med forespørsel om å dele erfaringer, tips til tekniske løsninger, ROS-analyser og brukerveiledninger. Alle fire foretak i Helse Nord har eller er i ferd med å ta i bruk Videonor, og enkelte foretak i HSØ har startet implementering av samme løsning.

**) Dette er et veldig forsiktig estimat hentet fra Pasientreiser, billigste reisemåte - kun direkte reisekostnad er tatt med - tid spart kommer i tillegg. Ledsager ev spesialtransport er heller ikke tatt med.*

Digital konsultasjon Nordlandssykehuset:

Da videokonsultasjoner ble likestilt med fysiske konsultasjoner i forhold til betaling fikk vi den motivasjonen vi trengte til å gå nye runder å finne en egnet videokonsultasjonsløsning som kunne brukes mellom sykehuset og våre pasienter. Mange av Nordlandssykehusets pasienter har lang og kronglete reisevei på til dels dårlige veier i til tider tøft vær. Høsten 2019 startet utprøving av en webbasert løsning levert av Telenor, Whereby. Pasientene elsket dette og vi så fort at løsningen var svært enkel, brukervennlig og driftssikker. Covid-19 og delvis nedstengning av poliklinisk virksomhet i mars 2020 var utløsende faktor for at også klinikerne måtte tenke alternativt. En lydhør leverandør fant gode løsninger sammen med vår EPJ leverandør og i mai 20 var løsningen integrert i Dips. Oppsett av timer, initiering av videokonsultasjon, oppmøteregistrering, dokumentering og avslutning av konsultasjonen kan nå gjennomføres i ett og samme system og nesten identisk med en fysisk konsultasjon. Siden oppstart i september 2019 og tom juli 2021 har vi spart ca. 11.5 millioner kroner på pasientreiser og passert 16 000 gjennomførte konsultasjoner.



mnd/år	Beløp spart *)	Antall konsultasjoner
sep.19	3 350	3
okt.19	1 200	2
nov.19	11 280	6
des.19	25 332	13
jan.20	32 970	14
feb.20	22 664	13
mar.20	380 872	736
apr.20	994 553	1923
mai.20	894 090	1415
jun.20	722 130	1095
jul.20	290 675	452
aug.20	320 798	526
sep.20	621 849	812
okt.20	649 916	861
nov.20	830 352	957
des.20	465 584	620
jan.21	686 632	909
feb.21	852 868	1168
mar.21	994 071	1390
apr.21	916 067	1208
mai.21	566 586	780
jun.21	744 951	882
jul.21	375 488	395
Totalt	11 404 278	16180

Bruk av kunstig intelligens (KI) i spesialisthelsetjenesten

Til tross for krisearbeid i forbindelse med covid-19-pandemien, så har det i 2021 generelt vært stor aktivitet på "kunstig intelligens"-området i spesialisthelsetjenesten.

RHFene rapporterte på klinisk bruk av kunstig intelligens rett etter sommeren 2021. Flere regioner har stor aktivitet, og Helsedirektoratet har derfor sett seg nødt til å plukke ut eksempler på aktivitet. Rapporten under er derfor ikke uttømmende.

Helse Sør-Øst RHF(HSØ) rapporterer at kunstig intelligens nå er tatt i klinisk bruk i de fleste helseforetak i regionen.

Produktet *"BoneXpert"*¹⁷ er i bruk i seks helseforetak i HSØ for å bestemme skjelettalder på barn ved analyse av røntgenbilder av hånd.

Ved Radiumhospitalet er det besluttet å benytte *"DoMore!"* innen patologi til histotyping, det vil si prognostisering basert på KI-analyse av rutineprøver innen patologi, som en diagnostisk tjeneste.

Ved Sørlandet sykehus er løsning for journaltekstanalyse for preoperativ allergivurdering satt på hold i påvente av at nødvendige lovendringer skal tre i kraft.

I tillegg til prosjekter i klinisk bruk er det flere interessante forskningsprosjekter i regionen, som løsning for kvalitetssikring av behandling av hjertesykdommer basert på journaltekstanalyse (Akershus universitetssykehus HF) og forskningsprosjekter ved Computational Radiology & Artificial Intelligence (CRAI) Research Group ved Oslo universitetssykehus.

HSØ har prosjekt for digital hjemmeoppfølging som tilrettelegger for bruk av kunstig intelligens etter hvert. De første

produksjonssatte versjonene planlegges derimot uten bruk av KI.

Det gjøres også anskaffelser og utprøvinger i regionen:

Radiologisk avdeling ved Vestre Viken HF er i gang med en anskaffelse av KI-løsning til bruk i radiologi. Kreftregisteret ved Oslo universitetssykehus HF driver utprøvinger av KI-løsninger til bruk i mammografiscreening. Begge prosjektene er støttet av regionale innovasjonsmidler.

HSØ har i startet opp et arbeid med å lage en sammenhengende og strømlinjeformet prosess for anskaffelse av CE-merket medisinsk utstyr som inneholder komponenter med ulike former for KI, inkludert autonome systemer. Arbeidet omfatter også å lage veileder og sjekklister for områder med særskilte krav til KI. Gjennomføringsansvar legges til Sykehusinnkjøp gjennom oppdrags- og bestillingsdokument for 2022.

Helse Nord RHF rapporterer at produkter med kunstig intelligens er i bruk i mange miljøer i regionen. Følgende eksempler er fra radiologi-området, og disse løsningene er primært tatt i bruk ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF:

- "BoneXpert" for å måle benalder
- "SyngoVia" til å detektere anatomiske strukturer i medisinske bilder
- "IntelliSpace Portal" for bearbeiding av bl.a. MR-bilder av hjerter
- "Oncofreeze", brukes av PET-senteret for å forenkle analyse av PET/CT-bilder
- "Heartflow" til analyse av hjerte- og karsykdom
- Laboratoriemedisin bruker KI for å analysere prøveresultater

RHFet vedtok i juni en strategi for arbeidet med kunstig intelligens i foretaksgruppen i perioden 2022-2025. Strategien oppsummerer

¹⁷ <https://bonexpert.com>

nåsituasjonen, fremtidig bruk, grunnmur for arbeidet (datagrunnmur, utdanning og kompetanse, organisering og finansiering, etikk og lovgrunnlag) og prioriterte satsingsområder.

Det er startet opp en arbeidsgruppe for å utrede behovet for å styrke utdanning og kompetanse innen "kunstig intelligens"-feltet, i samarbeid med UiT (høst 2021)

Helse Nord IKT skal høsten 2021 starte utvikling av en detaljert konseptfaserapport for trinnvis innføring av en egnet ikt-infrastruktur for å ta i bruk kunstig intelligens.

I tillegg er det startet en arbeidsgruppe som skal utrede og konkretisere hvilke "kunstig intelligens"-baserte verktøy brukes innen radiologi de kommende 2-4 årene.

Regionen har også flere interessante forskningsprosjekter: Universitetssykehuset i Nord-Norge HF og maskinlæringsgruppen ved Universitetet i Tromsø (UiT) samarbeider om å lage beslutningsstøtte for blant annet å vurdere utfall av ryggkirurgi. I arbeidet brukes data fra 60 000 pasienter som har gjennomgått rygg- og nakkeoperasjoner ved norske sykehus (fra Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi (NKR)).

Nylig ble det startet opp et prosjekt om diabetisk retinopati, der data for trening av algoritme hentes fra Tromsø-undersøkelsene (totalt 14500 pasienter). Målet er å teste og videreutvikle algoritmen ved hjelp av data fra pasienter i screening-programmet.

Helse Vest RHF viser til KI-baserte produkter innenfor radiologi: Kunstig intelligens brukes rutinemessig i planlegging og posisjonering av organbilder på MR. Produktet "SyngoVia" er i regelmessig klinisk bruk for framstilling av for eksempel lesjoner i lunger og deteksjon av polypper i colon. Både SyngoVia og andre

produkter har også algoritmer for beregning av stråleeksponering (SAR) og strålemetning (attenuasjon) innen MR og PET. Nye CT- og MR maskiner vil ha autopsisjonering / bordplassering basert på kunstig intelligens.

De har også eksempler på integrert, klinikk-nær forskning som kan utvikles mot produkter som tas i bruk i klinikken.

Innen radiologi baner automatisk tumorsegmentering vei for innføring av radiomikkanalyser på en enkel og rask måte som en del av radiologisk arbeidsflyt. Radiomikk av svulster har vist å predikere respons på terapi og overlevelse og kan gi en pekepinn på hvilken målrettet behandling som virker. Eksempel fra Helse Vest er

- Avdekking av patogene mekanismer som kan brukes for nye behandlingsprinsipper ved automatisk segmentering av livmorhalskreft (MR-bilder)
- Automatisk segmentering av primærtumor hos pasienter med cervix cancer, basert på tre ulike preoperative MR-bilder
- Visualisere og gi innsikt i endringer i multivariate helsedata for å forbedre diagnostikk (RadEx¹⁸)
- Segmentering av lungevolum, for automatisk identifisering av lesjoner og oppfølging av disse over tid¹⁹. Finansiert av Kreftforeningen.

Ved patologiavdelingene ved Haukeland universitetssjukehus og Stavanger universitetssjukehus har startet opp prosjektet "*Patologi i vest – et senter for anvendt digitalisering i patologi-tjenesten*" - en strategisk satsning med mål om å anvende digital patologi og datamaskinassistert diagnostikk til å forbedre patologi-tjenesten. Det skal etableres metoder for å kvantifisere biomarkører, gjenkjenne histologiske mønstre

¹⁸ RadEx, *Integrated Visual Exploration of Multiparametric Studies for Radiomic Tumor Profiling* <https://vis.uib.no/wp-content/papercite-data/pdfs/Moerth-2020-RadEx.pdf>

¹⁹ MALIGN¹⁹, *Maskinlæring for longitudinell behandlingsoppfølging av lungemetastaser*

og klassifisere morfologiske lesjoner. Prosjektet arbeider for tiden med egnete lagringsløsninger for digitale snitt og prosessdata slik at prosjektdeltakere kan arbeide med dataene.

I regi av Helse Vest RHF, helse Stavanger og Helse Bergen utvikles det prediksjonsmodeller for pasientoppfølging, hvor noen får en ekstra påminnelse til oppsatt time.

Helse Vest har, i tett samarbeid med forskningssenteret Mohn Medical Imaging and Visualization (MMIV) etablert en regional e-infrastruktur, "Digital Biobank" (DBB) for lagring og behandling av medisinske bildedata og andre helsedata. Maskinlæring brukes bl.a. til å automatisk identifisere og sortere inndata. Systemet har blant annet finansiering gjennom Forskningsrådet (NFR), og er nå også ønsket av HSØ.

Teknologirådet i Helse Vest har vedtatt at det skal settes i gang et regionalt forprosjekt, i regi av Helse Vest IKT, som gjennom 2021 kan utarbeide forslag til rammer og innretning av en regional infrastruktur for kunstig intelligens/ maskinlæring med tilhørende tjenester.

Helse Midt-Norge RHFs arbeid med Helseplattformen tilrettelegger for bruk av kunstig intelligens på flere måter. Gjennom innføring av Helseplattformen vil det bli implementert beslutningsstøttebasert på kunstig intelligens på flere områder. I tillegg gjøres strukturering av helsedata gjennom Helseplattformen.

Som en del av Helseplattform-organiseringen er det etablert et fagnettverk for kunstig intelligens. Dette er blant annet sentralt i arbeidet med å utarbeide strategi for kunstig intelligens knyttet til mulighetsrommet i Helseplattformen. Det vurderes om dette nettverket skal utvides.

Regionen arbeider med å tilrettelegge en infrastruktur som gjør det mulig å utnytte store datamengder som blant annet skal

brukes til kunstig intelligens, tungregning og persontilpasset medisin.

Kunstig intelligens-arbeidet støttes også gjennom et sett med innovasjonsprosjekter som får midler gjennom årlig tildeling. Dersom utprøvingen er vellykket og gir varig verdi skal disse implementeres videre i klinikken.

Det nasjonale koordineringsprosjektet "Bedre bruk av kunstig intelligens"

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). Fra høsten 2021 er også Helsetilsynet og kommunenes organisasjon (KS) faste medlemmer av prosjektet. I år har de samarbeidende etatene arbeidet med følgende tiltak:

"Hvordan sikre et godt koordinert arbeid innenfor KI-området": Utredningen ble levert den 4. juni og gav 7 overordnede anbefalinger for å sikre et godt koordinert arbeid på KI-området:

1. Aktørene i koordineringsprosjektet fortsetter med tett samarbeid
2. KS involveres i styringsgruppen
3. Koordineringsprosjektet lager tverretatlige produkter, også med andre aktører
4. Koordineringsprosjektet ser til sammenlignbare områder i det videre arbeidet
5. Kompetansenettverk etableres av RHFene
6. Det etableres en informasjonsside
7. Tverretatlig veiledningstjeneste piloteres

"Tilrettelegging for bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten, med utgangspunkt i det radiologiske fagområdet": Rapporten oppsummerer "God klinisk praksis"-utredningen som er gjennomført av Helsedirektoratet i samarbeid med Direktoratet for e-helse, med bistand fra Statens legemiddelverk og med innspill fra Helsetilsynet. Utredningsgruppen hatt dialog

med, og fått innspill fra ca. hundre representanter for ledere/prosjektledere, klinisk personell, anskaffere, brukerrepresentanter, pasientforeninger, næringsliv og forskning. Målet har vært å finne gap hvor det er behov for nasjonale tiltak for å sikre at kunstig intelligens kan tas i bruk i helsetjenesten på en forsvarlig måte.

Arbeidet har tatt utgangspunkt i det radiologiske fagområdet, men mange av funnene er generelle og vil ha overføringsverdi til andre fagområder. Rapporten oppsummerer 19 problemstillinger. For hver problemstilling oppsummeres sektorens innspill, pågående arbeid på området og utredningsgruppens anbefalinger og forslag til nasjonale tiltak for 2022.

"KI i kommunal helse- og omsorgstjeneste"

Utredningsgruppen har undersøkt status, muligheter, utfordringer og behov ved bruk av KI i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Notat ble levert til HOD 1. oktober. Rapport leveres medio desember. Se mer om kunstig intelligens i kommunal helse- og omsorgstjeneste under egen overskrift.

"Helseopplysninger i skyen" er en rapport som ble levert 1. oktober og som besvarte fire oppfølgingspunkter som ble løftet til departementet høsten 2020:

- Sørge for at lenker til tilgjengelig veiledningsmateriale om skytjenester samles på ett sted.
- Utrede om det er behov for ytterligere veiledning om behandling av helseopplysninger i skytjenester.
- Utreder om det er behov for konkret veiledning om hva som kan være ytterligere tiltak ved overføring av helseopplysninger som samles inn i helse- og omsorgstjenesten.
- Følge opp NSMs anbefaling om å utrede behov for sterkere nasjonal regulering av skytjenester i helse- og omsorgstjenesten.

Rapporten konkluderer med at problemstillingene knyttet til bruk av

skytjenester for aktører i helse- og omsorgstjenesten ikke bare berører KI og kan heller ikke løses innenfor prosjektet "Bedre bruk av kunstig intelligens". To oppfølgingspunkter for prosjektet er å 1) legge ut lenker til veiledningsmaterialet som er oppsummert i rapporten på et egnet sted så det er lett å finne frem, og 2) følge opp problemstillinger i delprosjektet "KI – data og algoritmer".

Veiledning av KI-prosjekter: Veiledning av KI-prosjekter som RHFene har valgt ut har blitt kuttet ned til et minimum grunnet omallokering av jurister til arbeidet med å håndtere Covid-19-pandemien. Det er derfor bare avholdt ett fellesmøte for disse prosjektene i vår, og ellers henvist dem til allerede etablerte kanaler. Fra neste år er det ønskelig å finne en tilnærming til veiledning som treffer bedre og som utnytter etatenes ressurser på en bedre måte. Prosjektet vil derfor prøve ut en pilot på "tverretattlig veiledningstjeneste" og gjennomføre to møter i november i utvalgte, større KI-miljøer. Erfaringene vil oppsummeres for HOD.

Tverretattlig informasjonsside er under planlegging. Det vil etableres en nettside med veiledningsmateriale fra de samarbeidende etatene og lenker til allerede etablerte veiledningsressurser. Lansering av første versjon med et minimum av innhold er planlagt til medio desember.

"Veileder om regelverket for utvikling av kunstig intelligens innenfor vitenskapelig forskning, helseforskning og produktutvikling" og tilhørende flytdiagram må oppdateres etter regelverksendringer i mai i år. Arbeidet må gjennomføres tverretattlig, og det er ønskelig å samtidig ta med litt flere regelverk. Arbeidet er forsinket

"KI – data og algoritmer": Gjennom flere av utredningene / delprosjektene under koordineringsprosjektet er det identifisert behov, barrierer og prinsipielle spørsmål som skal utforskes og konkretiseres ytterligere i dette delprosjektet, som ledes av Direktoratet for e-helse.

Delprosjektet startet august 2021 og skal i første omgang levere en innsiktsrapport i løpet av 2021, som vil legge grunnlag for videre arbeid og eventuelle anbefalinger på dette området i 2022.

RHFene har egne tiltak som de er ansvarlige for. De statusrapporterer i styringsgruppen for det nasjonale koordineringsprosjektet:

- Ta KI i bruk i innføringsprosjekter (alle RHFene)
- Sammenhengende og strømlinjeformet prosess for innovativ anskaffelse av CE-merket medisinsk utstyr med kunstig intelligens (HSØ)
- Veileder om områder for krav til anskaffelser (HSØ)

Nasjonalt kompetansenettverk for kunstig intelligens (KIN)

Det nasjonale kompetansenettverket "KIN"²⁰, i regi av RHFene, er valgt til å være det kompetansenettverket som det nasjonale koordineringsprosjektet skal forholde seg til. Det er opprettet et sekretariat med bred deltakelse fra RHFene. Kompetansenettverket har jevnlig møter med dagsaktuelle temaer i tillegg til at det driver en kompetansetafett hvor regioner og miljøer bytter på å være vertskap for større arrangementer som omhandler kunstig intelligens i helsetjenesten.

Bruk av kunstig intelligens i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Det nasjonale koordineringsprosjektet har i 2021 kartlagt status, muligheter, utfordringer og behov for innføring og bruk av produkter basert på kunstig intelligens i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Arbeidet ledes av Helsedirektoratet og gjennomføres i samarbeid med Direktoratet for e-helse, med bistand fra KS. Det nasjonale koordinerings-

prosjektet har invitert KS inn i styringsgruppen (fra okt. 2021). 1. oktober leverte utredningsgruppen et notat til HOD som oppsummerte dialogen med kommunene. Utredningsgruppen vil arbeide videre med fastleger og legevakt, og oppsummere i en rapport til HOD 20/12.

Flytte fokus til helsefaglige mål

Arbeidet i det nasjonale koordineringsprosjektet har frem til nå hatt fokus på å få produkter basert på KI i bruk. Produkter basert på KI er nå tatt i bruk mange steder, og fokus fremover må derfor i enda større grad være å løfte helsefaglige områder ved hjelp av KI og annen bruk av teknologi.

To mulige områder:

Radiologi: Det ligger godt til rette for bruk av KI i radiologi, men det kan være mer å hente på å arbeide systematisk og koordinert på området.

Psykisk helse: Bruk av kunstig intelligens innenfor psykisk helse er mer umodent, og arbeidet må derfor starte med gjennomgang av muligheter, bruk og kritiske forutsetninger slik det er gjort innenfor radiologiområdet i år. Bruksområdene ser ut til å være mange, som administrativ hjelp til helsepersonell slik at tid kan frigjøres til pasientene, produkter som kan redusere terskelen for å få hjelp²¹, samtaleterapi²², tilby mer tilpasset behandling (f.eks. ved hjelp av persontilpasset medisin og innsamling og analyse av data som gjør det mulig å forstå pasienten bedre), risikostratifisering²³, og avlaste helsepersonellet i overvåkning av pasienter²⁴. Merk at eksemplene over ikke er en uttømmende liste over bruksområder. Eksemplene er ikke kvalitetssikrede, men plukket ut for å vise litt bredde.

²⁰ <https://ehealthresearch.no/kin>

²¹ <https://www.sintef.no/socialhealthbots>

²² <https://mental.jmir.org/2018/4/e64>

²³ <https://napha.no/content/23528/-kunstig-intelligens-vil-endre-psykisk-helsetjenestene-radikalt>

²⁴ <https://www.uia.no/om-uia/fakultet/fakultet-for-teknologi-og-realfag/nyheter-fra-fakultetet/lager-digitalt-system-for-aa-fjernovervaake-pasienter>

Persontilpasset medisin

Det er et mål i NHSP å videreføre arbeidet med å legge til rette for persontilpasset medisin. I Helsedirektoratets nasjonale strategi fra 2016 forstås persontilpasset medisin som forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging tilpasset biologiske forhold hos den enkelte.

Helsedirektoratet utredet i 2020 behovet for regelverksendringer og registerløsninger for å dele personidentifiserbare tolkede genetiske varianter. Før sommeren 2021 ble regelverksendringer og hjemmel for register for tolkede genetiske varianter vedtatt av Stortinget. 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. Dette ble videre fulgt opp av regjeringen med satsning på et nasjonalt genomsenter med tilhørende registerløsninger og oppdrag for utredninger som skal gjøres i samarbeid med RHFene v/Helse Sør-Øst. Dette arbeidet er startet opp.

Direktoratet har etablert Fagråd for persontilpasset medisin for å koordinere oppfølging og implementering av strategien. Fagrådet har hatt jevnlig digitale møter gjennom pandemien og behandlet temaer som genomutredningen, organisering av arbeidet med 1+ million genomes-deklarasjonen, tilrettelegging av finansieringsordninger for implementering av persontilpasset medisin og innspill til arbeidet med midlertidig innføring i Nye metoder.

Direktoratet er representert i koordineringsgruppen for Nasjonalt kompetansenettverk for persontilpasset medisin/presisjonsmedisin og har deltatt i Helse Midt-Norge prosjekt for utredning av ordninger for midlertidig innføring av persontilpasset medisin gjennom "Nye metoder". Videre er Helsedirektoratet observatør i CONNECT, det offentlig-private samarbeidet som følger IMPRESS-studien og implementering av presisjonsmedisin for nye grupper av kreftpasienter. Det er i 2021 etablert takst for finansiering av store gen-paneler i kreftdiagnostikk, som støtter molekylær diagnostikk nødvendig for rekruttering til slike kliniske studier. Direktoratet har sammen med Bioteknologirådet og Forbrukerrådet arbeidet med kartlegging av genetisk selvtesting som del av oppfølging av Stortingets vedtak. Dette legger grunnlag for informasjon til befolkningen om genetiske selvtester.



Vurdering av teknologi



Måloppnåelse i 2021 per oktober:

Det viktigste er at vi greier å tenke helhet. De ulike tiltakene henger sammen. For både pasient og de i klinikken er dette tiltaksområder som de ønsker tilrettelagt og løst i de systemer de bruker til daglig, journalsystemet, nettbrettet eller helsenorge.no. Målsettingen er å identifisere barrierer på alle disse delområdene og samtidig tenke helhet.

Det er et nasjonalt styringskrav at andel video- og telefonkonsultasjoner skal ligge på 15 % av det totale antallet polikliniske konsultasjoner. På tross av pandemi er det ingen av helseforetakene som har oppnådd dette styringskravet, selv om noen har nærmet seg betraktelig. Når vi nå er på vei mot mer normal drift kan det forventes en reduksjon i retning av normalen før pandemien, fordi det nå blir lettere for pasienter og behandlere å møtes fysisk igjen. Det vil kreve innsats for å øke andelen tilbake til pandeminivå (og ytterligere opp til måltall), med systematisk arbeid for å identifisere de rette pasientene innenfor de enkelte fagområdene. Økt bruk av skjemasbasert oppfølging vil kunne redusere noe av behovet for telefonkonsultasjoner og dermed bidra til reduksjon i andel. Vi anbefaler derfor at måltallet i denne planperioden for Nasjonal helse- og sykehusplan settes lik gjeldende styringskrav, og eventuelt økes hvis styringskravet øker tilsvarende.

Risiko: Finansiering av tjenestene og pukkellkostnader ved innføring av nye modeller er en risiko. Det kan påvirkes via finansieringssystemet.

Men i arbeidet er finansiering av sentrale tiltak en begrensende faktor. Det er derfor behov for finansiering dersom det skal igangsettes piloter eller tilgjengeliggjøring av data etc.

RHFene har bidratt aktivt med fast deltakelse i arbeidsgruppene. KS har vært invitert inn, men har hatt utfordringer med å stille med fast representasjon. Løsningene har derfor vært innspillsmøter der kommunale prosjektledere fra DHO har deltatt sammen med brukerorganisasjoner, leverandører og andre interessenter. For å få med fastleger må man frikjøpe, og i videre arbeid er det viktig å sikre god representasjon. I Velferdsteknologiprogrammet har det vært stor grad av involvering fra alle aktører lokalt og utprøving av digital hjemmeoppfølging har også rettet seg til fastleger og spesialisthelsetjenesten. Endringer i tjenesten er krevende å få til, dette meldes fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. Gjennom Velferdsteknologiprogrammet er det støtte til implementering i kommunene, blant annet gjennom prosessveiledning. Helsedirektoratet ingen tiltak rettet mot implementering i spesialisthelsetjenesten, med unntak av råd og veiledning.

Krisearbeidet i forbindelse med pandemien har forsinket det juridiske veiledningsarbeidet som gjennomføres i regi av det nasjonale koordineringsprosjektet

Digitalisering henger også tett sammen med arbeidet med helsekompetanse. Risikoen for digitalt utenforskap må kontinuerlig tas hensyn til i arbeidet. Helsedirektoratet har en tilskuddsordning for sosial digital kontakt gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram. I tillegg har vi i 2020 og 2021 hatt en ekstra tilskuddsordning på området, som også inkluderer satsning på digital helsekompetanse for eldre, i forbindelse med tiltakspakken for sårbare eldre som regjeringen igangsatte sommeren 2020.

Videre fremgang og anbefaling: Oppdrag knyttet til "Teknologi i pasientens helsetjeneste" ønskes videreført i 2022. Herunder

- Utredning av løsningsalternativer på nasjonalt nivå for pasientrapporterte data i forbindelse med digital

hjemmeoppfølging i 2022. Oppdraget anbefales gitt til Helsedir og Direktoratet for ehelse.

- Pilotering av en struktur for metodevurdering av digital hjemmeoppfølging på et avgrenset fagområde og i tett samarbeid med en helseregion og kommuner i opptaksområdet. Oppdraget anbefales gitt til FHI.
- Utvikling av nye indikatorer følges opp på området i 2022 gjennom de etablerte strukturer, blant annet finansieringsoppdrag til Helsedir, og forslag til måltall fra prosjektet som Helse Nord RHF leder på området (og som de andre RHFene er med på sammen med Hdir).
- Behandlings- og egenbehandlingsplan utvikles i kjernejournal og helsenorge.no. Helsedirektoratet er prosjekteier og samarbeider tett med Helse Nord RHF og kommuner i nord, samt Norsk Helsenett og Direktoratet for ehelse.
- Anbefalinger knyttet til datadelingsinfrastruktur legges frem av Direktoratet for ehelse.
- Igangsatte tiltak knyttet til råd og veiledning følges opp og samordnes med Velferdsteknologiprogrammet
- Teknisk løsning for videokonsultasjoner er tilgjengeliggjort (NHN). Følges opp i 2022.

Velferdsteknologiprogrammet forlenges med tre nye år. Det er ønskelig å tenke helhetlig og vise sammenheng og hvordan målene i videreføring av programmet kan henge sammen med målene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Det vil være ønskelig å gjøre en videre utredning av løsningsalternativer på nasjonalt nivå for pasientrapporterte data i forbindelse med digital hjemmeoppfølging.

For oppdraget med metodevurdering ser FHI for seg å gjøre en pilot knyttet til digital hjemmeoppfølging og video.

Kunstig intelligens og måloppnåelse

Det er ikke satt separate mål for bruk av kunstig intelligens. Kunstig intelligens er et

verktøy for å oppnå helsefaglige mål, og egne mål for innføring av KI kan lett føre til vridningseffekter. Selv om det ikke er egne mål for KI-arbeidet, så observerer vi en stor økning i bruk av produkter basert på kunstig intelligens, spesielt brukt som beslutningsstøtte. Vi ser mest aktivitet på områder hvor det er strukturerte data og lav risiko, som bruk av kunstig intelligens for analyse av medisinske bilder.

Det nasjonale koordineringsprosjektet og det nasjonale kompetansenettverket danner gode strukturer som sikrer samarbeid mellom etatene og helsetjenesten, og innad i helsetjenesten. Kontakten mellom etatene og RHFene er tett og god, og med KS i styringsgruppen ønsker vi å etablere en like god kontakt på kommunesiden. Det er på sikt ønskelig at RHFene synliggjør hvordan helsefaglige mål, som målene i NHSP, er løst ved hjelp av teknologi som KI. Som et eksempel kan vi trekke frem årets rapportering på KI-området fra Helse Vest RHF, som tydeliggjorde hvordan KI og data brukes, og er tenkt brukt, på en rekke områder som er viktige i NHSP.

Risikoen på "kunstig intelligens"-området

Rapporten "Tilrettelegging for bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten, med utgangspunkt i det radiologiske fagområdet" lister 19 problemstillinger. Noen av disse er også risikoer for arbeidet. Spesielt vil vi trekke frem følgende:

- Etatene har hatt lav kapasitet på juristsiden, og det har vært vanskelig å fristille tid til veiledning av miljøene som arbeider med kunstig intelligens. Dette gir lite veiledning av miljøene, med forsinkelser og ulik tolkning av regelverk som konsekvenser
- I de tilfellene det er lav kompetanse på IT og kunstig intelligens hos helsepersonell og ledere kan det føre til unødig motstand mot produkter med kunstig intelligens i noen situasjoner, men også mangel på varsomhet i andre situasjoner

- I de tilfellene det er lav kompetanse på IT og KI hos jurister, vil vi kunne oppleve at tolkning av lovverket ikke treffer godt
- Aktørene i helsetjenesten mangler ennå systematisk håndtering av krav til KI-produkter, noe som fører til at mye ansvar legges på enkeltpersoner. Dette vil trolig føre til lokal og regional variasjon i hva som vektlegges.
- Tjenesten melder om "pukkelkostnader", det vil si at det tar litt tid før gevinster i form av effektivitet og kvalitet kan tas ut. Dette kan føre til redusert investeringsvilje, spesielt hos kommunene, men også i spesialisthelsetjenesten
- Manglende oversikt over verdikjeden, fra innsamling av data til anvendelse av produkt i klinikk, gjør at det er krevende og kanskje umulig å garantere at produkt er utviklet med etisk høy standard
- Store datamengder og nye datatyper (eksempel: genomdata) vil føre til nye krav til infrastruktur

Behov for å styrke veiledningstjenesten

Helsedirektoratet mener sektoren har behov for mer juridisk veiledning enn de samarbeidende etatene nå klarer. Dette kan være et midlertidig behov, men trolig et par år.

Behov og forslag til tiltak på KI for 2022

Forslag til nye tiltak på KI-området er oppsummert i rapporten "Tilrettelegging for bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten, med utgangspunkt i det radiologiske fagområdet", og rapporten "Helse-opplysninger i skyen". Samlet liste over anbefalinger og tiltak foreslått fra det nasjonale koordineringsprosjektets side for 2022 ligger i vedlegg 8.

Utover disse tiltakene har Helsedirektoratet forslag til tiltak som er relatert til KI, men som ikke passet tematisk i de nevnte rapportene:

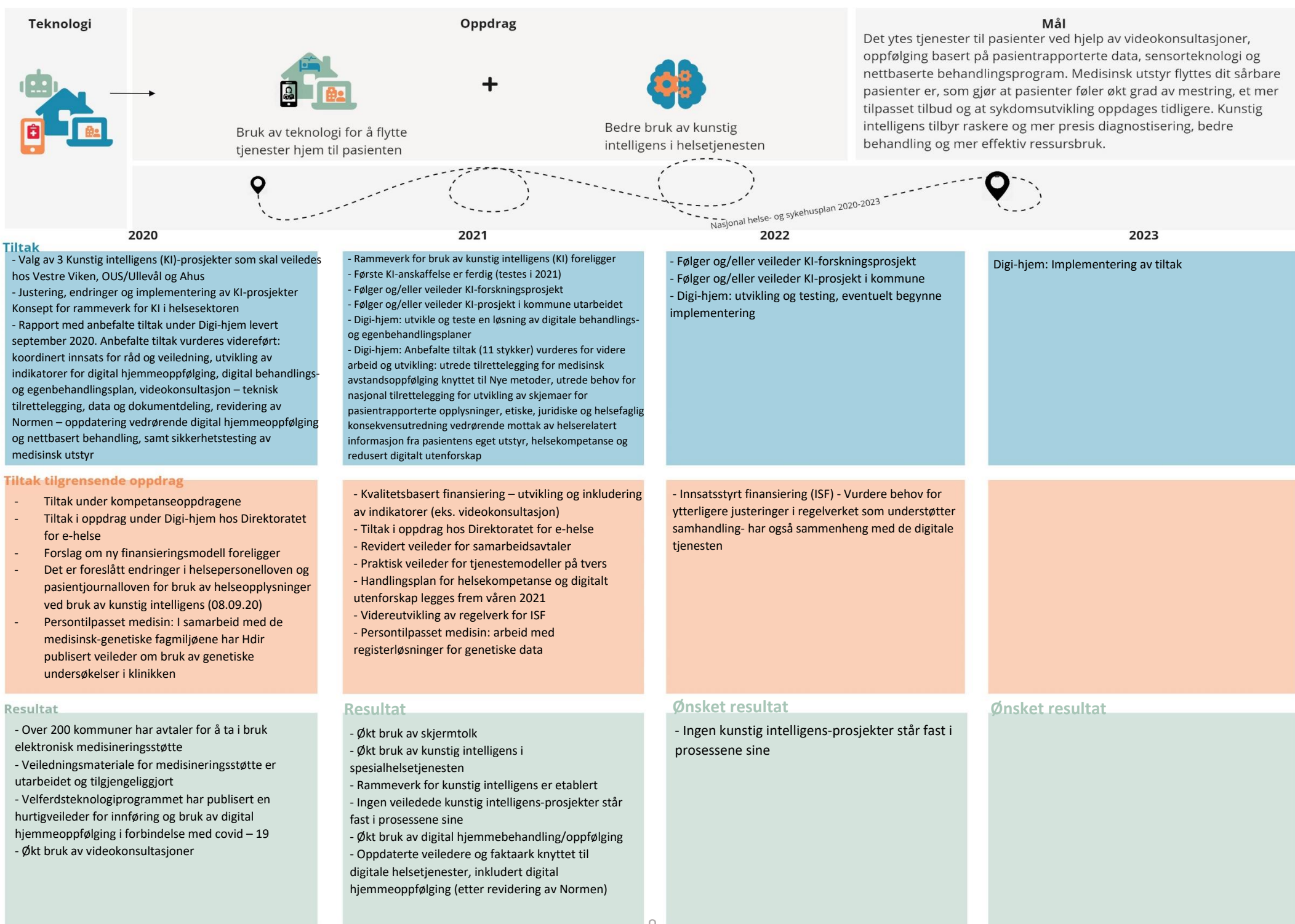
Flytte fokus til helsefaglige mål: De foregående årene har vært preget av "brøytekjøring" hvor det har vært viktig å følge med på "KI-prosjekter" for å se hvor de stopper opp og veilede dem slik at de kommer

videre, innenfor forsvarlige og trygge rammer. Nå er produkter basert på KI tatt i bruk mange steder, og fokus fremover må derfor i enda større grad være å løfte helsefaglige områder ved hjelp av KI og annen bruk av teknologi. I den forbindelse kan det være hensiktsmessig å velge et område hvor de helsefaglige målene ikke er nådd, vurdere hvorvidt teknologi kan være en del av løsningen, og lage en handlingsplan for dette arbeidet. Områder som peker seg ut som gode kandidater fra Helsedirektoratets perspektiv er radiologi og psykisk helse. Innenfor radiologi har man mange produkter som kan være aktuelle. Det er behov for å undersøke hvor det vil bli ekstra stort behov for ressurser i årene som kommer, og lage en plan for hvordan noe av dette behovet kan dekkes ved hjelp av kunstig intelligens og teknologi.

I NHSP er pasienter med psykiske lidelser prioritert. At oppdraget med kunstig intelligens ser på området psykiske helse og utforme handlingsplaner for å løfte bruk av KI anses interessant. Det er sett på psykiske lidelser med stor grad av arvelighet og hvordan det nasjonalt kan legges til rette for mer bruk av persontilpasset medisin og KI. Det ligger godt til rette for bruk av KI i radiologi, men det kan være mer å hente på å arbeide systematisk og koordinert på området. Bruk av KI innenfor psykisk helse er mer umodent, og arbeidet må derfor starte med gjennomgang av muligheter, bruk og kritiske forutsetninger slik det er gjort innenfor radiologiområdet i år.

Se kompetansebehov på KI i sammenheng med andre kompetansebehov på teknologi:

Rapporten "Tilrettelegging for bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten, med utgangspunkt i det radiologiske fagområdet" foreslår kompetansehevede tiltak. Disse bør ses i sammenheng med andre behov for kompetanse på teknologiområdet, for å ikke duplisere arbeid.



Kompetanse: Hvor vil vi?

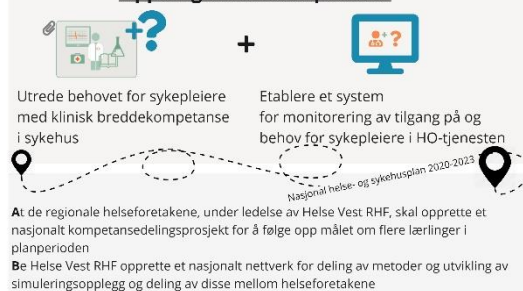
Helse- og omsorgstjenesten utfører sine oppgaver med en bærekraftig og realistisk tilgang på arbeidskraft. «Alle» har erkjent at oppgaver må løses og fordeles på nye måter, at endring er det permanente, og at oppgaver må løses i team – på tvers av fag og institusjoner. I helseforetakene planlegges det 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 simuleringstøttemidler. 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 helseforetakene 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 heltidsskole.
Sykepleiere og helsefagarbeidere skal gis prioritet i dette arbeidet
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 anestesiv-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie med basis i kunnskap om behov
Revidere utdanningene for spesialsykepleiere innen anestesiv-, 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
Utredde 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 helsefagarbeiderlæringer skal prioriteres i planperioden
Opprette et opplæringskontor for helsefagarbeiderlæringer og andre relevante lærefag i hvert helseforetak. Helseforetak kan samarbeide om opplæringskontorene der det er hensiktsmessig

Oppdrag under Kompetanse



Kompetanse

Et hovedmål i Nasjonal helse- og sykehusplan er at helse- og omsorgstjenestene utfører sine oppgaver med en bærekraftig og realistisk tilgang på arbeidskraft.

"Regjeringen vil"- punktene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 lister opp mål. I rapporteringen til RHF angis blant annet at målet om at de Regionale helseforetakene skal opprette et opplæringskontor for helsefagarbeiderlæringer er ulikt oppnådd. Noen steder er det opprettet eller i ferd med og opprettes, andre har opplevd pandemien som utfordrende for oppnåelse av dette målet. Det er variasjoner hva gjelder hvilke løsninger de forskjellige helseforetakene har

valgt alt fra å være tilsluttet opplæringskontor for offentlig sektor, egne opplæringskontorer og formalisert samarbeid med kommunen fremfor egne kontorer.

De Regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest, skal ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 opprette et nasjonalt kompetansedelingsprosjekt for å følge opp målet om flere læringer i planperioden. Helse Vest rapporterer at et regionalt nettverk er etablert, og det er også etablert strategier for antall læringer i alle foretak. I flere av foretakene er det startet et utviklingsarbeid for å opprette felles læringskontor for alle lærefag. Kompetanseprosjektet med felles samling for nasjonal deling og mobilisering ble utsatt på grunn av covid-19.

Videre er RegSim Vest, koordinert av Helse Stavanger, opprettet som en regional koordinerende enhet for simulering i Helse Vest, og skal arbeide for forankring av simulering av høy kvalitet i hele regionen. Hjemmeside for deling på tvers er opprettet, sammen med fast møteserie og det blir gitt veiledning og støtte i tillegg til kursvirksomhet. Forankringsarbeid i hvert foretak er en forutsetning for at kompetanseheving, kvalitetssikring av tiltak, registrering av aktivitet, evalueringer, feedback og forbedringer kan bli realisert. Det arbeides med å utdanne fasilitatorer i alle foretak, og simuleringskoordinator er tilsatt i full stilling. Det er etablert fasilitatornettverk for å sikre ivaretagelse av og videreutvikling av fasilitatorene, og det skal etableres et simuleringsråd som blant annet skal bidra til god prioritering av simuleringsaktiviteter.

Helse Fonna har etablert et simuleringssenter i avdeling for kvalitet og pasienttrygghet, Helse Bergen har Senter for simulering og ferdighetstrening og Helse Førde er i prosess med å bygge opp simuleringssenter. Simulering er blant annet benyttet som en metode i opplæring i behandling av pasienter med covid-19.

Kompetanseløft 2025

Nasjonal helse- og sykehusplan tegner opp et bredt målbilde på kompetanseområdet og måloppnåelse på tiltak under Kompetanseløft 2020, og videre Kompetanseløft 2025 (K2025) er viktig for måloppnåelsen også for Nasjonal helse- og sykehusplan. Kompetanseløft 2020 ferdigstilles med endelig årsrapport for programmet i november 2021. Følgeevalueringen av programmet og tiltakene er levert fra Sintef med samarbeidspartnere i juni 2021²⁵.

K2025 skal bidra til en faglig sterk tjeneste, og sikre at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har tilstrekkelig og kompetent bemanning (Prop. 1 S (2020-2021)). K2025 er den tredje handlingsplanen for kompetanseheving, rekruttering og fagutvikling siden 2010, og omfatter nå også tiltak mot den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

K2025 skal bidra til samordning av de statlige initiativene overfor kommunesektoren. Programmet skal søke å adressere fire hovedutfordringer:

1. Knapphet på helse- og sosialfaglig personell
2. Mangel på kompetanse og kunnskapsgrunnlag
3. For lite brukermedvirkning, tverrfaglighet, samarbeid og samhandling
4. Svakheter i ledelsen, planleggingen og organiseringen av tjenestene

De fire hovedutfordringene danner basis for de fire strategiske satsningsområdene i programmet fremover:

1. Rekruttere, beholde og utvikle personell
 2. Brukermedvirkning, tjenesteutvikling og tverrfaglig samarbeid
 3. Kommunal sektor som forskningsaktør, fagutviklings- og opplæringsarena
 4. Ledelse, samhandling og planlegging
- (Prop. 1 S (2020-2021))²⁶

K2025 består nå av 60-70 tiltak og tilskuddsordninger (bl.a. kompetansemiljø for nasjonalt senter for legevaktmedisin og obligatorisk kurs for ansatte i legevakt innen håndtering av overgrep, vold mv), mange er videreført fra foregående kompetanseløft, mens andre er nyetablerte. Særlig innen fylkeskommunal tannhelse er det nyetablerte

²⁵ <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/folgeevaluering-av-kompetanseloft-2020-sluttrapport-juni-2021-signert.pdf>

²⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20202021/id2768541/>

men også videreførte tiltak, som nå finner sin plass under kompetanseløft.

Kompetanseløft 2025 er etablert og i gang. Programmet viderefører en tilskuddsordning fra Kompetanseløft 2020: *mastergrad i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS)*. I Kompetanseløft 2025 er det i tillegg til lønnstilskuddsordningen, etablert et tiltak for å løfte frem viktigheten av å anvende AKS-kompetansen i kommunene. Formålet med tilskuddsordningen er fortsatt å utdanne sykepleiere med avansert klinisk breddekompetanse, og legge til rette for stillinger hvor denne kompetansen kan nyttiggjøres i tjenestene. Tjenesteutvikling er sentralt for å dekke fremtidens behov i tjenestene, og AKS-kompetansen kan bidra vesentlig med dette.

K2025 har et særlig "følge med"-ansvar på utvikling av behov for personell og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene. Det er eget tiltak på strategisk kompetanseplanlegging i programmet. K2025 skal videre utrede etablering av praksiskontor med innspill fra utdanningssektoren, KS og RHFene. Utredningen inngår i gjennomføringen av K2025 og starter høsten 2021. Dette bør sees i sammenheng med helsefelleskapene og behovet for kompetanse innenfor og mellom tjenestenivåene. Programmet har også et tiltak på å utrede tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for barn og unge, som er en prioritert pasientgruppe for helsefelleskapene.

Videre er den fylkeskommunale tannhelsetjenesten inkludert i K2025. Helsedirektoratet vil ha et særlig fokus på å skaffe mer kunnskap om tjenesten gjennom programmets tiltak. Tannhelsetjenesten er preget av en mindre offentlig og en stor privat sektor, og dette krever annen innsikt enn den

vi har i dag. Et tiltak gjennom K2025 er derfor å tilrettelegge for innhenting av data til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) på tannhelse. Dette arbeidet pågår for fullt, og er på mange måter et foregangsarbeid, særlig med hensyn til den store graden av private tannhelsetjenester.

Innen tannhelse er det flere pågående tiltak som er relevante for Nasjonal helse- og sykehusplan, blant annet:

- Sykehusodontologi- Forsøksordning med orale helsetjenester organisert i tverrfaglig miljø ved sykehus
- Nasjonal faglig retningslinje Tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år
- Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi
- Forsøk av multidisiplinær odontologi
- Spesialistutdanning av tannleger – en ny kompetansebasert integrert samarbeidsmodell

Helsedirektoratet har fullført oppdraget med å utarbeide læringsmål og anbefalte læringsaktiviteter for kompetansebasert spesialistutdanning av tannleger og kriterier for godkjenning av utdanningsvirksomheter. Læringsmålene skal forskriftsfestes. Helsedirektoratet anbefaler å utvikle en elektronisk kompetanseportal som vil bidra til å kvalitetssikre utdanningen, forenkle arbeidet med oppdatering av læringsmålene og kvalitetssikre og effektivisere prosessen med å dokumentere oppnådde læringsmål og ved spesialist-godkjenning av tannleger i Helsedirektoratet.

Aktiviteter i 2021:

Dimensjonering og framskrivinger

Helsedirektoratet har vurdert hvordan et felles framskrivningsverktøy for helseforetak og kommuner kan etableres. Det ble levert en

rapport i juni 2021 hvor det blant annet kommer tydelig fram under intervjuene at kommuner og helseforetak planlegger på hver sin kant og med forskjellige tall i stor grad, og at de er klar over denne problemstillingen. Et felles framskrivningsverktøy kunne være ett av flere bidrag til å forbedre samhandlingen mellom nivåene. Videre ansees det som komplisert å skulle lage en felles modell for både helseforetak og kommuner, men at det er mulig. Rapporten besvarer første del av oppdraget om hvordan et felles framskrivningsverktøy for helseforetak og kommuner kan etableres med bruk av data fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det ventes per nå på tilbakemelding fra HOD om hva som eventuelt skal gjøres videre. (også omtalt under "Samhandling", se side 22)

Avansert klinisk allmennsykepleie i sykehus

Det ble igangsatt et arbeid for å vurdere behovet for avansert klinisk breddekompetanse for sykepleiere i sykehus høsten 2020. Det ble gjort et tilsvarende stort arbeid i perioden 2016 – 2019, rettet mot sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Utredningen av behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus er presentert i en rapport som beskriver nåsituasjonen og behovet for denne kompetansen. Rapporten ble overlevert HOD juni 2021, og er nå publisert her: [Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus – Faglige og tjenestemessige behov - Helsedirektoratet](#).

Utredningen har vært særlig rettet mot kompetansebehovet for sykepleiere som jobber ved sengeposter, i poliklinisk arbeid, dagbehandling, ambulante team/tjenester og hjemmesykehus. Utredningen har trukket veksler på det omfattende utredningsarbeidet som ligger til grunn for forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i AKS spesielt rettet mot kommunehelsetjenesten, samt vært avgrenset mot ABIOK-utdanning.

Gjennom utredningen ble det påpekt behov for å sette sykepleiere bedre i stand til å følge

opp pasienter som er ustabile og multisyke, har kroniske lidelser og pasienter med sammensatte behov. Sykepleiere med AKS-kompetanse er særlig viktig i møte med disse pasientene. Sykepleiere som jobber ved vanlige sengeposter kan i dag oppleve manglende avansert kompetanse til å følge opp disse pasientgruppene på en helhetlig og trygg måte. Dette kompetansebehovet var også til stede for sykepleiere i poliklinikk og dagbehandling. Det er også eksempler på gode erfaringer fra å ha slik avansert sykepleiekompetanse som del av tverrfaglige team.

Erfaringer fra å ha tilgang på sykepleiere med AKS-kompetanse i sykepleiergruppen er beskrevet som positiv både fra nasjonal og internasjonal forskning. I faglitteraturen og forskning beskrives AKS-er som pådrivere for sykepleiefaglig utvikling i avdelinger i sykehus. Det kan også utgjøre en klinisk karrierevei, som fremmer rekruttering og å beholde sykepleiere over tid.

Ledere for sykepleiere har pekt på særlig tre utfordringer ved å satse på utvikling av AKS-kompetanse; det er et tidkrevende kompetansehevende tiltak da det oppnås gjennom mastergradsutdanning og effekter i avdelingen ses ofte mest i etterkant. Det følger behov for frigjøring av økonomiske ressurser og tilrettelegging under utdanning og oppnådd AKS-kompetanse vil medføre behov for administrative tiltak for å sikre hensiktsmessig bruk av ny kompetanse.

Legeforeningen trakk seg fra referansegruppen for utredningen av AKS-sykepleiere i sykehus og sentral ledelse i RHFene (Interregionalt fagdirektørmøte og HR/PO direktørmøte) er kritiske til hvorvidt AKS-kompetanse er riktig kompetansehevende tiltak for sykepleiere i sykehus. RHFene er skeptiske til å gi styringen av faglig innhold på opplæring av sine ansatte

til utdanningssektoren. Videre ble det også påpekt at AKS-kompetanse kan skape uro knyttet til spørsmål om oppgavedeling.

RHFene er også avhengig av utdanningsstillinger som gjør AKS og ABIOK vanskelig.

Utredningen av behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus har identifisert kompetansebehov på to nivåer for sykepleiere ved aktuelle tjenestesteder.

1. Kompetansebehov rettet mot **oppdatering og utvikling** av grunnleggende, klinisk breddekompetanse for at sykepleieren skal kunne utøve forsvarlig sykepleie i tråd med kunnskapsbasert praksis over tid.
2. Kompetansebehov for å **møte endrede oppgaver og ansvar** som tilfaller sykepleiere, særlig knyttet til økning av pasienter med sammensatte behov, pasienter med uavklarte og/eller akutte kliniske problemstillinger, pasienter som beveger seg mellom tjenestetilbydere og/eller ut og inn av sykehuset og/eller skal skrives ut tidlig fra sykehuset. Dette har også gitt økt behov for koordinerte tjenester og samhandling. Avansert klinisk sykepleiekompetanse (AKS-kompetanse) kan gi økt kompetanse på disse områdene og anses derfor som et egnet kompetansehevende tiltak.

Kompetanseområder og sluttkompetanse fra mastergrad i *avansert klinisk allmennsykepleie* er utviklet spesielt for å møte lignende kompetansebehov i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Dette videreutdanningstilbudet anses derfor som relevant for og egnet til å møte behovet for AKS-kompetanse også i sykehus. Det vil i så fall være hensiktsmessig å innlemme spesialisthelsetjenesten i formålet til forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie for å sikre videre relevans av utdanningstilbudet.

System for å følge med på tilgangen på og behovet for sykepleiere i helse- og omsorgstjenestene

Helsedirektoratet har fortsatt arbeidet med å etablere et system for å følge med på tilgangen på og behovet for sykepleiere i helse- og omsorgstjenestene, som er ett av målene i NHSP.

Direktoratet har involvert berørte parter og kartlagt behov og tilgang på relevante data, samt inngått avtaler om datautleveringer. Basert på dette arbeidet, har vi definert noen utvalgte indikatorer/områder som gir sentral informasjon om tilgangen på og behovet for sykepleiere, som bør monitoreres jevnlig. Gjennom å fastsette indikatorer og samle data fra en rekke ulike kilder, vil det bli lettere å følge med på utviklingen systematisk.

Med utgangspunkt i dette, vil direktoratet tilgjengeliggjøre data og analyser som belyser tilgang på og behov for sykepleiere. Høsten 2021 benyttes det forbedrede kunnskapsgrunnlaget som en del av direktoratets innspill om utdanningskapasitet for de helsefaglige høyere utdanningene, og analyser og statistikk vil gjøres tilgjengelig.

I tillegg til at Helsedirektoratet vil følge med på indikatorene, vil vi også oppmuntre helseforetak og kommuner til å benytte relevante indikatorer i sitt regionale eller lokale planleggingsarbeid.

Systemet for å følge med på tilgangen på og behovet for sykepleiere i helse- og omsorgstjenestene skal gi et bedre kunnskapsgrunnlag for helse- og utdanningsmyndigheter og helse- og omsorgstjenestene i arbeid med dimensjonering og personellplanlegging.

I tillegg til det konkrete målet om å etablere systemet, kan et godt kunnskapsgrunnlag om sykepleiere bidra til NHSP-målet om systematisk planlegging i helseforetakene av

hvordan behovene for helsepersonell skal dekkes, der særlig prioritet skal gis til sykepleiere og helsefagarbeidere. Planer og analyser som utvikles i helseforetakene vil samtidig kunne være nyttige for direktoratets analyser.

Det er altså ønskelig at systemet også gir en merverdi for helse- og omsorgstjeneste, og i tillegg til at Helsedirektoratet selv vil følge med på indikatorene, vil direktoratet oppmuntre helseforetak og kommuner til å benytte relevant styringsinformasjon og indikatorer i sitt regionale eller lokale planleggingsarbeid. Det vil være aktuelt å se sykepleiermonitoreringen i sammenheng med eksisterende oppdrag og arbeid i helse- og omsorgstjenestene og hos statsforvalterne. RHFene har fått i oppdrag å utarbeide en behovsanalyse og plan for å sikre tilstrekkelig tilgang til intensivsykepleiere, og metodene

skal kunne overføres til planlegging for andre spesialsykepleiegrupper. Helseforetakene skal i sine neste utviklingsplaner lage en plan for å sikre tilstrekkelig kompetanse, der sykepleiere og helsefagarbeidere skal gis prioritet.

Statsforvalterne gjør årlige vurderinger av kompetanse- og rekrutteringssituasjonen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og sykepleiere står helt sentralt i disse vurderingene.

Et bedre kunnskapsgrunnlag kan også bidra til målet om å øke antall utdanningsplasser i ABIOK-sykepleie med basis i kunnskap om behov og målet om at helse- og omsorgstjenestene skal utføre sine oppgaver med en bærekraftig og realistisk tilgang på arbeidskraft.

Høsten 2021 vil Helsedirektoratet følge med på de foreslåtte indikatorene, lage analysenotater/rapporter og tilgjengeliggjøre data for tjenestene.

Forslag til indikatorer/områder som bør monitoreres

A. Utdanning og tilgang på nye sykepleiere

1. Studieplasser (DBH)
2. Fullførte studier (opnådde kvalifikasjoner) (DBH)
3. Søkere og søknader på studier (DBH)
4. Nye autorisasjoner (HPR)

B. Personellstyrken

5. Årsverksutvikling og utvikling relativt til innbyggertall (SSB og ev. RHF)
6. Heltidsandel (SSB)
7. Stillingsprosent (SSB)
8. Sykefravær (SSB)
9. Turnover (RHF/KS)
10. Aldersfordeling – andel over 55 og 60 år (snarlig avgang) (SSB)

C. Etterspørsel og rekruttering

11. Estimert mangel (NAV's bedriftsundersøkelse)
12. Kommunenes rekrutteringsutfordringer (KS/Kommunesektorens arbeidsgivermonitor)

Annet arbeid i 2021:

Ny handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024²⁷

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 inneholder en rekke tiltak som skal bidra til å løse utfordringene, skape en fremtidsrettet allmennlegetjeneste og en bærekraftig fastlegeordning som gir pasientene allmennlegetjenester av høy kvalitet.

Arbeidet med handlingsplanen favner bredt og har grenseflate mot en rekke aktiviteter. Noen av tiltakene har særlig relevans for Nasjonal helse- og sykehusplan, herunder sikre

²⁷

tilstrekkelig og riktig kompetanse, forbedring av kvaliteten i tjenesten og da spesielt i forhold til sårbare grupper, bruk av ny teknologi og fokus på team og samhandling på og mellom ulike tjenestenivå. Legevakt er en viktig del av den av den akuttmedisinske tjenesten og i løpet av planperioden skal vi få økt innsikt legevaktsarbeid og prøve ut nye måter å organisere legevakt på. Status for arbeidet med disse tiltakene i planen er kort gjengitt under.

I 2021 er tilskuddsordningen til ALIS-avtaler (allmennleger i spesialisering) forbedret, og målet er at ordningen skal gjøres nasjonal slik at den favner ALIS i alle kommuner. De fem ALIS- kontorene er styrket, slik at de kan bistå kommuner i å legge til rette for gode og enhetlige utdanningsløp. Antallet LIS1 stillinger er økt med 138, og vil økes ytterligere med nye stillinger fra 2022.

Videre er Helsedirektoratet i gang med å utrede forutsetninger for å foreslå innretning av et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunene, utvikle og videreutvikle relevante kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten, utarbeide veileder for systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten og integrere kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i etterutdanning for spesialister i allmennmedisin og i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Utredningen har frist for levering desember 2021, mens flere av de andre arbeidene har et mer langsiktig perspektiv. (Se mer på s. 26)

For å kunne legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy, økt og riktig bruk av e-konsultasjon hos fastleger skal det prøves ut et digitalt triageringsverktøy for å rette henvendelser til riktig mottaker og type tjeneste, og for å bedre prioriteringen mellom de ulike henvendelsene til fastlegekontoret. Utprøvingen av verktøyet starter opp høsten 2021 og løper ut 2022.

Det er også et stort fokusområde i planen å gjøre allmennlegetjenesten mer teambasert. Det skal legges til rette for en mer faglig riktig arbeidsdeling mellom leger og annet personell på legekontoret, bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten og tettere integrering opp mot øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester. Målet er å skape et bredere og mer sammenhengende helse- og omsorgstilbud til innbyggerne som særlig kan møte brukere med kronisk sykdom og sammensatte behov. Piloten primærhelseteam startet opp 1. april 2018 og sluttevalueringen leveres ved utgangen av 2021. Kontorene som er med i forsøket kan drive frem til mars 2023.

Legevaktsarbeidet utgjør en stor del av arbeidsbelastningen for mange fastleger, særlig i mindre kommuner. Departementet har sammen med partene nedsatt en ekspertgruppe som i 2021 skal kartlegge arbeidsbyrden, hvordan den fordeler seg på leger i legevakt og hvilke konsekvenser en eventuelt redusert belastning vil få for behovet for leger. Arbeidet med å prøve ut alternative måter å organisere legevakt på blir videreført utover i 2022.

Både primær- og spesialisthelsetjenesten er godt i gang med implementering av den nye spesialistutdanningen for leger. En del læringsaktiviteter, særlig kurs og andre samlinger, ble påvirket av pandemien. Det ble nedlagt en stor innsats i å digitalisere kurs, slik at mest mulig kunne gjennomføres til tross for pandemien. Helsedirektoratet har nylig ferdigstilt forlag til en ny spesialistutdanning også for tannleger. Samarbeidet mellom helsetjenesten og universitets- og høyskolesektoren har også vært påvirket av pandemien. Helsedirektoratet har deltatt sammen med representanter for KS, RHF og UH-sektoren i en "knutepunktgruppe" nedsatt av KD, for å legge til rette for at helseutdanningene skal kunne gjennomføres mest mulig normalt gjennom pandemien.

Vurdering kompetanse



Kompetanseområdet vurderes til å ligge mot rødt på grunn av utfordringene med å rekruttere sykepleiere og særlig spesial-sykepleiere (eks intensivsykepleiere), samt problemstillingene rundt fastlegeordningen.

Måloppnåelse 2021:

Det er levert på begge oppdragene Helsedirektoratet har under kompetansefanen i NHSP. I arbeidet med å utvikle system for monitorering av tilgang på og behov for sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten er det gjort mye arbeid, og det vil komme konkrete leveranser i form av analyser og statistikk basert på systemet i utgangen av 2021. Behovet for avansert klinisk breddekompetanser for sykepleiere i spesialisthelsetjenesten er utredet og ligger nå i HOD til vurdering.

En rekke tiltak innenfor K2025, som er beskrevet ovenfor, bidrar også til måloppnåelse innenfor Nasjonal helse- og sykehusplan. I tillegg er det igangsatt flere tiltak gjennom oppfølging av plan for allmennlegetjenesten. Blant tiltakene i 2021 er tilskuddsordningen til ALIS-avtaler forbedret, og målet er at ordningen skal gjøres nasjonal slik at den favner ALIS i alle kommuner. De fem ALIS-kontorene er styrket, slik at de kan bistå kommuner.

Som beskrevet ovenfor, har en del av kompetansetiltakene i spesialisthelsetjenesten blitt forsinket av pandemien. På den annen side har det vært stort fokus på kompetanse så vel som kapasitet innen intensivmedisin. Innreiserestriksjonene synliggjorde sårbarheten ved å være avhengig av utenlandsk helsepersonell med spesialisert kompetanse.

Risiko: Helse- og omsorgstjenestene har utfordringer med å rekruttere kompetanse og tilstrekkelig med personell på en del områder for årene fremover. Utdanningskapasiteten bør økes for noen helsefaglige utdanninger, men, det er ikke realistisk og bærekraftig å fokusere ensidig på økning av utdanningskapasiteten. Helseforetak og kommuner bør i større grad se regionens personell- og kompetanseressurser under ett, og finne nye måter å samarbeide på.

Andelen pleiepersonell uten helse- og sosialfaglig kompetanse er fortsatt for høy innen omsorgstjenesten, og mange kommuner har utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere. Andelen helsefagarbeidere over 55 år er også høy, og etterveksten dekker ikke opp for avgangen. Dette er bekymringsfullt sett i sammenheng med at pasientene i gjennomsnitt har kort liggetid i spesialisthelsetjenesten og blir raskt tilbakeført til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Oppdraget om monitorering av tilgang på og behov for sykepleiere, spesifiserer at noen sykepleierkategorier skal gis oppmerksomhet ved oppstart. Det vil imidlertid bli nødvendig med en mer gradvis inkludering av sykepleiere med enkelte videreutdanninger, grunnet behovet for å forbedre datatilgangen.

Risiko i det videre arbeidet med avansert klinisk sykepleierkompetanse i sykehus vil avhenge av hvilke beslutninger som fattes på grunnlag av utredningen direktoratet har levert.

Videre fremgang og anbefaling:

Helsedirektoratet har høsten 2021 spilt inn til et anmodningsvedtak om en plan for å sikre flere sykepleiere, vernepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere i årene fremover. Sykepleiere og helsefagarbeidere er de helsepersonell-

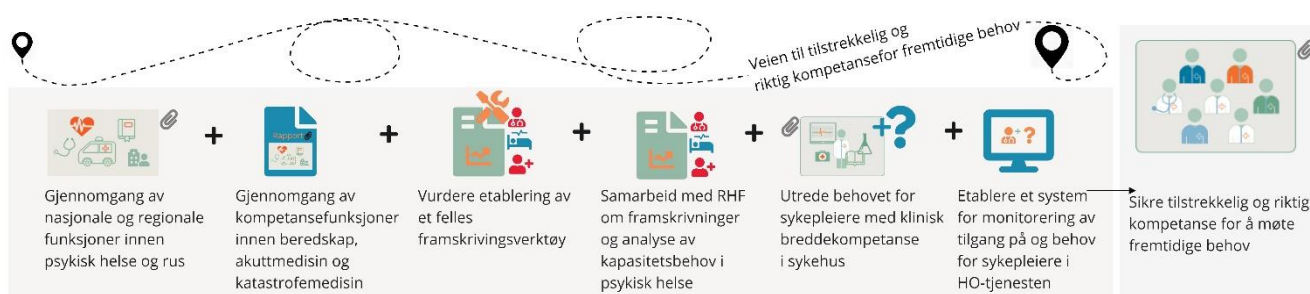
gruppene det er størst mangel på, og direktoratet spilte inn desentraliserte utdanningsmodeller, kvalifisering av helsefagarbeidere (fagbrev i jobb), beholde kompetanse lenger, heltidskultur og god personellplanlegging som viktige tiltak.

Det vil trolig ikke være realistisk å dekke etterspørselen etter disse gruppene fullt ut ved å øke utdanningskapasiteten i årene fremover. Et annet eksempel på et strategisk tiltak kan være å benytte andre helsepersonellgrupper i større grad enn i dag. Noen av målsetningene i Samhandlingsreformen/Primærhelsemeldingen var mer satsing på forebyggende og helsefremmende tiltak, tidlig intervensjon og rehabilitering. Personellgrupper som kan bidra på disse områdene er bl.a. fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer og kliniske ernæringsfysiologer og farmasøyter samt aktivtørere og logopedier. I tillegg til større personellinnsats i rehabiliteringstjenester bør det vurderes økt satsing på å styrke og utvide tilbudene i frisklivssentraler og andre lærings- og mestringstilbud både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

I arbeidet med monitorering av tilgang på og behov for sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten vil det være behov for ytterligere konkretisering, videreutvikling og justeringer videre i NHSP-perioden.

Kompetanseløft 2025 skal utrede etablering av praksiskontor i kommunene, med innspill fra utdanningssektoren, KS og RHFene med oppstart høsten 2021. Dette bør sees i

sammenheng med helsefelleskapene. Dette må også knyttes opp til nasjonal utbredelse av ALIS-kontorene som blir en viktig videre satsing under oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Oppfølging av fastlegesituasjonen må ha høy oppmerksomhet også kommende år og knyttes sterkere mot helsefelleskapenes arbeid med kompetansedeling.





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 2021?

Digitale tjenester:

Det gjøres ingen endringer i definisjoner eller STG-er for digitale tjenester for 2022. Med bakgrunn i tilbakemeldinger fra RHFene

foreligger det ikke konkrete store behov for utvikling av systemene nå.

STG-er for digitale tjenester er ikke kostnadsberegnet og har hatt en skjønsmessig fastsatt vekt de første årene. Dette med unntak av nettbaserte tjenester i PHV/TSB som er basert på en kostnadsberegning av eMeistring. Selv om vi ikke gjennomarbeidede kostnadsberegninger for disse tjenestene har vi allikevel funnet at vi kan justere vektene opp noe for enkelte STG-er for 2022.

For videreutvikling av finansieringsløsningen for digitale tjenester jobbes det videre med bakgrunn i generelle føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020): "I videreutviklingen av innsatsstyrt finansiering bør det være innholdet i tjenestene som tilbys som avgjør finansieringen, ikke hvem som gir behandling, hvor behandlingen gis eller hvordan behandlingen gis. Dette vil legge til rette for innføring av nye arbeidsformer og økt bruk av teknologi i tjenesten").

Som oppfølging av NHSP kan nevnes to utredningsoppdrag som kan få betydning for videre utvikling av ISF og digitale tjenester

- Digi hjem "flytte tjenester hjem" (arbeidet ledes av Helsedirektoratet)
- Utredningsoppdrag som de regionale helseforetakene holder i sammen med Helsedirektoratet, knyttet til definisjoner og måltall for digital hjemmeoppfølging (arbeidet ledes av Helse Nord). Endelig anbefaling leveres 15/10.

Disse utredningsarbeidene kan føre til endringer i vår begrepsbruk og i utformingen av STG-ene. Eventuelle endringer vil vurderes for 2023.

Ambulante tjenester:

Etter dialog med de regionale helseforetakene er det et ønske å øke det ambulante tillegget noe. Dette kan også ses i sammenheng med at det er et ønske om å øke vektene noe på enkelte digitale tjenester. Samlet sett kan dette bidra til å understøtte samhandling og digitalisering ytterligere, samt å kunne tilby helsetjenester der pasienten bor.

Samarbeidsaktiviteter:

Fra 2022 vil samarbeidsaktiviteter med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten inkluderes i beregningsgrunnlaget for ISF også for inneliggende pasienter som er meldt utskrivningsklare.

Palliative tjenester:

Her tydeliggjøres reglene, spesielt knyttet til barnepalliasjon.

Fødselsomsorg:

Det opprettes to nye DRGer for å ta høyde for de mer ressurskrevende fødslene (svangerskapsforgiftning).

Kommunikasjon om finansieringsordningene og mulighetsrommet som ligger her er også en viktig del av arbeidet for å nå målene i NHSP.

Kvalitetsbasert finansiering (KBF) blir resultatbasert finansiering.

Ordningen med kvalitetsbasert finansiering planlegges endret til resultatbasert finansiering fra 2022 for å nå mål i NHSP. I praksis endres ordningen fra 38 kvalitetsmål til 7 resultatmål.

De nye målene er:

1. Andel video og telefonkonsultasjoner
2. Samarbeidsmøter
3. Teambaserte tjenester (som f.eks. ACT og FACT- team)
4. Digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering
5. Gjennomført nettbasert behandlingsprogram
6. Epikriser innen 1 dag
7. Andelen schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan (PHV)

Vurdering av finansiering



Måloppnåelse 2021:

I 2021 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. Det samarbeides med RHFene om å nå målsetningene i NHSP og finansieringsordningene oppdateres årlig.

Risiko:

Gråsonene der ansvaret ligger mellom kommune og spesialisthelsetjeneste er det mest utfordrende på finansieringsområdet. Det er viktig å legge inn gode incentiver som understøtter god samhandling og pasientbehandling mellom nivåene. Det er ikke mulig å bygge finansieringsordninger på et ikke-eksisterende juridisk nivå. Ansvaret for pasientene og dermed finansieringen må knyttes til et nivå.

Tiltak som innebærer at finansieringen skal endres, f.eks. fra ett nivå til et annet (fra spesialist til kommune eller omvendt) krever midler fra poster i statsbudsjettet og det kan være krevende både med hensyn til å utvikle systemer (det er store utviklingskostnader) som ivaretar god rapportering og riktig finansiering av tjenestene samlet sett. Det vil f.eks. mellom spesialist og kommune være ulik fordeling av aktivitetsbasert finansiering og rammefinansiering.

Videre fremgang og anbefaling:

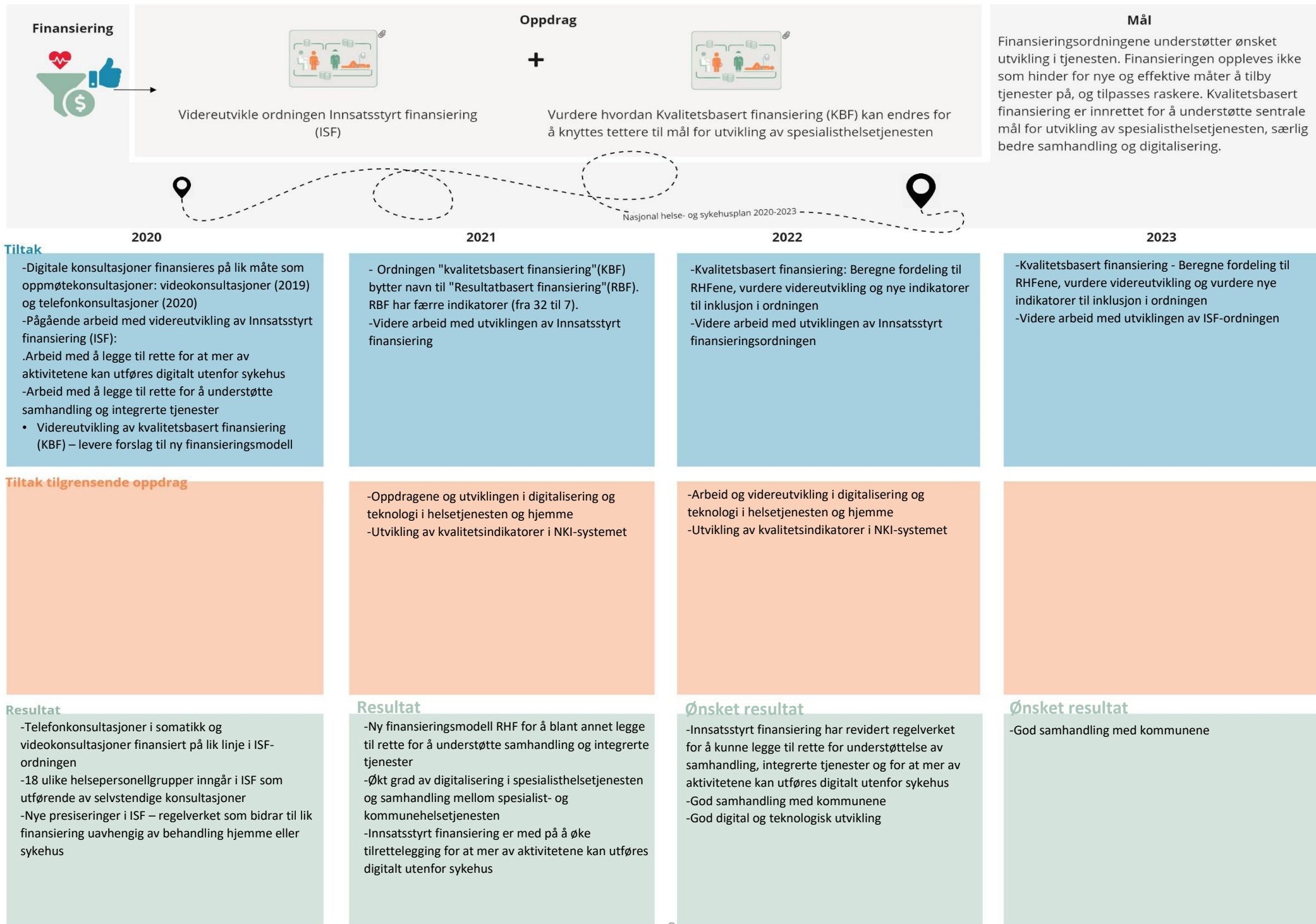
Arbeidet med utvikling av ISF-systemet fortsetter.

Ordningen "kvalitetsbasert finansiering"(KBF) bytter navn til "Resultatbasert finansiering"(RBF). Resultatbasert finansiering skal bidra til positiv fremgang i henhold til

målene på samhandling og digitalisering som skissert i Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er valgt ut de indikatorene som er mest robuste (som det finnes best data på), blant annet er en av indikatorene andel video- og telefonkonsultasjoner for å få flere digitale polikliniske tjenester (det er angitt et mål på 15%). Målet er at økonomisk incentiv gjennom RBF skal bidra til å øke denne andelen i tjenesten.

Så lenge rammen i ordningen videreføres så vil resultatbasert finansiering gi sterkere incentiver enn kvalitetsbasert finansiering fordi det nå er færre indikatorer (fra 32 til 7 indikatorer, se indikatorer på forrige side).

Det er videre behov for målrettede tiltak både gjennom finansieringsordningen og andre virkemidler for å øke samhandling og det kan være aktuelt å se på tiltak rettet mot de fire prioriterte pasientgruppene for helsefellesskapene.

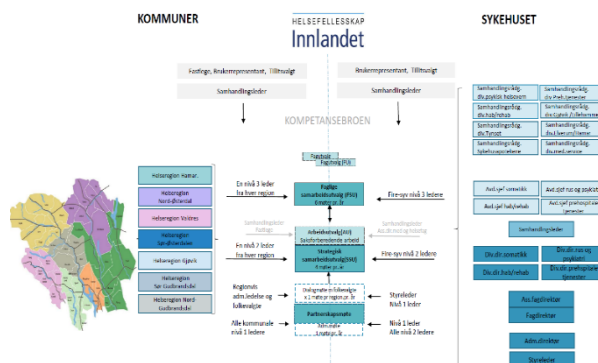


Vedlegg 1: Status for de 19 Helsefellesskapene

Helse Sør-Øst

Helsefellesskap Innlandet

- Dialogmøter med folkevalgte ble avholdt 5,6,7 og 12 mai 2021
- Konstituerende møte for det administrative partnerskapsmøte planlegges 27/08/21
- Strategisk samarbeidsutvalg konstitueres i nov 2021
- Faglige samarbeidsutvalg konstitueres desember-21/januar-22.
- Felles sekretariatsfunksjon ev annen organisering for å samordne på kommunal side: Kommunene i Innlandet v/ Ringsaker kommune lyser ut en 100% ressurs over sommerferien.



Helsefellesskap Vest Viken

- Første partnerskapsmøte avholdt 26/03/21
- Strategisk samarbeidsutvalg etablert fra årsskiftet 2020/2021, erstatter tidligere overordnet samarbeidsutvalg. Fem lokale samarbeidsutvalg (LSU)
- Faglige samarbeidsutvalg etablert for barn og unge
- Felles sekretariatsfunksjon ev annen organisering for å samordne på kommunal side: Representasjon består av leder av kommunehelsesamarbeidet og koordinator for kommunehelsesamarbeidet.



Helsefellesskap Østfold

- Første partnerskapsmøte avholdt 7.3.2021
- Strategisk samarbeidsutvalg er i full drift med fire årlige møter
- Faglige samarbeidsutvalg er i full drift med seks årlige møter
- Felles sekretariatsfunksjon for å samordne på kommunal side: Samhandlingssjef for kommunene 50 % stilling

Helsefellesskap for opptaksområdet til sykehuset Vestfold HF

- Første partnerskapsmøte høsten 2021
- Strategisk samarbeidsutvalg tar utgangspunkt i SU, med justeringer
- Faglige samarbeidsutvalg: 1) Psykisk helse / barn og unge , 2) Skrøpelige eldre / kroniske lidelser, 3) Akuttmedisinsk kjede, 4) Kvalitet og tjenesteutvikling (1-2 etablert, 3-4 etableres)
- Felles sekretariatsfunksjon: To fra kommunene + to fra HF

Helsefellesskapet i Telemark

- Partnerskapsmøtet: Første partnerskapsmøte ble avholdt 22.01.21.
- Strategisk samarbeidsutvalg: Helsefellesskapet i Telemark har to (regionvise) strategiske samarbeidsutvalg som begge har hatt to møter.
- Faglige samarbeidsutvalg: Følgende faglige samarbeidsutvalg er etablert:
 - Faglig samarbeidsutvalg for personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
 - Faglig samarbeidsutvalg for skrøpelige eldre
 - Faglig samarbeidsutvalg for barn og unge
 - Faglig samarbeidsutvalg for tjenesteutvikling og kvalitet

Faglig samarbeidsutvalg for personer med flere kroniske lidelser er planlagt etablert høsten 2021.

- Sekretariatsfunksjon: Kommuner og sykehus samarbeider om sekretariatsfunksjonen gjennom samhandlingsstrukturer som var etablert før etableringen av helsefellesskapet.



Helsefellesskap Agder

Første partnerskapsmøte avholdt: januar 2020

- Organisering og møtestruktur lagt (OSS og RS møter)
- Ett årlig samarbeidsmøte med OSO (UIA, kommunene og sykehuset)
- Helsepolitisk toppmøte- Årlig helsekonferanse
- Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS) og Regionale samarbeidsutvalg (RS)
- Ledes av partnerne, to års syklus. Sørlandet sykehus leder OSS ut 2021
- Egen strategi og handlingsdel

Faglige samarbeidsutvalg = Samhandlingsråd.

Felles overordnet mandat, årlig hovedbestilling /oppdrag, årlig digital selvevaluering og rapportering

Samhandlingsrådene:

- Somatisk rehabilitering
- Psykisk helse og rus
- IKT Forum
- Medisinsk samhandlingsråd
- Akuttmedisinsk kjede
- Analyse og styringsdata

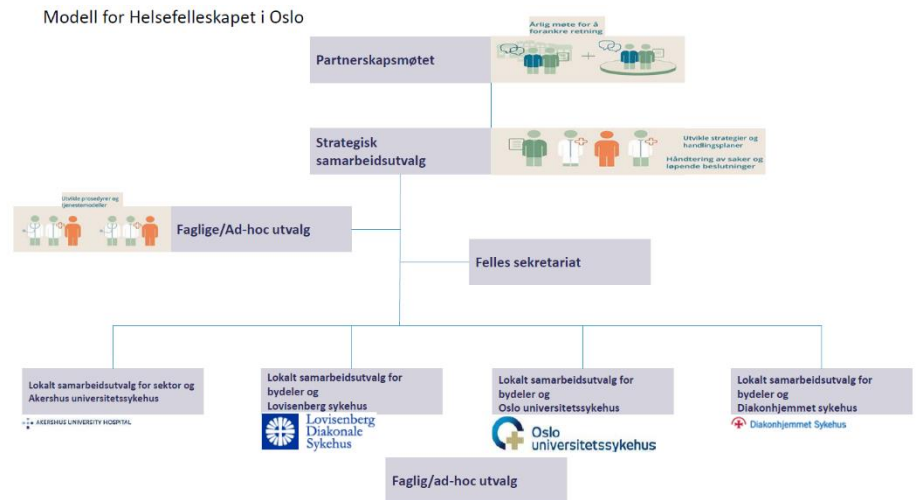
Felles sekretariatsfunksjon:

KOSS, kommunenes overordnede samarbeidsorgan, ledes av rådmann Harald Danielsen, Arendal kommune. Sekretariatsfunksjon delt mellom Arendal og Kristiansand kommune – 50% stilling. Eget kommunalt arbeidsutvalg (AU/KOSS) med representasjon fra alle kommuneregionene AU-OSS, arbeidsutvalget til OSS inkludert et mindre koordinerende sekretariat i dette.



Helsefellesskap Oslo

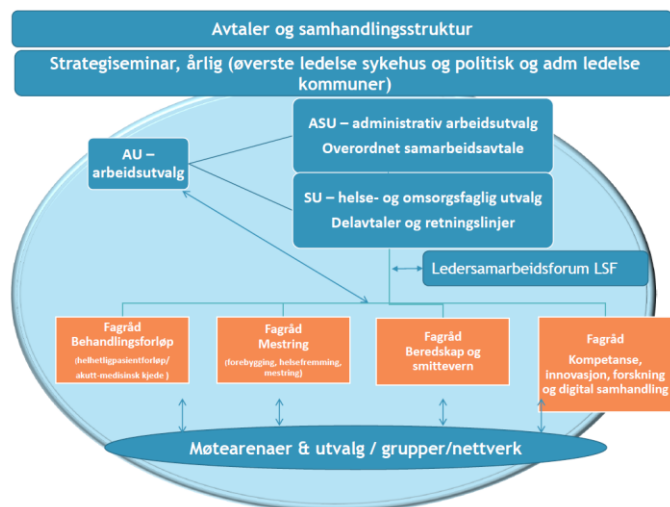
- Første partnerskapsmøte avholdes august/ september 2021
- Strategisk samarbeidsutvalg: august/ september 2021
- Faglige samarbeidsutvalg: Lokale SU i alle fire sykehussektorene og derunder faglige utvalg, somatikk, psykisk helse og barn og unge (byovergripende)



- Felles sekretariatsfunksjon: Helseetaten har ansvar for sekretariatsfunksjonen for partnerskapsnivå og strategisk samarbeidsutvalg skal ansette spesialkonsulent 100 prosent

Helsefellesskap Ahus og Kongsvinger, Gardermoen, Nedre Romerike og Follo regionen

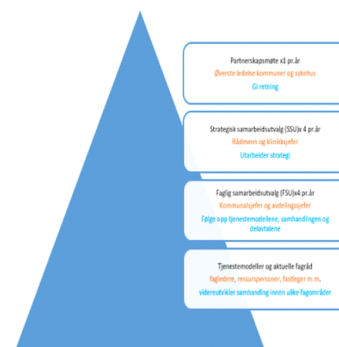
- Første partnerskapsmøte planlagt 21.10.21 (har avholdt strategiseminar siden 2017)
- Strategisk samarbeidsutvalg: Fungerende utvalg på alle nivå
- Faglige samarbeidsutvalg: revisjon av fagforum (9 stk), etablert fire fagråd fra 2020
- Felles sekretariatsfunksjon: alle fire regioner har regional samhandlingskoordinatorstilling. Regionene er store (tre av regionene har over 100 000 innbyggere)



Helse Vest:

Helsefellesskap Sør-Rogaland

- Første partnerskapsmøte avholdt 26.03.21
- Strategisk samarbeidsutvalg etablert 2020
- Faglige samarbeidsutvalg etablert 2020
- Tjenestemodellgrupper for de fire prioriterte gruppene under etablering
- Felles sekretariatsfunksjon etablert 2020



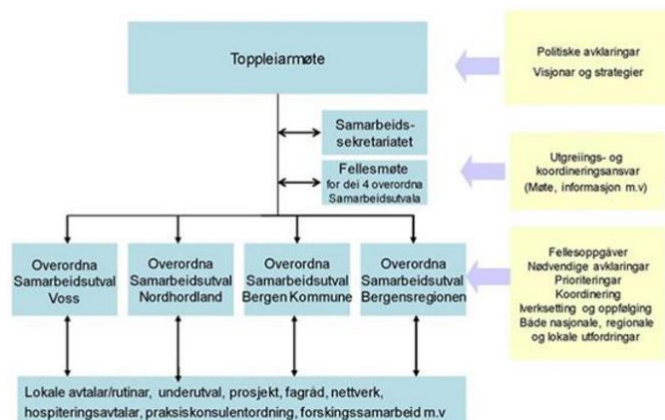
Helsefellesskap mellom kommunene og Helse Førde HF

- Partnerskapsmøte: Ordførarar og kommunedirektørar frå kommunane og styret i HF. Første Partnerskapsmøtet: 15 September 2021
- Strategisk samarbeidsorgan: Samansett av strategisk overordna leing i kommunane og HF. Felles strategisk planlegging og formell slutningsmynde i konkrete samhandlingssaker.
- Fagleg samarbeidsutval: Samansett av fagleg leing i kommunane og HF. Utarbeide konkrete prosedyrar og tenestemodellar basert på føringar frå strategisk samarbeidsutval



Helsefellesskap Helse Bergen

- Etablering av helsefellesskap vil slik planen nå er, bli formelt etablert under Toppleiarmøtet i januar 2022



Helsefellesskap Helse Fonna

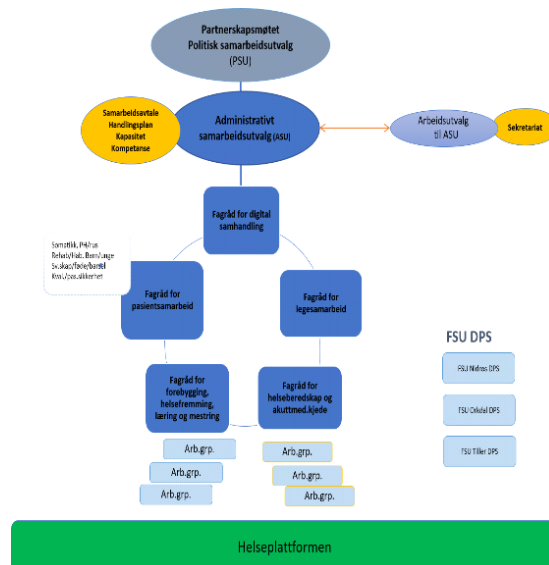
- Formell etablering av helsefellesskap (struktur og mandat) vedtatt 14.04.21 i Toppleiderforum
- Overordnet samarbeidsavtale er revidert og godkjent i møte med strategisk samarbeidsutvalg 07.10.21
- Toppleiderforum erstattet av Partnerskapsmøte – arrangeres en gang årlig
- Felles strategi og felles utvikling av tjenester
- Fem faglige samarbeidsutvalg under etablering: barn og unge, skrøpelige eldre, personer med flere kroniske lidelser, psykisk helse og rus og helseberedskap (mal for mandat godkjent i SSU 07.10.21)
- Interkommunal samhandlingskoordinator ansatt august 2020
- Det skal være brukermedvirkning på alle nivå i helsefellesskapet, og det arbeides med en god løsning på fastlegerepresentasjon i helsefellesskapet.

Helsefellesskapet i Helse Fonna



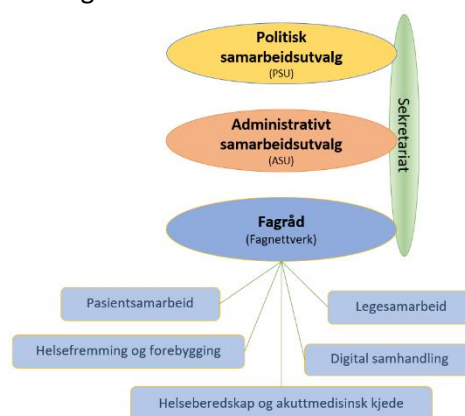
Helsefellesskap St.Olavs hospital HF og kommunene i opptaksområde

- Første partnerskapsmøte = Politisk samarbeidsutvalg (PSU), avholdes høsten 2021. Reviderte (nye avtaler) vedtatt i Styremøte ved St.Olavs hospital 18.12.20, fortløpende i By- og Kommunestyre vinteren 2021 – virkning 1/3
- Strategisk samarbeidsutvalg: = Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU) Sammensetning vedtatt 11.02.21. Møter 11.02.21, 17.03.21, 22.04.21, 12.06.21
- Fagråd (faglige samarbeidsutvalg) for:
 - pasientsamarbeid
 - legesamarbeid *
 - forebygging, helsefremming, læring og mestring
 - helseberedskap og akuttmedisinsk kjede
 - digital samhandling
- Felles sekretariatsfunksjon: 100% stilling som samhandlingsleder for 22 stk. kommuner er i felles sekretariat med St. Olavs hospital (koordinatorer i kommuneregion kan «trekkes inn» for saksforberedelser). 6 stk. representanter fra hver, i alle råd og utvalg - 5 stk. kommuneregioner + Trondheim kommune



Helsefellesskap Nord- Trøndelag

- Første partnerskapsmøte: Politisk samarbeidsutvalg (PSU) etablert 18.10.2012
- Strategisk samarbeidsutvalg: Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) reetablert 22.03.2012
- Faglige samarbeidsutvalg - 5 fagråd (reetablert 2021)
- 1.Pasientsamarbeid, 2.Digital samhandling, 3. Helsefremming og forebygging, 4. Akuttmedisinsk kjede og helseberedskap, 5. Legesamarbeid
- Felles sekretariatsfunksjon: Samhandlings-koordinator for kommunene og samhandlingsseksjonen i helseforetaket. Felles arbeidsutvalg for ASU og PSU (sekretariat + leder i ASU og PSU + kommuneoverlege)



Helsefellesskap Møre og Romsdal

- Partnerskapsmøte: fjerde kvartal 2021
- Strategisk samarbeidsutvalg: tredje kvartal 2021
- Felles samarbeidssekretariat etablert mellom HMR og kommuner
- Etablerte faglige samarbeidsutvalg:
 - Barn og unge, Multisyrke, stormottaker og palliasjon, Akuttmedisinsk kjede, Rehabilitering, Behandlersamarbeid
- Etableres tidlig tredje kvartal 2021: Psykisk helse og rus, Habilitering (voksne), Svangerskap, fødsel og barselomsorg, Beredskap, Kunnskap, forskning, utdanning, IKT og Helsefremming og forebygging

Helsefellesskap Møre og Romsdal

Saman om heilskap og berekraft i helsetenestene

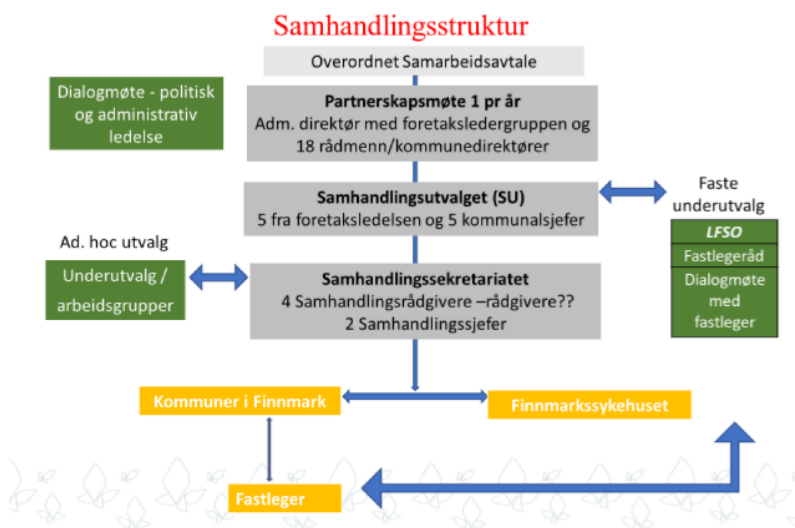


Helsefellesskap Troms og Ofoten

- Første partnerskapsmøte avholdt 22. april 2021.
- Strategisk samarbeidsutvalg: Første møte avholdt 3. juni 2021. Planlagt fire møter høsten 2021.
- Faglige samarbeidsutvalg: Fastlegerådet, FSU Akuttmedisin, FSU Barn og unge, FSU Psykisk helse og rus, FSU Rekruttering.
- Sekretariatsfunksjon kommunal side: Skal til andregangs behandling i kommunene høsten 2021.

Helsefellesskapet Lofoten, Vesterålen og Salten

- Første partnerskapsmøte planlagt 23. september 2021
- Strategisk samarbeidsutvalg: Oppnevnes 23. september 2021. Inntil da fungerer dagens medlemmer i overordnet samarbeidsutvalg.
- Faglige samarbeidsutvalg: Foreløpig ikke etablert. Oppgaver overføres til Samhandlingssekretariatet inntil videre. Bør etableres ut fra hva SSU beslutter som videre pasientforløpsarbeid, og/eller om pågående forløpsarbeid som er i tråd med NSHP
- Felles sekretariatsfunksjon ev annen organisering for å samordne på kommunal side: Kommunal samhandlingsressurs er ikke på plass foreløpig. Ulike syn i kommunene på hvordan denne bør organiseres.



Helsefellesskap Helgeland

- Første partnerskapsmøte er planlagt 22.9.21
- Forslag til sammensetning i strategisk samarbeidsutvalg vil være klart til partnerskapsmøtet (8+8+2)
- Helgeland videreutvikler allerede faste- og adhoc utvalg på faglig nivå



Felles sekretariatsfunksjon vil søkes på i etterkant av partnerskapsmøtet

Helsefellesskap Finnmark

Første partnerskapsmøte planlegges jan/feb 2022

- Strategisk samarbeidsutvalg: Ikke etablert
- Faglige samarbeidsutvalg: Ikke etablert
- Felles sekretariatsfunksjon: Ikke på plass

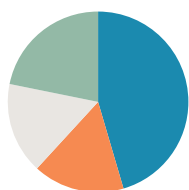
Vedlegg 2: Nettverksmøte for helsefellesskap - Questback

I etterkant av nettverksmøtet som ble holdt 17. juni 2021 ble det sendt ut en questback. I tillegg til tilbakemeldinger på første møtegjenomføring og ønske om møtehyppighet, ble det foreslått temaer i kommende møter. Forslagene omhandlet erfaringsutveksling blant annet relatert til suksesshistorier, bruker- og pårørendeinvolvering, felles planlegging og organisering. Andre ønskede temaer var arbeidsmetoder, hvordan man kan sikre at helsefellesskapet er relevant og engasjerende for toppledelsen i kommunen og helseforetaket, tips til partnerskapsmøtet og hvordan skape beslutningsnivå som tar strategiske valg og sørger for forpliktende styring. Det kom et par forslag om temaer som dreier seg om roller i helsefellesskapet

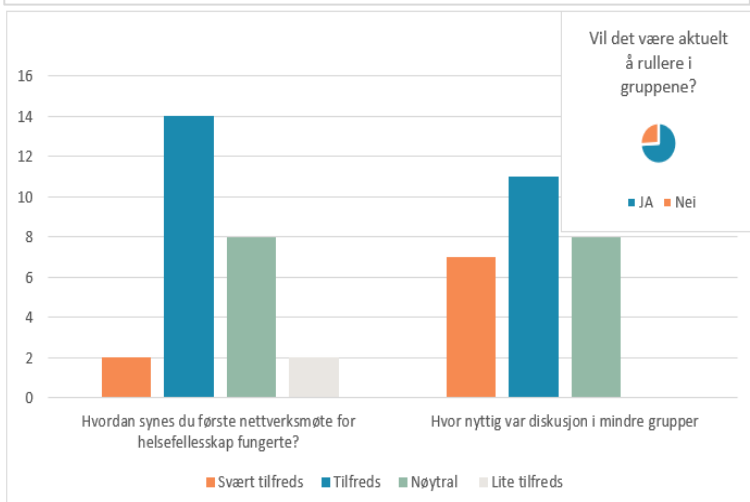
deriblant sekretariatsfunksjon og representasjon i de ulike nivåene, finansiering, prioriterte pasientgruppene og et par forslag relatert til oppdrag under NHSP. Når det gjelder nettverkets nytte i arbeid med de prioriterte pasientgruppene blir det flere ganger nevnt viktigheten med erfaringsutveksling knyttet til bruk av styringsinformasjon, felles planlegging, eksempler på sammensetning og mandat for de ulike faglige samarbeidsutvalgene som arbeider ut ifra de prioriterte pasientgruppene og at det ikke blir dominert av sykehussektoren. Videre nevnes det ønsket om råd og tips til tiltak, arbeidsmetoder, brukerinvolvering og hvordan en kan unngå fallgruver, samt motta oppdateringer om nasjonale styringssignaler og å kunne drøfte strategisk og praktisk betydning av disse. Finansiering, økonomisk fellesskap og å identifisere forløpsarbeid som stopper opp grunnet finansieringsordninger som kan

komme til hinder for videre implementering. Det var også et ønske om å løfte frem eventuelle fallgruver og forsøk som kanskje ikke gikk slik det skulle da lokale forskjeller kan føre til forskjellige resultater.

Hva er viktigst ved et nettverk?



- Diskutere og dele erfaringer
- Få informasjon
- Få presentasjoner fra andre helsefellesskaps arbeid
- Knytte kontakter



Er helsefellesskapet du representerer i en fase i arbeidet hvor erfaringsutveksling er nyttig?

- Ja, vi er godt etablert og har nytte av erfaringsdeling
- Ja, vi er ikke ordentlig i gang, men trenger å høre andres erfaringer
- Nei, vi er godt etablert og vurderer at vi ikke har behov for erfaringsutveksling
- Nei, vi er ikke ordentlig etablert



28 respondenter

Vedlegg 3: Utdrag fra rapportering og årsmelding fra RHF og HF 2020

Helseforetakene rapporter at det har vært arbeidet målrettet med etablering av helsefellesskap i tråd med NHSP 2020-2023. Både nye og tidligere etablerte samhandlingsstrukturer fikk et løft og ble styrket med hjelp av koronapandemien. Samhandlingen er opplevd positiv og styrket, og gitt økt tillitt mellom ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Videre rapporteres det at det har vært en økning i digital samhandling både med kommuner, og internt i helseforetakene.

For å styrke helsepersonells kompetanse i samisk språk og kultur har Sami Klinihkka utviklet et e-læringsprogram som vil bli gjort obligatorisk for Finnmarks-sykehuset helseforetaks ansatte. Tilbud om samisk tolketjeneste er utvidet til tilbud i hele Helse Nord og det er inngått samarbeidsavtale med flere kommuner i samisk forvaltningsområde. Sami Klinihkka vil sikre at dette følges opp i helsefellesskapet.

Teknologi:



De fleste helseforetakene rapporterer på bruk av teknologi og at man på grunn av koronapandemien ser en økt bruk av dette blant annet i form av digital hjemmeoppfølging. Eksempelvis rapporterer St. Olavs Hospital om 39 000 videokonsultasjoner i 2020 mot 136 konsultasjoner i samme tidsrom 2019. I Agder er det også økt bruk av e-

konsultasjoner og det arbeides videre med å identifisere hvilke pasientgrupper det vil være mest hensiktsmessig å benytte digital hjemmeoppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Ved digital hjemmeoppfølging nevnes både økt bruk av video- og telefonkonsultasjoner.

Oversikten fra Helse-Sør øst viser andel og antall telefon og videokonsultasjoner i 2020 (01.01.20-01.01.2021) hentet fra [Microsoft Power BI](#)

Tabell 1a - Antall og andel telefonkonsultasjoner

Helseforetak	Tlf konsultasjoner med egenandel	Antall konsultasjoner totalt	Andel tlf konsultasjoner m egenandel
Akershus universitetssykehus	79 460	692 636	11,5 %
Betanien Hospital Skien	74	27 972	0,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	13 492	146 460	9,2 %
Lovisenberg Sykehus	27 958	200 323	14,0 %
Martina Hansen Hospital	1 949	29 258	6,7 %
Oslo universitetssykehus	107 542	1 029 940	10,4 %
Rvmtismesykehuset Lillehammer	1 571	11 764	13,4 %
Sunnaas Sykehus	30	7 468	0,4 %
Sykehuset i Vestfold	55 862	433 984	12,9 %
Sykehuset Innlandet	74 402	488 739	15,2 %
Sykehuset Telemark	33 883	273 698	12,4 %
Sykehuset Østfold	61 712	456 732	13,5 %
Sørlandet sykehus	55 227	481 285	11,5 %
Vestre Viken	80 607	685 192	11,8 %
Totalt	593 769	4 965 451	12,0 %

Tabell 2a - Antall og andel videokonsultasjoner

Helseforetak	Antall videokonsultasjoner	Antall konsultasjoner totalt	Andel videokonsultasjoner
Sunnaas Sykehus	1 679	7 468	22,5 %
Diakonhjemmet Sykehus	5 613	146 412	3,8 %
Sørlandet sykehus	11 402	480 993	2,4 %
Lovisenberg Sykehus	4 444	200 302	2,2 %
Sykehuset i Vestfold	8 939	433 639	2,1 %
Vestre Viken	13 125	684 816	1,9 %
Sykehuset Innlandet	7 499	488 347	1,5 %
Oslo universitetssykehus	10 070	1 029 048	1,0 %
Akershus universitetssykehus	5 658	692 178	0,8 %
Sykehuset Østfold	3 468	456 341	0,8 %
Rvmtismesykehuset Lillehammer	77	11 764	0,7 %
Sykehuset Telemark	1 523	273 549	0,6 %
Martina Hansen Hospital	112	29 258	0,4 %
Betanien Hospital Skien	0	27 941	0,0 %
Totalt	73 609	4 962 056	1,5 %

I spesialisthelsetjenestens rapport om samfunnsansvar²⁸ kommer det frem at møter og konferanser som har blitt gjort digitale har ført til ansattreiser med bil er redusert med 33% og med fly 71%. Alle helseforetakene arbeider med å tilby helsehjelp på nye, digitale måter. Satsningen Forbedringsprogrammet ved St. Olavs hospital ser blant annet på utvikling av metoder for avstandsbehandling som et sentralt prosjekt med mål om å gi bedre og mer kostnadseffektive helse-tjenester. De ser at det i dag gjennomføres en rekke polikliniske konsultasjoner på sykehuset som kunne vært gjennomført via digitale løsninger, telefon, video etc. med vel så god kvalitet og tilgjengelighet, og med dette ha

²⁸ [Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2019.pdf \(helse-stavanger.no\)](#)

styrket og økt sin bruk av video- og telefonkonsultasjoner.

Mange pasienter ved UNN Harstad har lang reisevei, og sykehuset tilbyr nå sårstell via videokonferanse som gjør det enklere for pasienter med store eller kroniske sår. Ved hjelp av programmet Whereby kan man veiledes hvordan sårene skal stelles for å sikre at de gror godt. Man kan også gi opplæring både til pasienten selv, eventuelle pårørende som hjelper til eller hjemmetjeneste og sykehjem. Man unngår samtidig forflytning via ambulanse, og eventuelle forverringer eller nye sår når de skal inn til undersøkelse.

Vedlegg 4: Rapportering fra Statsforvalterne

Rapporteringer fra statsforvalterne på status for etablering av helsefellesskap, hindre i samarbeidet og statsforvalterens rolle

Det rapporteres generelt om god fremgang i etablering av helsefellesskap og at samarbeidene fungerer godt. Arbeidet med helsefellesskap rapporteres å ha kommet kortest i Møre og Romsdal, Nordland og Troms og Finnmark. På grunn av Covid-19 og et opplevd behov for løpende avklaringer og felles situasjonsforståelse, har det vært hyppige møter mellom kommuner og sykehus hver andre uke og i perioder ukentlig. Det har ført til relasjonsbygging av stor betydning for videre samarbeid. Statsforvalterens opplevelse er at samarbeidet knyttet til Korona har fungert med svært få gnisninger." Helsefellesskap har også utarbeidet videre planer sammen, som i Agder hvor de har laget felles planer for utskrivelse av pasienter fra sykehus til kommuner ved en eventuell ny pandemi. Helsefellesskap har også utarbeidet videre planer sammen, som i Agder hvor de har laget felles planer for utskrivelse av pasienter fra sykehus til kommuner ved en eventuell ny pandemi.

Flere av statsforvalterne trekker frem viktigheten av sekretariatsfunksjonen. Et eksempel fra Vestland: "Alle kommunane (17) har gått saman og tilsett ein medarbeidar i interkommunal stilling som har sekretariatsfunksjon. Den største kommunen i opptaksområdet er vertskommune." Også fra Vestfold og Telemark trekkes positive erfaringer med sekretariatsfunksjonen frem: "Sekretariatet har også her bestått av samhandlingskoordinator og samhandlingssjef. Disse fortsetter videre inn i helsefellesskapet. Dette mener vi er noe av suksessfaktoren for at koordineringen har gått så fint, og at etableringene har kommet såpass langt."

Utfordringer:

En tidlig avdekket svakhet var at sykehusene ofte var bedre forberedt til møtene gjennom sine samhandlingsseksjoner/avdelinger.

- Politisk forankring i kommunene: Forståelse for arbeidet i helsefellesskap blant politiske beslutningstakere i kommunene vurderes som inngangsport til og forutsetning for et velfungerende helsesamarbeid i regionene og mellom regionene og sykehuset. Ett årlig møte i partnerskap der politisk og administrativ ledelse i kommuner og foretak møtes kan være lite, spesielt i etableringsfasen.
- Tidsmessig kapasitet til ledere/mellomledere slik at det blir tilrettelagt for endringsarbeid, herunder implementering.
- Ulike behov – tidsbruk for behandling av saker. Helseforetak som «en samlet» struktur har større evne til å avklare og behandle saker i egen organisasjon raskere enn kommunene har. Kommunene trenger mer tid for behandling av saker både i egen organisasjon og for å koordinere seg med flere kommuner. For at kommunene skal fremstå som likeverdig partner er det viktig at det i helsefellesskap legges til rette for tilstrekkelig tid i saksbehandlingen.
- Involvering av fastleger: Fra Innlandet er det estimert at det er behov for ca. 300 timer fastlegearbeid per år. Fastlegene er en allerede belastet ressurs, og flere kommuner i Innlandet har store rekrutteringsvansker. Samtidig er involvering av fastlegene et viktig element i helsefellesskapets arbeid.
- Tilstrekkelig sekretariatsfunksjon. Noen rapporterer også at det er en fordel at KS er med i sekretariatet, og at sekretariatet er med i alle nivåene i helsefellesskapet.
- Representasjon: Det rapporteres at det kan bli en utfordring hvis en kommune ikke føler seg representert. Likeverdigheten for alle kommuner kan underbygges ved at det sikres at den representerende kommunen ivaretar mandat for alle kommuner. Videre er god og tidsnær informasjonsflyt fra den representerende kommunen til de andre

kommuner avgjørende. Det er et positivt utgangspunkt for likeverdigheten at partene i samarbeidet er sammensatt likt når det gjelder antall personer.

- Geografisk nærhet og tidligere kjennskap: Geografisk nærhet og «personavhengige og relasjonelle faktor» kan påvirke samhandling, eksempelvis samhandling om utskrivningsklare pasienter. Kommuner som ligger nærmere sykehus har lettere for å sørge for avklaringer ved å møte behandlere fysisk. Samhandlingsmønstre fra tidligere videreføres. Personer som kjenner hverandre, har lettere for å snakke sammen.
- Samarbeidsavtalene: Det er i de overordnede samarbeidsavtalene for helsefelleskapene, som definerer ansvar, avklarer forventninger og forpliktelser, og tydeliggjør mandater at likeverdigheten kommer til syne. Presise og gode samarbeidsavtaler, som er blitt politisk behandlet i den enkelte kommune, mener vi er et av de aller viktigste tiltakene for å sikre likeverdighet mellom partene.
- Det er fordelaktig at møtearenaene allerede er justert i den aktuelle samarbeidsavtalen, både i henhold til struktur, representasjon og beslutningslinjer.
- Forankring i kommunens tjenester: viktig at prosedyrer og tjenestemodeller som utvikles i faglige samarbeidsutvalg blir tilstrekkelig forankret «bakover» i kommunene, spesielt siden kommunene i Innlandet er svært ulike i størrelse, organisering og behov.
- Pandemi håndtering: På kort sikt kan det også være en utfordring at pandemien og håndteringen av denne blir så krevende at kommunene som skal samarbeide i regioner ikke rekker å jobbe med formalisering av helsefelleskapet. Det kan være krevende for kommunene å formalisere et samarbeid der de skal avgi beslutningsmyndighet, når de samtidig er i en presset situasjon ift. pandemien.
- Økonomi: Det økonomiske aspektet trekkes frem fra statsforvaltere. De uttrykker behov for øremerkede midler til

å frigjøre personell til dette arbeidet, særlig når det kommer til de faglige utvalgene. For å sikre god forankring i alle kommuner, også de som ikke er representert i de faglige samarbeidsutvalgene, så er det behov for å samles, bygge opp kompetanse. Det tar tid å sikre implementering av nye retningslinjer og ny praksis. Det rapporteres om at det kan være utfordrende å rekruttere fastlege- og brukerrepresentanter til de ulike utvalgene, men særlig til de faglige samarbeidsutvalgene som må møtes relativt ofte, og som krever mye praktisk jobbing. Dette henger tett sammen med uklarheter omkring honoreringen.

Statsforvalternes rolle

Statsforvalternes involvering og rolle er varierende rundt i landet. I Trøndelag møter Statsforvalteren fast som observatør i begge ASU og i PSU i nord. I Agder har Fylkeslegen vært invitert inn i Regionale samhandlingsutvalg (underutvalg) nesten fra starten, og fast medlem i OSS / Helsefelleskapet siden ca. 2014. De angir at "alle parter har sett det som hensiktsmessig, vår posisjon og erfaringer fra møtene med tjenestene tatt i betraktning". I Møre og Romsdal er Statsforvalteren representert i faglig samarbeidsutvalg for beredskapsplaner. I tillegg deltar Statsforvalter etter omstrukturering ikke lenger i overordnet samarbeidsutvalg, men i utvidet partnerskapsmøte. Det sistnevnte har færre årlige møter, noe som angis å begrense muligheten til å observere hvordan samhandling fungerer i praksis og tilgangen til sakspapirer og møtereferater. De skriver "Informasjon som er offentlig er tilgjengelig for oss på helseforetakets hjemmeside eller oversendes på forespørsel. Mindre deltagelse begrenser våre muligheter til å formidle informasjon om satsingsområder og nasjonal politikk jf. oppdragsbrevet vårt. Dette medfører større behov for deltagelse på andre arenaer for å ivareta disse utviklingsoppgavene". Statsforvalteren i

Rogaland rapporterer at de i liten grad har involvert seg i arbeidet med etablering av helsefellesskap, men inntatt rollen som å følge med og bistår på etterspørsel.

Et embete rapporterer: "Dersom vi hadde observert at det ikke var god fremdrift, så ville vi antakelig vurdert en mer direkte intervensjon, og inntatt en mer aktiv rolle, men vi har sett at dette ikke har vært nødvendig. Dette er et ressurs spørsmål, men også et uttrykk for en tradisjon om ikke å være for tett på prosesser og områder som vi senere eventuelt skal føre tilsyn på."

Statsforvalterens rolle problematiseres også i rapporteringene. "Dersom Statsforvalteren skulle ha rolle som beslutningstaker framfor observatør kan det lett oppstå en konflikt mellom Statsforvalterens rolle i helsefellesskap og rollen som tilsynsmyndighet. Det er samme rollekonflikt som ble påpekt ifm. håndtering av pandemien, her samhandler rollen og tilsynsmyndighet på samme område. Når Statsforvalteren har rolle som observatør, kan det oppstå en annen utfordring. Informasjon som burde ha blitt tatt opp i et møte, blir evt. ikke delt i utvalget dersom Statsforvalteren deltar. Dette gjelder dersom deltaker ikke ønsker at tilsynsmyndighetene får den aktuelle informasjon. Dersom Statsforvalter sitter i et utvalg uten å ta stilling til innholdet og konsekvenser av en diskutert avgjørelse, kan dette misforstås av de øvrige medlemmer som «stilltiende godkjenning»."

Videre arbeid:

Det rapporteres at det fortsatt er utfordringer i samhandlingsfeltet, og til dels også at Helsefellesskap som institusjon og kanal for å løfte opp samhandlingsproblemer ikke er kjent i tjenestene. Samarbeidet på strategisk og ledernivå rapporteres flere steder å være godt, men det er fortsatt viktig å utvikle det praktiske samarbeidet på klinisk nivå. Helsefellesskapene skal utvikle tjenestene for de prioriterte gruppene. Flere av statsforvalterne nevner dette i sine rapporteringer. Trøndelag er sammen med KS i dialog med helsefellesskapene om å starte

med læringsnettverket «Gode pasientforløp». Dette er ennå ikke avgjort, men diskusjonen har aktualisert behovet for lignende tilnærminger for å realisere de gode pasientforløpene som helsefellesskapene skal føre til. Fra Telemark nevnes det at Akuttkjedeprosjektet som er blitt gjennomført i Telemark (i perioden 2016- 2020) har beredt grunnen for arbeidet de nå er i gang med, og erfaringene har vist seg å være nyttige når tjenester og forløp til ulike pasientgrupper skal utvikles. De angir at å se tjenestene til pasienten som et felles ansvar er noe man allerede har trent på, har utviklet en kultur for, og har positive erfaringer med.

Rapporteringen viser først og fremst arbeidet med etablering og det formelle, administrative arbeidet og understøtter at tjenesteutvikling i helsefellesskapene ikke er helt i gang. En skriver "Det er forståelig at det vil gå litt tid før alt er oppe og går, fordi man først må skaffe seg god oversikt over samhandlingsprosjekter som allerede pågår, for så å få dette til å passe inn i en ny struktur, og eventuelt avvikle pågående prosjekter. Det er mye som skal avklares, og vi vurderer at det kan være hensiktsmessig at helsefellesskapene bruker god tid i etableringen for å sikre nødvendig forankring, medvirkning, og riktig rekruttering til de ulike posisjonene."

Økonomi trekkes frem av flere. Det angis at det er viktig at sentrale myndigheter bevilger tilstrekkelig penger til nye strukturer, samt at det prioriteres nok personellressurser til å jobbe med dette både sentralt og i helseforetakene. "Det er viktig med videreføring av økonomisk støtte til sekretariatsfunksjonen for at kommunene tilknyttet helsefellesskapene kan ha mulighet til frigjøre tid til nødvendige arbeidsoppgaver tilknyttet samhandlingen. " Fra helsefellesskap via statsforvalterne ytres ønske om at Direktoratet ser på en mer fleksibel bruk av bevilgede økonomiske midler til sekretariatsfunksjonen. Fra statsforvalternivået vurderes det også fra enkelte av det burde avsettes økonomiske

midler til dem slik at det sammen med oppdraget (om å følge med på og understøtte etablering av helsefellesskapene) burde fulgt midler, både driftsmidler til intern bruk hos statsforvalterne, men også en liten tilskuddsordning som de kunne forvaltet, og distribuert videre til kommunene som skal jobbe med dette. F.eks. økonomisk støtte til samlinger, frikjøp av fastleger, etc. Det angis at statsforvalteren kunne ha bidratt sterkere inn i prosessen dersom de f.eks. hadde avsatt midler til å kunne arrangere konferanser der helsefellesskapene i området kunne møttes for å utveksle erfaringer, ha workshops, eller arrangere seminarer for de ulike faglige samarbeidsutvalgene i fylket.

Det angis at det er ønskelig med erfaringsdeling mellom Helsefellesskap, særlig de "vi kan sammenligne oss med mht. folketall og geografi". Når det gjelder bistand fra Direktoratet, så meldes det ønske om mer oppdaterte data for kvalitetsindikatorer for kommuner og sykehus: "Vi jobber med «30 dager-overlevelse» i fagutvalget for Tjenesteutvikling og kvalitet, og erfarer at data ofte er av eldre dato."

For at alle parter kan holde oversikt over hva som skjer til hvilken tid, sånn at man kan gi innspill til rett tid og rett nivå har det kommet inn forslag om å utarbeide et årshjul lokalt som alle i helsefellesskapet gjør seg kjent med.

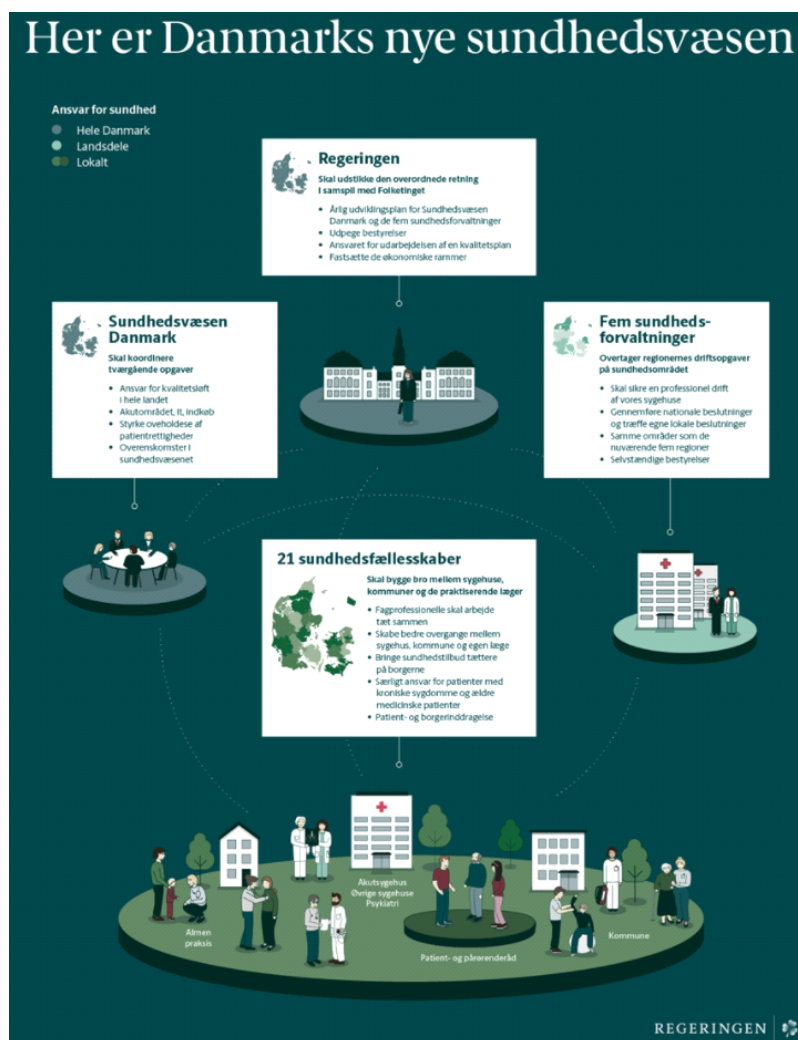
Digitaliseringsprosesser som har skutt fart under pandemien og det blir viktig å ta dette inn i arbeidet med helsefellesskap fremover. Det trekkes også frem viktigheten av at det nasjonale velferdsteknologiprogrammet blir forankret i helsefellesskapene slik at ingen prosesser som foregår blir holdt utenfor den store fellesskapstanken. Dette kan også bidra til at velferdsteknologi løftes opp til det strategiske nivået i kommunen og ikke bare i sektor. Særlig viktig blir dette etter hvert som kommunene og helseforetakene skal drive med felles kompetanseplanlegging.

Vedlegg 5: Sundhedsklynger i Danmark

11. juni 2021 ble Danmarks regering, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening (KL) enige om å etablere 21 Sundhedsklynger ([Aftale](#) om sammenheng og nærhet (sundhedsklynger)²⁹), lignende Helsefelleskap i Norge, som ledd for å sikre bærekraftig utvikling av helsevesenet i lys av fremtidige utfordringer med flere eldre og kronisk syke, samt styrket sammenheng, nærhet og likeverd. De 21 Sundhedsklyngene etableres omkring Danmarks 21 akuttstuskehus, og den nåværende politiske strukturen forenkles, styrkes og skal understøtte samarbeid på tvers i helsevesenet og gode pasientforløp for blant annet mennesker med kroniske sykdommer, psykiske lidelser og eldre³⁰.

I tillegg til å ha både et faglig og et politisk nivå med representanter fra regionene, kommunene og allmennpraksis vil det etableres 5 overordnede samarbeidsutvalg som skal koordinere og sette retningen for arbeidet for sundhedsklyngene i sin region. Strukturen med Sundhedsklynger er et ledd i en samlet sundhedsavtale og vil inngå i kommende forhandlinger om den danske regjeringens sundhedsavtale. Forslaget om 21 sundhedsklynger er tatt positivt imot av Lægeforeningen, Overlægeforeningen og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) som lenge har støttet tankene om helsefelleskap/sundhedsklynger for forbedring av samarbeidet rundt pasientforløp.

Danmarks Sundhedsklynger skal understøttes med fellesmidler med en 50/50 fordeling mellom regioner og kommuner³¹.



²⁹ [Aftaletekst vedr. sundhedsklynger pdf.pdf \(sum.dk\)](#)

³⁰ [Sundhedsklynger skal skabe bedre patientforløb og udvikling af det nære sundhedsvæsen - Regeringen.dk, Nye sundhedsklynger skal skabe](#)

[bedre patientforløb og udvikling af det nære sundhedsvæsen | Sundhedsministeriet \(sum.dk\)](#)

³¹ [21 nye sundhedsklynger skal være fundamentet for det danske sundhedsvæsen - Dagens Medicin](#)

Vedlegg 6: De fire prioriterte pasientgruppene



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 skrøpelige eldre. Planen setter opp mange mål for de fire gruppene og disse er forsøkt sammenfattet i figuren over. Videre er det beskrevet

forskjellige prosjekter, oppdrag og strategier som er med på å bidra i arbeidet mot målene nevnt i de fire prioriterte pasientgruppene. Dette er eksempler fra både tjenestene og fra oppdrag i Helsedirektoratet.



Skrøplige eldre

Flere eldre vil legge press på ressurser i både kommunal helse- og omsorgstjeneste og sykehus. Bedre samarbeid om forebygging og tidlig innsats kan bidra til bedre pasientforløp og færre uønskede reinnleggelser.

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.

Pandemien har forsinket gjennomføringen av reformen regionalt og lokalt og regjeringen besluttet derfor i juni 2021 at reformperioden skulle forlenges ett år, til utgangen av 2024.

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.

- De fleste kommunene er fortsatt i en planleggingsfase, der forventningene er at: Kommunene kartlegger, analyserer og identifiserer egne utfordringer og behov.
- Kommunene involverer og inkluderer relevante aktører i lokalsamfunnet, som eldre, ansatte, pårørende, frivilligheten og næringsliv.
- Kommunene fattet politisk vedtak.
- Kommunene integrerer vedtaket i relevante plandokumenter – sikrer strategisk styring av reformen og forpliktende oppfølging lokalt.

Det er etablert et regionalt støtteapparat som gir støtte og veiledning til kommunene i arbeidet med planlegging og gjennomføring av reformen. Kjernen i den regionale støtteapparatet er statsforvalterne, KS regionalt og utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester.

Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre

Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre ble lansert av Helse- og omsorgsdepartementet 6. mai 2021. Målet er å skape gode måltidsopplevelser og redusere feil- og underernæring hos eldre i tråd med målene i Leve hele livet gjennom 1) systematisk ernæringsarbeid, 2) tilstrekkelig

og riktig kompetanse, og 3) en mat – og ernæringsoppfølging som er i tråd med brukernes individuelle behov og nasjonale faglige retningslinjer. Den nasjonale strategien danner utgangspunkt for utvikling og implementering av lokale ernæringsstrategier og bidra til å styrke grunnlaget for gjennomføringen av Leve hele livet lokalt. Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre støtter oppunder målene i Nasjonal helse- og sykehusplan ved tiltak for å unngå redusert muskelstyrke, utilsiktet vekttap og redusert motstandskraft mot sykdom som er viktige momenter ved skrøpeligheit, en tilstand som særlig rammer eldre. Det er også mål om å bidra til å redusere akuttinnleggelser og uønskede reinnleggelser, bedre oppfølging og pasientsikkerhet og sikre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og tiltak under Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre kan være med på å bidra til dette.

Strategien har til nye tiltak, hvorav syv er konkrete oppdrag til Helsedirektoratet. I tillegg er det en rekke pågående og til dels tilgrensede tiltak. Helsedirektoratet har 1. september levert en plan for gjennomføring av alle tiltakene i strategiperioden (2021-2023) på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet sikrer en helhetlig oppfølging av strategien blant annet gjennom samarbeid med statsforvalterne, helseforetakene, KS, fylkeskommunene og kommunene.

Eldre som legges inn på sykehus har ofte hatt vekttap og vil stå i fare for tape ytterligere i vekt under oppholder dersom ernæringsutfordringer ikke blir fanget opp. Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre skal ses i sammenheng med det pågående arbeidet med implementering av lokale ernæringsstrategier i spesialisthelsetjenesten, som har mål om bedret ernæringsstatus for pasienter i ernæringsmessig risiko. Samhandling og overføring av kunnskap om pasientens

ernæringsstatus og -tiltak mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er av stor betydning for ernæringsoppfølgingen av den enkelte bruker.

Det skal videre samles, videreutvikles og spres gode eksempler fra kommuner som jobber systematisk med mat og ernæring, inkludert systematisk arbeid med munn- og tannhelse og samhandling med fylkeskommunen og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet vil i løpet av strategiperioden få i oppdrag å utarbeide kvalitetsindikatorer for ernæring i sykehus/spesialisthelsetjenesten i tråd med Nasjonal Handlingsplan for bedre kosthold (2017-2021) og reviderte retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Silver team – Drammen sykehus

Silver Team er i drift i akuttmottaket på Drammen sykehus (Vestre Viken HF) siden mars 2021. Ideen om et slikt tilbud kom ut av egne erfaringer, fra prosjekter fra England og en rapport fra Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi. Mange av de eldre pasientene som har moderate/alvorlige skader oppfyller ikke konvensjonelle traumekriteriene, fordi det ikke er involvert store krefter i skademekanismene. Hos eldre pasienter kan et fall fra egen høyde føre til betydelige skader. Tidligere var disse pasienter ikke prioriterte og måtte vente lengre på legetilsyn, røntgenundersøkelser, og de ble ofte møtt av uerfarne leger.

Drammen sykehus organiserer sitt akuttmottak med leger som er spesialisert i akutt- og mottaksmedisin. Disse leger har akuttmottaket som arbeidssted og med sin breddekompetanse tar de imot pasienter uavhengig om disse legges grunnet beinbrudd, magesmerter eller hodepine.

Silver teamet tilkalles når en eldre pasient (65 år og eldre) blir akuttinnlagt på Drammen sykehus. Teamet består av en teamleder som er lege i akutt- og mottaksmedisin, to sykepleiere, derav en med tilleggstudanning i avansert klinisk sykepleie, og en bioingeniør.

Pasienten undersøkes systematisk etter en etablert metodikk (ABCDE) og det tas blodprøver som er tilpasset denne pasientgruppen. I tillegg blir supplerende undersøkelser som røntgen, ultralyd mm gjennomført. Pasienten overflyttes etter dette mottaket til observasjonspost, ortogeriatrisk sengepost eller direkte til operasjonsstuen om nødvendig.

Målet med Silver team er at pasienten fra første stund behandles tverrfaglig og ikke av en enkelspesialitet. Slikt kan man identifisere tilleggssykdommer raskt. Dette kan være sykdommer som har ført til et traume (f.eks. ustøhet, svimmelhet) eller skader som har oppstått i tillegg til hovedskaden grunnet f.eks. benskjørhet. Et eksempel er at en eldre pasient lettere kan få ribbeinsbrudd eller bekkenskader som kan bli oversett når en konsentrerer seg til et synlig brudd i beinet.

Silver teamet vil kunne bedre pasientens prognose og evne til rehabilitering samt redusere fare for utvikling av delir. Målet er således å ta våre eldre, komplekse pasienter på alvor, og se hele sykdomsbildet, ikke bare det de henvises for, i den hensikt å sørge for å opprettholde pasientens funksjonsnivå så høyt og så lenge som mulig.³²³³

Demensplan 2025

Helsedirektoratet begynte å forberede arbeidet med Demensplan 2025 allerede senhøsten 2020. Tilskuddsregelverkene for pårørendetiltakene ble da oppdatert, og regelverkene ble godkjent i HOD tidlig i januar 2021. Over nyttår startet arbeidet med å videreføre tiltak fra Demensplan 2020, og det ble inngått nye rammeavtaler med Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, som innebærer at tiltak som opplæring med Demensomsorgens ABC og tilskuddsforvaltning til pårørendetiltak,

videreføres. Det er også inngått avtale med Aldring og helse om arbeidet med demensveiviseren, som startet opp mot slutten av Demensplan 2020, og som lanseres i høst. Undersøkelsen av insidens og sykdomsvarighet for demens, som gjennomføres i HUNT-kommunene, startet opp i september.

Arbeidet med verktøykassen for personsentrert omsorg og miljøbehandling for personer med demens, er påbegynt. Kvalitetsindikator om lokaliseringsteknologi for personer med demens ble publisert i sommer. Forberedelser til Nasjonal kartlegging av kommunenes tilrettelagte tjenestetilbud for personer med demens i 2022, starter i oktober. Detaljplanlegging av flere andre oppdrag på demensplanen påbegynnes i løpet av høsten. I tråd med føring i oppdragsbrevet for Demensplan 2025, leverte Helsedirektoratet en gjennomføringsplan for Demensplan 2025 innen 1. mai.

Vi - de pårørende - Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan 2021-2025

Regjeringen publiserte i desember 2020 en egen pårørendestrategi med handlingsplan som adresserer pårørendes egne utfordringer og behov og peker ut en samlet og helhetlig retning for dette feltet. Helsedirektoratet skal gjennomføre og følge opp pårørende-strategien med handlingsplan der innsatsområdene og tiltakene i planen skal ses sammenheng med oppfølgingen av tilgrensende satsingsområder fra departementet.

Pårørendestrategien har tre hovedmål, seks innsatsområder og totalt 32 tilhørende tiltak. Handlingsplanen inneholder både igangsatte

³²

<https://www.tarn.ac.uk/content/downloads/3793/Major%20Trauma%20in%20Older%20People%202017.pdf>

1. ³³ <https://nkt-traume.no/2021/01/ny-forskning-om-eldre-traumepasienter-der-nasjonalt-traumeregister-og-nkt-traume-medvirker/>

og planlagte tiltak, og alle tiltak skal fases inn i planperioden.

Strategiens hovedmål er:

- Anerkjennelse pårørende som en ressurs
- God og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårønderollen med utdanning og arbeid
- Ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre

Satsingsområdene i Pårørendestrategien og Nasjonal helse- og sykehusplan kan sees i sammenheng på flere områder; Spesielt opplevelse av å bli sett og hørt, sammenhengende tjenester, og pasient- og pårørendeopplæring.

Eksempler på aktuelle tiltak i planen

Iverksatte tiltak:

- Utarbeide nasjonal pårørendeundersøkelse i 2021. Pårørendeundersøkelsen gjennomføres høsten 2021 og innrettes mot pårørende til de fire prioriterte pasientgruppene med store sammensatte behov.

- Evaluering av implementering av pårørendeveilederen i 2021. Målet er å styrke implementeringen av pårørendeveilederen i tjenestene. Dette vil være et sentralt tiltak for å støtte pårørende, blant annet gjennom å forbedre møtene de har med helse- og omsorgstjenestene. Evalueringen gjennomføres høsten 2021.

- Vurdere tiltak for å øke sykehjem med pårørendeutvalg.

Dette er et tiltak for at pårørende skal ivareta stemmen til stadig svakere kognitive eldre som er på sykehjem. Det skal blant annet bidra til å fremme innovasjon, bedre samarbeid og senke konfliktnivåene.

Eksempler på planlagte tiltak i planperioden

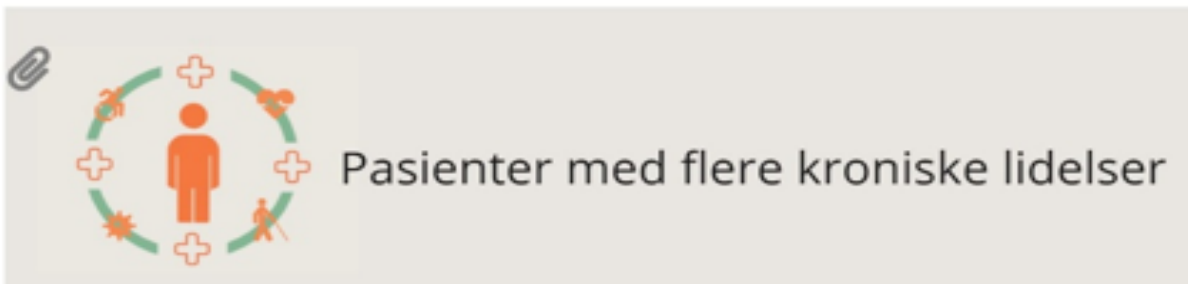
- Videreutvikle helsenorger.no
- Økt bruk av teknologiske løsninger
- Bidra til bedre pasient- og pårørendeopplæring
- Utvikle sammenhengende tjenester for barn og familier med behov for sammensatte tjenester

Pårørendestrategien og handlingsplanen kan leses [her](#). Alle tiltakene er listet opp i handlingsplanens siste del.

Lindrende behandling og omsorg:

Våren 2020 la Regjeringen frem Meld. St. 24 (2019-2020) Lindrende behandling og omsorg. Meldingen skal bidra til å styrke lindrende behandling og omsorg og synliggjøre døden som en del av livet – i familien, i helse- og omsorgstjenesten og i samfunnet. De som trenger lindrende behandling og omsorg og deres pårørende skal ivaretas på en helhetlig måte for å få best mulig livskvalitet og økt grad av valgfrihet ved livets slutt. Barn og unge og deres familier løftes fram fordi denne gruppen trenger særskilt tilrettelegging og ivaretagelse.

Stortingsmeldingen skal sees i sammenheng med øvrige satsinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, blant andre Leve hele livet, Kompetanseløft 2025, Demensplan 2025, Pårørendestrategien og Nasjonal ernæringsstrategi for eldre. Disse satsningene må sees i sammenheng med oppfølgingen av NHSP, blant annet etableringen av helsefellesskap. Disse skal prioritere fire pasientgrupper, grupper som kan ha behov for lindrende behandling og omsorg. Behov for god samhandling på tvers av kommuner og sykehus anses særlig viktig. I Plan om lindrende behandling og omsorg nevnes også bedre pasientforløp, det utadvendte sykehus og at pasienter kan motta spesialist-helsetjenester der de bor – enten ved hjelp av teknologi eller ambulante tjenester. Helsedirektoratet har utarbeidet en plan for oppfølging av Stortingsmeldingen som ble levert i august 2021.



Flere samtidige, kroniske tilstander kan gi et behov for oppfølging fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, tannhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med riktig støtte fra helse- og omsorgstjenesten kan sykdomsforverring forebygges. For å oppfylle målene for personer med flere kroniske lidelser følger noen tiltak under.

Primærhelseteam

Pilotprosjektet med primærhelseteam (PHT) har mange av de samme prioriterte gruppene som er angitt for helsefelleskapene. Pilotprosjektet ble i 2020 utvidet med fire nye legekantor i de samme kommunene, slik at det nå gjennomføres i 17 legekantor med tilsammen 110 fastleger, fordelt på 9 kommuner. Prosjektet er også utvidet med to år tom. mars 2023. Pilotprosjektet er en utprøving av om tverrfaglige team i fastlegekantor i større grad bidrar til å møte disse behovene og gjennom dette gir både en helsegevinst for den enkelte og en samfunnsøkonomisk gevinst. Pilotprosjektet prøver også ut to ulike finansieringsmodeller for å finne ut om og i hvilken grad finansieringsmodellene har betydning for resultatene. Pandemien har påvirket driften av fastlegekontorene i betydelig grad og dermed også pilotprosjektet. Det har satt begrensninger i utviklingen av prosjektet bla utvikling av samarbeidet med andre tjenester i kommuner og helseforetak. Samtidig har pandemien gitt muligheter til å prøve ut nye arbeidsmetoder i større grad bla. digitale løsninger og hjemmebesøk. Det er en samstemt erfaring fra deltakerne at det har vært en styrke å være organisert som primærhelseteam under pandemien.

Evalueringsrapporten for 2020 viser følgende:

Evalueringsrapporten for 2020 viser følgende:

- Ca. 10 prosent av listeinnbyggerne har vært i kontakt med PHT-sykepleier. Dette er en dobling fra 2019.
- PHT medvirker til bedre tilgjengelighet og oppfølging for grupper av listeinnbyggere med kroniske sykdommer
- Pasientene opplever styrket kontinuitet, mer tilgjengelighet og økt mestring.
- Det har vært nær en dobling av antallet hjemmebesøk etter at forsøket startet.
- En stor andel av listeinnbyggerne med diabetes type 2 og KOLS har mottatt helsehjelp fra PHT-sykepleier
- Årskontroll for diabetes benyttes i betydelig større grad i pilotpraksisene enn i kontrollpraksiser.
- Et flertall av fastlegene i forsøket opplever at det arbeides mer proaktivt enn før, og sekundærforebygging trekkes fram som den mest aktuelle formen for proaktivitet.
- Pasienter og pårørende opplever det positivt å bli oppsøkt.
- Det er gjennomført endringer i oppfølging av PU-pasienter i 8 av 13 legekantor.
 - Helseoppfølging kan gis i bolig
 - Personell i boliger får opplæring og trygges
- I 2020 finner en generelt ingen forskjeller mellom listeinnbyggere generelt i legekantor som prøver ut PHT og listeinnbyggere i kontrollgruppen når det gjelder utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester, med unntak av at det er en reduksjon i antallet henvisninger til DPS fra fastlegekantor med primærhelseteam.

Oppfølgingsteam

Oppfølgingsteam er en arbeidsform for å sikre at personer med komplekse og sammensatte behov, uavhengig av alder og diagnose, får strukturert og tverrfaglig oppfølging og at tjenestene er koordinerte. (Ref. Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov). Pilot for oppfølgingsteam startet opp med seks kommuner (Bø i Vesterålen, Senja, Steinkjer, Kinn, Suldal, Asker) høsten 2018 og med en varighet på tre år. Målet med piloten er å høste erfaringer med hvordan kommunene implementerer oppfølgingsteam som en arbeidsform på tvers av avdelinger og tjenestenivå (systemnivå) og erfaringer med hvordan oppfølgingsteam bidrar til resultat for pasient/bruker (individnivå).

Hovedelementene i piloten er:

- Tidlig identifisering, herunder bruk av verktøy for risikokartlegging
- Tverrfaglig utredning og avklaring av hva som er viktig for den enkelte pasient/bruker
- Tverrfaglige oppfølgingsteam satt sammen ut fra pasient/brukers behov

Piloten er kompleks med mange aktører samt at faktorer som kommunesammenslåinger og pandemi har gitt kommunene utfordringer i framdrift og gjennomføring. Piloten er nå besluttet å forlenges med to år, ut 2023.

Piloten følgeevalueres av Sintef m.fl. gjennom hele perioden. Funnene så langt viser at kommunene er på god vei til å implementere oppfølgingsteam på tvers av "siloe", men det er behov for en lengre evalueringsperiode for å få erfaring med oppfølgingsteam i praksis og resultater på individnivå. Kommunene i pilot skal samarbeide med lokalsykehusene om både identifisering og oppfølging av aktuelle pasienter/brukere.

Verktøy for risikokartlegging (Medrave) prøves ut hos fastlegene i pilotkommunene og kan også benyttes av lokalsykehusene.

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) er lokalsykehuset til Senja kommune og har installert verktøyet. De begynte å teste det ut

våren 2021 og knytter dette sammen med pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSTH). Videre i pilot blir det interessant å følge opp bruken av verktøyet i henholdsvis sykehus og kommune og samarbeidet rundt felles pasienter/brukere. Helsefellesskapene vurderes å være viktige arenaer for å forankre oppfølgingsteam som en arbeidsform på tvers.

I samarbeid med pilotkommunene er Helse-direktoratet i gang med å utarbeide et rammeverk/modell for oppfølgingsteam. Denne modellen skal kunne tilpasses lokale forhold og testes ut videre i pilot.

ParkinsonNet

I oppdragsdokumentet for 2020 fikk de regionale helseforetakene et felles oppdrag om å utarbeide en plan for nasjonal iverksetting av ParkinsonNet, og starte iverksettingen juni 2021. «*Plan for nasjonal iverksetting av ParkinsonNet*» ble i januar 2021 godkjent av styringsgruppen for prosjektet (fagdirektørene i RHFene, brukerrepresentant og tillitsvalgte) og i februar 2021 av AD-ene i RHFene. I mars/april ble planen behandlet i alle RHF-styrene og deretter oversendt Helse- og omsorgsdepartementet. Implementering pågår i nå helseregionene. Planen er å finne her: helse-vest.no/om-oss/planar-og-rapportar#interregionale-planar.

ParkinsonNet skal knytte sammen fagpersoner gjennom tverrfaglige nettverk på tvers av nivå og bidra til kompetanseheving. Nettverket skal bidra til at personer med Parkinsons sykdom får bedre tilgang til tverrfaglig kompetanse.

Kommunenes deltakelse er en forutsetning for ParkinsonNet, og helsefellesskapene pekes på som en viktig innfallsport for å etablere samarbeidet. ParkinsonNet vil kunne være et eksempel på en tjenestemodell på tvers, jf. Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP). ParkinsonNet kan være en eksempelmodell for helsefellesskapene, men samtidig vil det være viktig å avvente evaluering av

ParkinsonNet før en eventuell utvidelse av ordningen til andre pasientgrupper.

Diagnosen Parkinsons sykdom (PS) er relevant for den prioriterte pasientgruppen skrøpelige eldre, jf. NHSP. Pasienter kan leve med diagnosen PS i 15-20 år, og forventet levealder er ikke vesentlig forkortet. Pasientene sees som regel to ganger i året i spesialisthelsetjenesten. Innen fem år etter diagnosen har opptil 50 % et hjelpebehov som ofte involverer kommunale tjenester. Med ParkinsonNet-modellens kompetanseøkning og mer helhetlig behandling, forventes økt selvstendighet og bedret livskvalitet for brukeren over lengre tid enn uten modellen.

Framdrift i implementeringen:

- Februar og april 2021: Testing av digitalt grunnkurs i henholdsvis Oslo og Rogaland inklusive teknisk utstyr og elektronisk utførelse av påmeldinger og spørreskjema.
- Mai 2021: Etablering av Nasjonal koordineringsfunksjon ved Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser, Stavanger universitetssykehus.
- Mai-august 2021: Ferdigstilling av norsk implementeringsveileder, standardisering av kurs og undervisningspakker for digitalt og for fysisk holdt kurs.
- Kontinuerlig siden mars 2021: Alle helseregioner og planlagte nettverksområder: informasjonsmøter, personalvalg til implementeringsoppstart, forankring i ledelsen, planlegging tidspunkt for kurs og første fagsamling.
- Igangsatt: etablering av nettside og overføring/oppdatering av fagpersonregister
- Oppstart kursing av fagpersonale: Helse Nord (Troms/Finnmarks nettverksområde): uke 42. Helse Midt: uke 45 Helse Sør-Øst: uke 45 og 48

Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering og evalueringen av denne

Mål for opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (OP), 2017–2019, var spisset mot å styrke habiliterings- og

rehabiliteringstilbud i kommunene. De mest sentrale virkemidlene var styrking i kommunerammen og øremerkede tilskudd. Helsedirektoratet ga i 2020 KPMG i oppdrag å evaluere effekten av OP. De prioriterte målgruppene for NHSP er overlappende med kjernemålgrupper for både habilitering og rehabilitering. Evalueringen av OP, som KPMG overleverte Helsedirektoratet jan 2021, tegner dermed status for viktige tjenester som treffer en stor andel av felles målgrupper. Evalueringen gir et klart bilde av behovet for videre målrettet og nasjonalt forankret utviklingsarbeid om det skal sikres varig styrking med reell effekt for brukerne. Evaluator sier at målene og utfordringsbildet har vært uforandret de siste 10 år, og at denne situasjonen vil vedvare uten sterkere styring og lederforankring på nasjonalt nivå. I dette ligger også at nasjonale satsinger i større grad ses i sammenheng. Sentrale forslag fra evaluator er utvikling av bedre registerdata om innhold og kvalitet i tjenestene, som forutsetning for analyser og planlegging, og at det utarbeides en nasjonal og helhetlig plan for videre utvikling.

Sammen med evalueringsrapporten oversendte Helsedirektoratet jan 2020 til HOD 18 forslag til tiltak for en videre styrking - basert på funnene i evalueringen og øvrig kunnskap på feltet. Flere av forslagene har sentrale koblinger til mål og tiltak i NHSP (registerdata, analyser, helsefellesskap, teknologi, ansvarsavklaring, kompetanseutvikling mm).

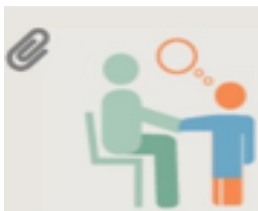
Pr primo september 2021 venter direktoratet fortsatt på tilbakemelding fra departementet på forslagene. Første halvår 2021 har Helsedirektoratet utformet en nasjonal plan for rehabilitering etter covid-19 etter oppdrag fra departementet. I forlengelsen av dette mottar direktoratet oppdrag knyttet til videre arbeid med faglige råd samt informasjon til befolkningen og tjenestene om rehabilitering etter covid-19.

Rehabiliteringsregisteret

Rehabiliteringsregisteret, utviklet gjennom tiltak i OP, pilotes nå i fire sykehus.

Pasientrapporterte data (fra EQ-5D skjema) samles inn digitalt og danner grunnlag for kvalitetsforbedring og indikatorer. Pr august 2021 er over 400 pasienter registrert i registeret. Det er mål om bredding av registeret i spesialisthelsetjenesten og på sikt også i kommunene samt inkludering av flere verktøy. Registeret gir informasjon om pasientenes opplevelse av egen helsetilstand og effekt av rehabiliteringstiltak.

En kritisk faktor for fast etablering og bredding av registeret er økonomiske rammer og velfungerende forvaltning, herunder samhandling mellom ulike kompetansemiljøer innen rehabilitering, dataanalyse og registerforvaltning.



Psykisk helse

Regjeringen vil punktene under psykisk helse i planen er mange, og for å nå disse målene må det sees i sammenheng med flere arbeider utover oppdragene i planen. I kapittelet om psykisk helsevern er en del av disse arbeidene beskrevet, men vi ønsker også å informere om flere arbeider som pågår.

Handlingsplan for forebygging av selvmord

Ny handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 ble lansert 10. september 2020. Regjeringen innførte med denne handlingsplanen en nullvisjon for selvmord. Forebygging av selvmord er et samfunnsansvar og mye av det forebyggende arbeidet skjer utenfor helsesektoren, derfor står åtte departementer sammen om planen. Handlingsplanen har 61 tiltak, av disse er flere tiltak igangsatt i 2021.

Ett av tiltakene, etablert i våren 2021, er Nasjonalt forum for forebygging av selvmord. Forumet er bredt sammensatt med representanter for brukere, pårørende, etterlatte, forskning og tjenestene. Forumet har som mandat å bidra til å samordne innsatsen, være en arena for kunnskapsutveksling, understøtte faglig normering og monitorering og ha et særskilt ansvar for å følge utviklingen på felte. For å sikre nødvendig oppfølging og dialog med forvaltningen, er det i tillegg opprettet et direktoratsamarbeid.

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.

Digital mental helse³⁴

Digitale verktøy kan senke terskelen og bidra til bedre psykisk helsehjelp, som et tillegg til det tradisjonelle tilbudet. I dag finnes det minst 10 000 apper rettet mot mental helse tilgjengelig på internett, og i Helsedirektoratet arbeides det blant annet med utvikling av Digi-Ung (s. 120) og prosjektet *Tryggere helseapper*

Nye apper, se Verktøykatalogen på helsenorge.no

Ungspotlight er et internettbasert selvhjelpsprogram rettet mot ungdom mellom 13 og 16 år som er redde å snakke foran klassen. Treningsprogrammet varer i 6 uker og det er anbefalt å jobbe med programmet minst 3 ganger i uka. I programmet vil ungdommene lære teknikker for hvordan mestre frykt/ubehag for å snakke foran andre/klassen.

Hjelpehånda – et spill som trener ungdom i emosjonell problemløsning. Hjelpehånda er et spill der ungdom møter vanlige problemer, og rollen deres er å hjelpe en venn gjennom problemet.

Stressmestring. Selvhjelpsprogrammet er rettet mot dem som opplever økt stress og uro – for eksempel i forbindelse med pandemisituasjonen. I programmet vil brukeren lære om milde til moderate psykiske reaksjoner, og få kunnskap og verktøy til å mestre dette. Programmet har 8 moduler med ulike tema.

Tankevirus Selvhjelpsprogrammet Tankevirus inviterer brukeren til å se på hverdagen sin på en ny måte i en periode på fire uker.

Mamma Mia

Mamma Mia er et godt etablert selvhjelpsprogram for alle gravide og nybakte mødre/fedre som hjelper og støtter brukeren fra uke 21 i graviditeten og hele veien til barnet er 6 måneder.

³⁴ [Saken-forklart-Digital-psykisk-helsehjelp-ferdig.pdf \(teknologiradet.no\)](#)

som skal utrede videre hvordan man kan legge bedre til rette for kvalitetssikring og bruk av trygge apper og mobil helseteknologi (s.60).

E-meistring

eMeistring tilbyr internettassistert behandling for voksne over 18 år med sosial angst, panikk lidelse og mild og moderat depresjon. Behandlingen er kognitiv atferdsterapi og består av åtte eller ni moduler og går over 14 uker. Pasient og behandler har ukentlig kontakt via asynkron meldingsfunksjon, samt støttesamtaler via telefon, video eller ansikt-til-ansikt ved behov.

Målet med prosjektet eMeistring som ble etablert i helse Bergen i 2012 var å øke tilgangen på effektiv behandling ved å ta i bruk ny teknologi. Beslutningsforum godkjente i 2019 at veiledet internettbehandling ved psykiske lidelser (eMeistring) kan tas i bruk når det vurderes hensiktsmessig.

eMeistring er tatt i bruk i Helse Vest. Helse Sør-Øst startet i november 2020 et prosjekt for å legge til rette for at eMeistring kan innføres i hele regionen innen 2021.

Rask psykisk helsehjelp

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er et kommunalt lavterskel behandlingstilbud for mennesker over 16 år med lett til moderat angst og depresjon, søvnvansker og begynnende ruslidelse. Tilbudet skal være gratis og det er ikke krav om henvisning. De i kommunen som skal jobbe i RPH team må ha bachelor i helse eller sosialfag og i tillegg gå en ettårig videreutdanning i kognitiv adferdsterapi. RPH benytter metodene mixed care og stepped care med stor vekt på veiledet selvhjelp for å kunne ta unna innbyggere i kommunen med behov for intervensjon. Tilbudet skal benytte kunnskapsbaserte metoder i utredning og behandling. Det skal regelmessig evalueres om behandlingen er symptomdempende. Siden 2012 har kommuner kunnet søke om et treårig lønns- og etableringstilskudd for å

opprette RPH team. 62 kommuner har opprettet RPH team som følge av tilskudd, men de siste årene var det veldig mange flere søkere enn det var midler å gi. I tillegg så vi at kommunene etter tre år med tilskudd ikke lenger klarte å opprettholde RPH modellene og kravene i denne. All oppfølging og utdanningsstøtte opphørte i det øyeblikket tilskuddet var avsluttet. Helsedirektoratet har derfor sammen med Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) utarbeidet en styrket plan for oppfølging av både kommuner som skal etablere team og for kommuner som har allerede eksisterende RPH team for opprettholdelse av modellen. Midlene som tidligere gikk til tilskudd benyttes nå for å forsterke oppfølgingen av RPH teamene med følgende tiltak:

1. Øke kapasiteten i utdanningstilbudet for kommuner som har vedtatt å opprette RPH tilbud i sin kommune (ev. gjennom interkommunalt samarbeid).

Helsedirektoratet gjorde i våres en ny anskaffelse av utdanningstilbudet. Norsk forening for kognitiv terapi (NFKT) vant anbudet og har økt kapasiteten i tilbudet. Fra i høst kan alle kommuner søke seg til videreutdanningen. Tidligere var det kun kommuner som fikk tilskudd som kunne gå denne utdanningen. Det er i høst allerede fylt opp tre nye kull i utdanningen i motsetning til ett til to kull per år som det har vært tidligere.

2. Øke implementeringsstøtten NAPHA gir RPH team under etablering og øke innsatsen mot allerede eksisterende team. Helsedirektoratet har gitt økning i midler til NAPHA slik at de kan øke sin innsats direkte mot kommuner som enten skal opprette/etablere RPH team, men også til allerede eksisterende team. Hdir har erfart at etablerte RPH team ofte blir nedprioritert i sammenheng med andre kommunale tiltak og hyppige omorganiseringer utfordrer opprettholdelsen av RPH som modell. Videre har NAPHA fått i oppdrag å koordinere innsatsen med omleggingen og bla. Utarbeide håndbok om etablering og drift av RPH team.

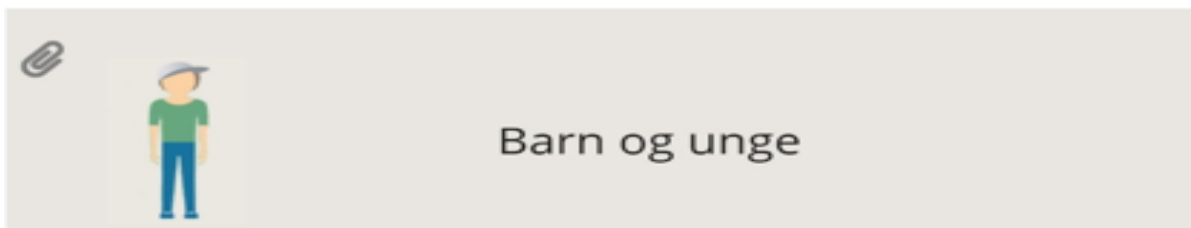
Håndbokens førsteutkast vil ferdigstilles i digitalisert form i desember 2021, med mulighet for kontinuerlig oppdateringer og tilføyelser Jf. Tjenesteutvikling av RPH modellen.

3. Opprette et nasjonalt veilederkorps for alle RPH team

Helsedirektoratet har ute et anbud om opprettelse og drift av et nasjonalt veilederkorps. Tankene er at en leverandør skal opprette og drifte dette og at 6-8 veiledere fordeler regionene i Norge seg imellom og gir veiledning til de ansatte i teamene. For opprettholdelse av modellen og for erfaringsutveksling, er det ønskelig at veilederen også gir veiledning på tvers av ulike RPH team. Anskaffelsen vil ferdigstilles i november 2021.

4. Utredning av en nasjonal/digital monitoreringsordning av effekten før, under og etter endt RPH behandling

For å vite om behandlingen man gir har en effekt, er det avgjørende at RPH teamet kartlegger og følger status før behandlingen, underveis og etter endt behandling. Da kan behandlingen tilpasses individet og reguleres underveis. I dag varierer det i for stor grad om, og hvordan RPH teamene kartlegger dette. Mange team kartlegger kun for å vurdere om personen er i målgruppen for RPH (lett/moderat). Helsedirektoratet ønsker at RPH som modell skal kunne drive tjenesteutvikling gjennom å monitorere behandlingen som ytes. Helsedirektoratet, NAPHA, FHI med bistand fra eksterne aktører holder på å utrede ulike muligheter og løsninger på dette. Arbeidet på dette vil ikke ferdigstilles før tidligst i 2022.



For mange barn og unge vil potensialet for forebygging gjennom tidlig innsats og behandling bidra til mindre helsetap og bedre livskvalitet. Det er behov for god samhandling mellom aktører og på tvers av nivåer. I tillegg til arbeider i Helsedirektoratet har vi tatt med eksempler fra tjenestene, blant annet et eksempel på utvikling av tjenester for barn og unge i Helse Fonna og Lavterskelteamet i Tromsø.

Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse

Målet i Opptappingsplan 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. Opptappingsplanen inneholder både helsefremmende, forebyggende og behandlingsrettede tiltak, og omfatter barn og unge mellom 0–25 år. Opptappingsplanen er tverrdepartemental, med tiltak innenfor flere departementers fagområder. Tiltakene følges opp og koordineres av Helse- og omsorgsdepartementet i nært samarbeid med Helsedirektoratet. Flertallet av tiltak er igangsatt, og det er i 2021 blant annet publisert selhjelpsvideoer på ung.no ([Gjør det lettere for andre å hjelpe deg](#) og [Ta toget til drømmeland.](#)). Se også omtale av veileder for barn og unges psykisk helse (se s. 40).

Barn og unges helsetjeneste i Helse Fonna

I Helse Fonna har foretak og kommuner samarbeidet om prosjekt «Barn og unges helsetjeneste» siden 2016. I prosjektet har man utviklet samhandlingsforløp som beskriver det helhetlige tilbudet på tvers av kommuner og foretak for barn og unge med psykiske helseplager, og inkluderer både tidlig oppdagelse, kartlegging og tiltak i førstelinjen, og behandling i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidet bygger videre på Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) i kommunene og pakkeforløpene i BUPene. Samhandlingsforløpene er laget som et verktøy for ansatte i tjenestene for barn og unge, herunder ansatte i barnehager, skoler, helsestasjon og skolehelsetjenesten, pedagogisk psykologisk tjeneste, ergo og fysioterapitjeneste, fastleger, barnevern, psykisk helsetjeneste for barn og unge i kommunene, koordinerende enhet i kommunene, psykisk helsevern for barn og unge, habiliteringstjenesten for barn og unge og somatisk barneavdeling. Forløpene beskriver de enkelte tjenesters ansvarsområder, aktuell kartlegging og tiltak i hver tjeneste, samt samarbeidsrutiner med andre instanser. Nettsiden, [Barn og unges helsetjeneste - Helse Fonna \(helse-fonna.no\)](#), inneholder egen informasjon til barn og ungdom og deres foresatte, med veiledning om hvor de kan finne hjelp. Nettressursen er gjort tilgjengelig for ansatte i tjenestene og brukere via Helse Fonna sin internettside. Kommunene har link til nettressursen som del av sine interne rutiner og tilgjengelig for innbyggerne i sine beskrivelser av tilbudet til barn og unge.

Samhandlingsforløpene for barn og unge har vært i bruk i Helse Fonna området siden juni 2018.

Både kommuner og BUPer rapporterer om at forløpene har ført til endringer i samhandling, at roller og ansvarsområder er

blitt tydeligere og at det gir mer effektive forløp for barn og unge. Man ser effekter som bedre henvisninger til spesialisthelsetjenesten og redusert avslagsprosent i BUPene. En



særlig styrke har vært at prosjektet har vært godt forankret i både kommuner og foretak og dermed sikret felles eierskap til samhandlingsforløpene som verktøy. I forbindelse med etablering av Helsefellesskap jobbes det nå med hvordan «Barn og unges helsetjeneste» skal forankres i samhandlingsstrukturen. I Helse Fonna vil det etableres faglige samarbeidsutvalg for hver av de prioriterte pasientgruppene, hvorav et eget utvalg for barn og unge. Faglig samarbeidsutvalg for barn og unge vil ha bred sammensetning av ansatte fra kommuner, foretak, fastleger og brukere. Fra kommunene vil både helsetjenestene, barnevern, barnehage/skole og PPT være representert, fra spesialisthelsetjeneste BUP, habilitering og somatisk barneavdeling. Samarbeidsutvalg for barn og unge vil ha som mandat at de skal sikre helhetlig pasientforløp for barn og unge på tvers av hele regionen, og vil ha ansvar for forvaltning og videreutvikling av samhandlingsforløpene for barn og unge. Det planlegges å inkludere forløp for somatiske tilstander og habilitering/rehabilitering.

I 2019 tok Helse Vest initiativ til en videreutvikling av «Barn og unges helsetjeneste» i hele regionen. Både Stavanger, Bergen og Førde har etablert samhandlingsprosjekter i tett samarbeid mellom BUPene og kommunene i området. Helse Fonna leder det regionale prosjektet og bidrar med veiledning og støtte i de lokale prosjektene. I løpet av oktober 2021 vil alle fire HF ferdigstille og publisere samhandlingsforløp for barn og unge. Det er etablert kontakt med andre HF i landet som er i etableringsfasen av tilsvarende samhandlingsprosjekt sammen med sine kommuner, blant annet Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag og Innlandet sykehus. Metodikk benyttet for utvikling og implementering av forløpene kan enkelt overføres til andre foretaksområder. Det faglige innholdet i samhandlingsforløpene er i stor grad generiske beskrivelser som kan brukes i andre HF. Flere HF og kommuner i

landet har tatt kontakt fordi de ønsker å utvikle samhandlingsforløp for andre pasientgrupper. Metoden vil være nyttig for alle pasientforløp der ansvar er delt mellom ulike tjenester, og vil derfor være aktuelt for alle 4 prioriterte pasientgrupper.

Lavterskelteamet Tromsø

Lavterskelteam har vært i drift siden februar 2016 og gir i dag et tilbud til rundt 250 familier i året. Teamet ble implementert i kommunen i juni 2020. Formålet med tiltaket er å gi rask psykisk helsehjelp til barn og unge mellom 0-18 samt deres familier samt sikre at barn og unge møter et tjenesteapparat som er faglig godt, samordnet og preget av kontinuitet mellom kommunen og helseforetaket. Målsettingen til dette teamet er å gi barn og unge med lette til moderate psykiske vansker rask og kvalifisert psykisk helsehjelp på riktig nivå.

Teamet skal kartlegge barn og unges psykiske helsetilstand og livssituasjon, avklare hva barnet og familien ønsker hjelp med og vurdere hvor et tilbud bør gis. Det skal i samarbeid med familie og nettverk bistå enten med videre henvisning til spesialisthelsetjenesten eller hjelp til igangsetting av tiltak i kommunen, der det er behov for dette. For barn og ungdommer som må vente på et tilbud i spesialisthelsetjenesten kan teamet bidra til å igangsette tiltak i ventetiden. Teamet skal gi en korttidsintervensjon til barn og familier som antas å ikke ha behov for mer enn et kortvarig hjelpetilbud. Tilbudet skal bestå av inntil fem samtaler/møter hvor fokus vil være på kartlegging, hjelp til selvhjelp, psykoedukasjon, rådgivning og veiledning.

Barn og ungdom selv samt alle som er bekymret for et barn eller ungdom kan ta kontakt med teamet direkte på telefon eller mail. Tilbud gis innen to uker etter at bekymring meldes.

Det er i dag innført glidende overganger mellom lavterskelteamet og BUP.

Lavterskelteamet kan overføre/henvisne pasienter til BUP og motsatt.

Lavterskelteamet bidrar til å unngå «siloer» mellom ulike tjenester både i kraft av å representere en tverrfaglig modell med ansatte både fra kommune og BUP og dels ved samarbeid med andre kommunale tjenester. Ansatte i BUP og i kommunen opplever at samarbeidet har bidratt til mer tverrfaglighet og et felles språk.

Teamet har lyktes med å få gitt tidlig spesialisthjelp slik at familie, førstelinje og nettverk kan komme i gang med gode tiltak tidlig, i stedet for å vente på et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Teamet er tilgjengelig for foreldre uten henvisning fra fastlege.

For mer informasjon: [Rask psykisk helsehjelp for barn og unge | Tromsø kommune](#)

Nasjonal faglig retningslinje for tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år
Første del er publisert og suppleres med del 2 vår 2022. Der gis det retningslinjer for barn og unge med store og sammensatte behov, herunder omsorgssvikt, overgrep, psykisk helse mm.

Se: [Tannhelsetjenester til barn og unge 0–20 år - Helsedirektoratet](#)

Digi-ung

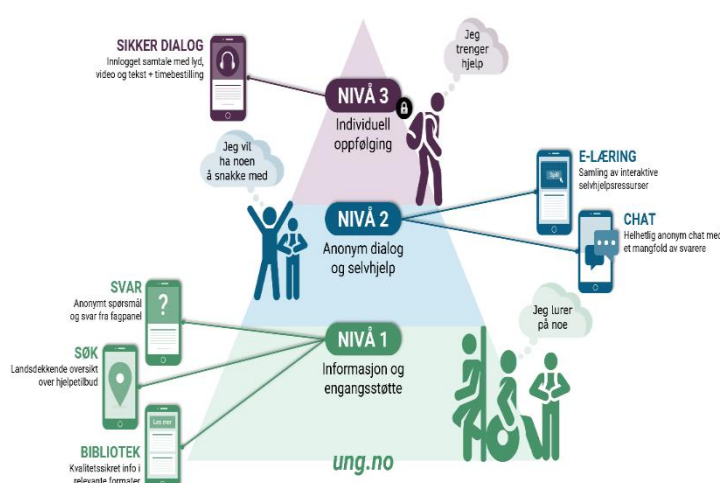
DIGI-UNG har hele veien bygget på innspill fra ungdommer i alder 13 til 20 år som har vært tydelige på hvilke utfordringer de har i møte med det offentlige hjelpeapparatet. Tilgjengelighet og synlighet er to av de største utfordringene. Terskelen for å ta kontakt er høy og mange nyttige tjenester er lite kjent og viktig informasjon forsvinner ofte i en jungel av informasjonskilder. Ungdommer trenger hjelpetjenester som er både tilgjengelige og trygge, noe som ikke nødvendigvis betyr det samme for dem som for voksne. Ungdommer er tydelig på at ung.no er det mest naturlige stedet for en slik samordning med nærmest 20 millioner besøkende årlig og en tversektoriell profil. De ønsker et sted som er åpen for alle, at alt skal være tilrettelagt for mobilbruk og at

de tjenestene som tilbys skal være åpne utenom skoletid. Anonymitet, enkelt språk og universell utforming er også viktige forutsetninger i tillegg til et oppdatert og brukervennlig design.

I DIGI-UNG programmet jobbes det med å utvikle ung.no til å bli en brukervennlig inngangsport til kvalitetssikret informasjon og hjelpetjenester på tvers av sektorer. Ung.no er i dag statens informasjonskanal for ungdom og skal tilby ungdom informasjon og veiledning. I 2020 hadde ung.no:

- 18,6 millioner besøk
- 3,3 millioner sidevisninger på artiklene våre
- 62 600 reaksjoner på Instagram postene våre (likes, deling eller kommentarer)
- 75 500 svar på anonyme spørsmål (økning på 55% fra 2019), hovedsakelig innenfor helsefeltet

DIGI-UNGs mål bilde går over tre nivåer (se bilde over). Mens majoriteten av ungdommene trenger bare den type åpen informasjon og engangsstøtte som tilbys på nivå 1 så finnes det imidlertid noen som trenger litt sterkere hjelpemidler. Mange trenger bare noen å snakke med eller noen verktøy til å hjelpe seg selv å mestre hverdagen litt bedre, noe som løses på nivå 2. Noen ungdommer vil trenge individuell hjelp og oppfølging utover de åpne ressursene som finnes på nivå 1 og 2, dette tilbys på nivå 3 via



sikker innlogging til blant annet helsetjenester.

Hvor langt har vi kommet?

Nivå 1

På nivå 1 har svartjenesten og biblioteket vært videreutviklet og effektivisert i 2020 og 2021. Det har vært gjennomført en kostnadsnytte analyse og hele ung.no har i fått en helt ny teknisk plattform i 2021. Denne overgangen gir store gevinster og oppgraderinger knyttet til personvern, cybersikkerhet, teknisk rammeverk/kodekvalitet og generell effektivitet i drift av tjenesten. Det er påbegynt utviklingsarbeid for å koble flere databaser opp mot søket slik at ungdommer finner enkelt frem til nærmest HFU og legevakt (flere tjenester kommer etter hvert) samt relevante digitale hjelpetjenester og selvhjelpsverktøy. I 2021 startet utviklingen av en ingestion-API for å koble ulike databaser sammen samt et endepunkt for å sikre tilstrekkelig sanntid oppdatering.

Nivå 2

På nivå 2 har programmet fått på plass en felles inngang til et mangfold av chattjenester og e-læringsverktøy som dekker mange ulike



temaer. I 2020 ble det etablert en felles oversikt over kvalitetssikrede chattjenester som har vært svært mye brukt under pandemien. Våren 2021 er det blant annet utarbeidet et forslag til "sette-over"

funksjonalitet på tvers av tjenestene som skal utvikles i løpet av høsten 2021/vår 2022 og sikre et mer sømløst og helhetlig tilby til ungdom som benytter chat, uavhengig av tema. I 2021 ble det også utarbeidet og publisert en personvernhandbok til felles bruk for alle chattjenestene i DIGI-UNG nettverket. Det er også laget et utkast til tilskudsregelverk som skal lyses ut i løpet av høsten 2021 for å finansiere videreutvikling. Programmet har i 2021 påbegynt et samarbeid med Politiet og Barnevernet for å lage et integrert varslingssystem i chatløsningene. Dette for å ivareta de ungdommene som trenger akutt hjelp.

DIGI-UNG jobber også med å bygge opp en slags app/verktøybibliotek hvor ungdommer kan få tilgang til relevante selvhjelpsverktøy. Appene skal lanseres i løpet av høsten 2021 og tilbys ut 2022. Relevante temaer for selvhjelpsverktøy er blant annet psykisk helse generelt, sosial angst, presentasjonsangst, søvnutfordringer, seksuell helse, utdanning og barnevernssystemet.

Nivå 3

På nivå 3 har DIGI-UNG derfor jobbet for å knytte ung.no til sikrede tjenester hvor ungdommer kan logge seg på for å motta individuell hjelp på nivå 3 (timebestilling, kommunikasjon med tjenesten, videokonsultasjon, mm.). Skolehelse- og helsestasjonstjenesten vil være de første tjenestene som kobles på tidlig i 2022. Det jobbes også med en kobling opp mot BUP og fastlege og på sikt andre sektorer som barnevern, NAV og utdanning.

Det jobbes hele veien for å skape sømløse brukerreiser mellom de ulike nivåene slik at ungdommer får akkurat den hjelpen de trenger, når og hvor de trenger det.

Hvem er med i DIGI-UNG programmet?

Å sette ungdommen i sentrum krever tversektorielt samarbeid. DIGI-UNG har jobbet over lang tid for å skape en samarbeidsarena hvor ulike virksomheter får den støtte og

fleksibilitet som er nødvendige for å kunne utvikle i felleskap, se ulike innsatser i sammenheng og dele forvaltningsansvar på tvers av sektorer.

Programmet benytter seg aktivt av sitt brukerråd med 12 ungdommer utnevnt av både LNU og Barneombudet.

Treffpunkter med Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

DIGI-UNG har som mål å bygge digitale helhetlige og sammenhengende tjenester for ungdommer i alder 13 til 20 år (ref. målsetting *"Helhetlige og sammenhengende tjenester"*).

Dette innebærer samarbeid mellom ulike tjenester og nivåer både innenfor helsesektoren, men også på tvers av sektorer. Ungdommene blir møtt av et tverrfaglig tilbud som er tilgjengelig i mange ulike formatter og på ulike kanaler (ref. målsetting *"Sårbare pasienter møtes med team"*). Det helhetlige tilbudet på ung.no dekker alt fra åpne ressurser til innloggede tjenester og utvikles i samarbeid med brukerne. Disse får mulighet til å kommunisere digitalt med en rekke tjenester og får medvirke i deres utforming (ref. målsetting *"Pasienten er aktiv deltager"*). De får tilgang til hele DIGI-UNG universet rett fra mobilen, blant annet timebestilling, videokonsultasjoner og internett assistert behandling med BUP (ref. målsetting *"Spesialisthelsetjenester i hjemmet"*).

Vedlegg 7: Strukturelle ubalanser i kommunehelsetjenesten – NIVI Analyse AS

Sandefjord, 12. september 2021



Til: Svein Lie

Fra: Geir Vinsand

Strukturelle ubalanser i kommunehelsetjenesten

En bærekraftig helsetjeneste forutsetter bærekraftige kommuner. Det har vi ikke alle steder i Norge, slik kommunene og kommunehelsetjenesten i dag er organisert, verken i distriktskommunene eller i byene. Mange kommuner i distriktene mangler i dag kompetanse og et minimum av fagmiljøer innenfor kommunehelsetjenesten. Den demografiske utviklingen betyr at mange kommuner vil få færre innbyggere som betyr lavere inntekter og en utvikling mot færre ansatte. De små og usentrale kommunene vil antakelig stå bakerst i kampen om den kompetente arbeidskraften. Denne utviklingen går dårlig i hop med flere eldre og flere sårbare pasienter som skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester.

I storbyområdene og mange av våre regionbyer er hovedutfordringene nært knyttet til et oppstykket ansvar for kommunehelsetjenester innenfor felles bo- og arbeidsmarkedsområder. Byområdene er ofte flerkommunale langt inn i tettstedsområdene. De store kommunene er ikke nødvendigvis de beste på samarbeid, verken internt i egen kommuneregion eller i forhold til helseforetaket.

Etter kommunereformen har det i de fleste fylker blitt større strekk i laget på kommunesiden. Helseforetakene skal samhandle med mange og svært ulike kommuner som i varierende grad samarbeider seg imellom.

NIVI Analyse har gjennom de siste 20 årene gjennomført omfattende analyser av kommunestruktur og interkommunalt samarbeid i de ulike delene av landet. En viktig konklusjon er at det interkommunale samarbeidet sjelden berører mer enn 4-5 prosent av kommunenes lovpålagte kjerneoppgaver. Kommunestrukturen er som regel avgjørende for tjenestestrukturen. Det gjelder også kommunehelsetjenester, selv om det finnes eksempler på kommuner med omfattende samarbeid om kommunehelsetjenester.

NIVIs analyser tilsier at den største utfordringen vil være å skaffe fagfolk bak de lovpålagte tjenestene, ikke at tjenestene skal leveres lokalt. Kommunene må dele mer på fagkompetansen. De må samarbeide mer i faste kommuneregioner. De må være digitalt fusjonert. De må opptre mer samlet i forhold til den øvrige helsetjenesten. Det bør rekke med én samordnet tjenesteavtale med helseforetaket. Og det må utvikles et mer sammenhengende plansystem, fra kommunehelsetjenesten på Fosen, via St. Olavs Hospital til Nasjonal helse- og sykehusplan.

Så lenge kommunereformen ikke medførte en ny kommunestruktur, må det etter NIVIs oppfatning etableres en sterkere samarbeidsstruktur på kommunesiden for å møte de store helsefaglige utfordringene. I koronatiden har vi lært at kommunestrukturen kan være en helserisiko hvis det ikke samarbeides godt på tvers av kommunegrensene og staten ikke klarer å holde styr på at Nesodden fortsatt er en egen kommune.

I det videre arbeid er det behov for å prøve ut en mer forpliktende organisering av

grunnressursene i kommunene knyttet opp mot mer innovative helsefellesskap. Kommuner som har lokalmedisinsk senter eller på annen måte kommet langt i retning av en felles organisering av kommunehelsetjenesten, bør utfordres til å prøve ut et helhetlig helsesamarbeid (helsekommune), med felles helseplan og felles organisering og styring av kommunehelsetjenesten.

Fosen Helse og de tre nye kommunene på Fosen kan være en perfekt forsøksarena. Sterkere kommunesamarbeid kan kombineres med utvikling av flere sømløse helsetjenester og økt tilgjengelighet til nødvendig fagkompetanse i den operative 1.linjen. Et nytt og mer sammenhengende plansystem for hele kommunehelsetjenesten kan prøves ut i et avtalebasert samarbeid med helseforetaket.

Store muligheter for innovasjon i helsetjenestene kan også gjelde Vestfold, som er det eneste fylke hvor kommunestrukturen er systematisk forandret gjennom kommunereformen, fra 14 til 6 regionkommuner, alle med over 25.000 innbyggere.

Dette er bare noen av mulighetene på vei inn i et mer krevende reformpolitisk landskap der kommunene og landets helseforetak må være forandningsledere. Det er på tide å prøve ut nye former for helhetlig helsesamarbeid i funksjonelle kommuneregioner i kombinasjon med nye innovative helsefellesskap.

Vedlegg 8: Oppsummering av anbefalinger og tiltak for 2022 på "kunstig intelligens"-området

Merk at anbefalingene og tiltakene er skrevet for å utfylle pågående tiltak, både i regi av koordineringsprosjektet og i regi av andre aktører. Listene under viser derfor *ytterligere* tiltak på områdene. Oversikt over pågående arbeid og begrunnelse for valg av tiltak finnes i rapportene som det henvises til i teksten under.

Tiltak og anbefalinger fra rapporten "Tilrettelegging for bruk av kunstig intelligens i helsetjenesten - med utgangspunkt i det radiologiske fagområdet"

Anskaffelse og utvikling

Ytterligere tiltak:

- Koordineringsprosjektet vil gjennomføre pilot for tverretattlig regulatorisk veiledning høsten 2021. I den forbindelse vil koordineringsprosjektet drøfte en helhetlig utforming av videre regulatorisk veiledning, både fra etatenes og helsetjenestens side.

Anbefalinger:

- Helsetjenesten bør vurdere kompetansehevende tiltak på det regulatoriske området
- Kurs, e-læringsmoduler og andre kompetansehevende tiltak bør legges åpent tilgjengelig, slik at sektoren kan lære av hverandre, og har mulighet til å få det samme kompetansenivået
- RHFene kan vurdere å bruke "A Buyer's Guide to AI in Health and Care" som en del av arbeidet med å lage prosess for innovativ anskaffelse
- RHFene bør vurdere å koordinere seg og informere gjensidig om anskaffelser av medisinsk utstyr med kunstig intelligens

- Helsetjenesten kan vurdere felles anskaffelse som en del av arbeidet med gjennomføring av nasjonale handlingsplaner der enkelte fagområder kan løstes ved hjelp av teknologi

Kompetanse

Det *anbefales* følgende ytterligere tiltak på nasjonalt nivå:

- Helsetjenesten bør etablere en nasjonal kompetansetjeneste for kunstig intelligens, både for kommunal helse- og omsorgssektor og spesialisthelsetjenesten
- Helsetjenesten bør utarbeide en opplæringspakke for å øke kompetansen på kunstig intelligens for helsepersonell som allerede er i arbeid i både primær- og spesialisthelsetjenesten

Anbefalinger:

- Helsemyndigheter og helseforetak bør oppdatere informasjonen på sine nettsider etter hvert som kunstig intelligens blir tatt i bruk
- Helseforetakene bør tilby kompetansehevende tiltak til ansatte som har behov for å øke sin digitale- og basis kunstig intelligens-kompetanse
- Opplæringstiltak bør utarbeides i samråd med de respektive profesjonsgruppene
- Kurs, e-læringsmoduler og andre kompetansehevende tiltak bør legges åpent tilgjengelig

Trygghetsskapende tiltak for pasienten

Ytterligere tiltak:

- Koordineringsprosjektet vil være i jevnlig dialog med prosjektet "Tryggere helseapper" og Nasjonalt

velferdsteknologiprogram, inkludert "DigiHjem"

Anbefalinger:

- Helsemyndigheter og helseforetak bør oppdatere informasjonen på sine nettsider etter hvert som kunstig intelligens blir tatt i bruk

Samarbeid mellom forskning, næringsliv og klinikk

Ytterligere tiltak:

- Koordineringsprosjektet følger med på området

Anbefalinger:

- I fremtidig arbeid rundt TTO-enes rolle og ansvarsområder bør også innovasjons- og forskningsprosjekter med kunstig intelligens ivaretas
- Helsefellesskapene bør stimuleres til å initiere utviklingssamarbeid mellom helseforetak og kommuner der kunstig intelligens inngår og der kunstig intelligens-baserte løsninger aktivt kan implementeres i pasientforløp og annen oppfølging på tvers av forvaltningsnivåene
- Helsetjenesten bør aktivt bygge opp kompetanse på kunstig intelligens, samt synliggjøre gevinster og anvendelsesområder i samhandlingen og i tjenestemodeller på tvers og innenfor helsefellesskapene

Tilgang til tilstrekkelig gode datasett

Ytterligere tiltak:

- Opprettelse av delprosjektet "KI – data og algoritmer". Delprosjektet jobber videre sammen med sektoren for å tydeliggjøre behov for 1) bedre tilgang til data, 2) standardiserte data og 3) behov knyttet til sentralisert og/eller desentralisert lagring og analyse av data. Delprosjektet vil foreslå ev. nasjonale tiltak.

Anbefalinger:

- Nye registre og databaser bør utvikles med tanke på mulighet for kobling og utveksling av data, også på tvers av landegrenser, for å få stort nok og representativt datagrunnlag
- Det er viktig at tjenestene bruker anbefalte standarder
- Etatene fortsetter å delta i internasjonalt samarbeid

Juridiske problemstillinger

Ytterligere tiltak:

- De samarbeidende etatene i koordineringsprosjektet vil i løpet av høsten starte opp et arbeid med å lenke eksisterende veiledning, eller publisere ny skriftlig veiledning for de 13 juridiske problemstillingene

Etiske problemstillinger

Ytterligere tiltak:

- Topplerne i helseforvaltningen og helsetjenesten må diskutere etiske konsekvenser av kunstig intelligens og persontilpasset medisin på systemnivå

Mulige tiltak:

- Det bør vurderes om koordineringsprosjektet skal igangsette et arbeid om etikk i 2022
- Koordineringsprosjektet bør i 2022 gjøre en vurdering av hvorvidt det bør iverksettes nasjonale tiltak for å sikre oversikt over verdikjeden for produktet man kjøper, slik at produkter brukt i norsk helsetjeneste er utviklet i tråd med etiske prinsipper

Anbefalinger:

- Ledelsen i helsetjenesten må legge til rette for god dialog slik at helsepersonellet kan diskutere og løse

etiske problemstillinger som oppstår i arbeidet

Tiltak og anbefalinger fra rapporten

"Helseopplysninger i skyen"

Ytterligere tiltak:

- Koordineringsprosjektet legger ut /samler lenker til veiledningsmaterialet om skytjenester som er omtalt i dette dokumentet slik at de er lett tilgjengelige
- Koordineringsprosjektet følge avdekkede problemstillinger videre i delprosjektet "KI – data og algoritmer" (ansvar: Direktoratet for e-helse)

Anbefaling:

- Normen bør følge utviklingen på feltet skytjenester og oppdatere aktuelt veiledningsmateriell ved behov

Tiltak og anbefalinger på KI-området som er skrevet om i statusrapporten for Nasjonal helse- og sykehusplan (denne rapporten)

Anbefaling:

- Flytte fokuset ved innføring av KI fra "brøytekjøring" til hvordan man bedre kan nå helsefaglige mål
- Se kompetansebehov på KI i sammenheng med andre kompetansebehov på teknologi

Vedlegg 9: 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

Revidering av veileder for samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner



Brukermedvirkning	Arbeidsgruppe/egen referansegruppe (intern/ekstern representasjon)	Status Hva har skjedd og hva er planen fremover Innvirkninger av Covid-19 Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
3 repr. i arbeidsgruppen. Egne innspillsrunder med org. som representerer pasient/bruker/pårørende.	Konsensus mellom KS, RHFene og Hdir om hvordan arbeidet organiseres. Arbeidsgruppe med repr. fra KS/kommuner, RHFene, pårørendeorg, brukerorg. og Hdir. Bruke ref. gr. for NHSP oppdrag. Flere runder med brede innspillsrunder, før offentlig høringsrunde.	Innspillsrunder om ønskede endringer, hva som er viktig mv. er gjennomført. Bred målgruppe. Arbeidet er forsinket pga sykdom, men er nå reetablert med ny prosjektleder. Utkast til veileder planlegges sendt ut på innspillrunde ca. 23. november. Formell behandling i retningslinjestyret før formell offentlig høringsrunde i 1.kvartal 2022.	Avhenger av lengden på offentlig høringsprosess	Leveransen er en revidert veileder, som er basert på eksisterende veileder Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak - regjeringen.no	God og sammenhengende behandling og oppfølging for brukere og pasienter. En tydeligere samarbeidsstruktur. Bedre felles planlegging. Økt samordning. Bedre beslutningsprosesser. Tydeligere prioriteringer. Felles virkelighetsforståelse	Ses i sammenheng med delprosjektet "Styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer til helsefelleskapene". Ses i sammenheng med generelt arbeid med utvikling av registre, styringsdata og indikatorer.	Akseptabel	Revisjonsarbeidet ses i sammenheng med deloppdrag om utvikling av tjenestemodeller. Andre avhengigheter: - Alle andre NHSP oppdrag som er lagt til Hdir. - Endringer på velferdsområdet som berører samhandling – oppdrag om veileder mv.

Veileder for tjenestemodeller på tvers



Brukermedvirkning	Arbeidsgruppe/ egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
3 repr. i arbeidsgruppen.	Samkjøres med oppdrag om å revidere veileder for samarbeidsavtaler	Samkjøres med oppdrag om å revidere veileder for samarbeidsavtaler. Konkret avklaring av innhold av veiledningsmateriell gjøres løpende sammen med utvikling av ny veileder. Løpende vurdering av hva som tas inn i veileder og hva som evt. publiseres særskilt.	Følger arbeidet med å revidere veileder for samarbeidsavtaler.	Følger arbeidet med å revidere veileder for samarbeidsavtaler. Løpende publiseringer 2. halvår 2021	Mål i relasjon til NHSP: Formålet med en praktisk veileder for tjenestemodeller på tvers er å tilrettelegge for bedre sammenhengende tjenester med aktiv pasientmedvirkning. Arbeidet bygger på prinsippene for en pasientsentrert helsetjeneste Arbeidet med å ta frem en praktisk veileder for tjenestemodeller på tvers bygger på likeverdighet mellom aktørene innenfor en konstruktivt samspillskultur på tvers av tjenestenivåene. Formålet med en praktisk veileder for tjenestemodeller er å gi praktisk støtte til kommuner og helseforetak til å komme frem til gode praktiske tjenestemodeller ut i fra lokale forhold, som stimulerer til integrerte tjenester med utgangspunkt i en pasientsentrert helsetjeneste.	Realisering av helsefellesskap og etablering av tjenestemodeller på tvers.	Akseptabel	NHSP oppdrag veileder for samarbeidsavtaler



Styringsinformasjon og kvalitetsindikatorer til helsefellesskapene

Bruker-medvirkning	Arbeidsgruppe/ egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Arbeidet er presentert i ekstern referanse-gruppe. Diverse møter med samhandlings-organer og bl.a. Sykepleier-forbundet	Intern ref. gruppe i Hdir med helseregistrene og berørte/ relevante avdelinger.	Forsinkelser pga mangel på analysekapasitet og høy kompleksitet rundt definisjon av pasientgruppene. Definisjoner for tre av pasientgruppene er foreslått/avklart. Første rapport publisert primo mai. Andre rapport er under arbeid. Rapportene gir oversikt over arbeidet med definisjon av pasientgruppene. Det publiseres i tillegg et vedlegg for hver av pasientgruppene som viser bruk av ulike typer tjenester per helsefellesskap. Data fra 2019. Webside for styringsinformasjon opprettet. Inkluderer oversikt med lenker til annen relevant styringsinformasjon. Arbeides med å integrere pasientgruppene i dashboard for allmennlegedata Knapphet på analysekapasitet	Sees i sammenheng med det kontinuerlige arbeidet med styrings-informasjon og utvikling av kvalitets-indikatorer	1. Rapporter (se status) 2. Nettside med pekere til eksisterende informasjon. 3. Dashboard for styringsdata integreres med allmennlegedata	Legge grunnlag for en god og likeverdig dialog i helsefellesskapene som kan bidra til best mulig pasient-behandling og god pasientflyt mellom tjenester og forvaltnings-nivåer.	Effekt og videre utvikling måles gjennom dialog med helsefellesskapene	Kapasitet på analyse-ressurser. Usikkerhet rundt utviklingen av dashboard pga mangel på finansiering samt usikkerhet rundt fast kobling av data til dette formålet.	Øvrig arbeid med styrings-informasjon, utvikling av kvalitetsindikatorer, dashboard og verktøy for risikojustering (analyser og helseregistre). Øvrige prosjekt NHSP



Brukermed- virkning	Arbeidsgruppe/ egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for sluttføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Gjennomgående stor grad av bruker-medvirkning i arbeidet Vi har snakket med alle fire RHFer, 3 HFer og fått svar fra 9 kommuner i kartleggingen		Endelig rapport på første del av oppdraget ble sendt over til HOD 27.06.21	Første del av oppdraget ferdigstilt	Rapport	I første omgang: bedre beslutnings-grunnlag 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 og bedre felles planlegging, eventuelt også bedre beslutningsprosesser og økt samordning	Ingen p.t. i denne delen av prosjektet, vi avventer nå hva HOD vil gjøre i etterkant av rapporten og om det vil komme oppfølgingsoppdrag	NHSP-oppdrag kvalitetsindikatorer og felles styringsinformasjon; Prosjekt ved HSØ om framskrivning av TSB og psykisk helsevern (inkludert prosjekt om framskrivninger og kapasitetsbehov psykisk helse hos Hdir)

Utskrivningsprosessen



Brukermedvirkning	Arbeidsgruppe/egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
To bruker-representanter i arbeidsgruppa fra hhv. Funksjons-hemmedes felles-organisasjon og Personskadeforbundet	Eksterne representanter: - Helse Midt-Norge RHF - Helse Nord RHF - Helse Sør-Øst RHF - Helse Vest RHF - Kommunesektorens organisasjon - Oslo kommune - Direktoratet for e-helse - Den norske legeforening - Norsk Sykepleierforbund - Norsk psykologforening - Funksjonshemmedes fellesorganisasjon - Personskadeforbundet Interne representanter: - Avdeling spesialisthelsetjenester - Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester - Avdeling utvikling og digitale kanaler - Avdeling retningslinjer og fagutvikling I tillegg er det innhentet innspill fra Direktoratet for e-helse og en rekke avdelinger i Helsedirektoratet Det er skaffet tallgrunnlag fra Norsk pasientregister	Hva har skjedd Innhentet bakgrunnsinformasjon fra Norge og andre land Hatt møte med HOD om forståelse og utførelsen av oppdraget Innhentet bakgrunnsinformasjon fra Norsk pasientregister Fått innspill fra Direktoratet for e-helse og ulike avdelinger i Helsedirektoratet Drøftet hovedpunktene med referansegruppen for NHSP 2020-2023 Leverte rapport til Helse- og omsorgsdepartementet 1. september 2021	Rapport levert 1. september 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, er vurdert i ulike faser av utskrivningsprosessen. Dette er omtalt i rapporten fra arbeidet	Liten	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

Klarspråk i brevmalen for sykehusbrev



Brukermed- virkning	Arbeids- gruppe	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 Ressurssituasjon	Estimert tid for sluttføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhe- ngigh- eter
Pasient- organisasjon	Arbeids- gruppe er oppløst	Prosjektet for utvikling av brevmalen er avsluttet. Malene er ferdige og tilgjengelige for RHFene gjennom Sharepoint. Vedtak i interregionalt fagmøte for RHFene 23. november 2020: "Interregionalt fagdirektørmøte godkjenner nye nasjonale maler for innkallings- og venteliste-brev for spesialisthelsetjenesten. Interregionalt fagdirektørmøte støtter at videre forvaltning av brevene ses i sammenheng med regionenes felles forvaltning og utvikling av Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten og Digitale innbyggertjenester." Malene skal dermed implementeres av hvert enkelt helseforetak, og dette skal rapporteres gjennom deres "Årlig melding". HSØ har planlagt å bli ferdig i alle sykehusene innen høsten. Helse Nord begynner etter sommeren. Helse Midt og Helse Vest har ikke meldt når de ev. starter implementering. Den største endringen som er gjort med de nye malene, er at de er forkortet ved at særlig rettighetsinnholdet fra tidligere maler er tatt ut. Isteden viser brevene til informasjon på helsenorge.no, om f.eks. fritt behandlingsvalg. Hovedutfordringen som ble påpekt ved oppstarten av dette klarspråk-prosjektet gjaldt særlig at informasjon om forberedelser til behandling kunne være uklar og vanskelig å forstå. Informasjon om forberedelser var noe hvert enkelt sykehus måtte legge inn individuelt, og dermed var denne informasjonen ikke en del av malene eller underlagt noen sentral kvalitetssikring. De malene som foreligger nå har ikke gjort noe med denne utfordringen. Det er fremdeles de enkelte sykehusene som må legge inn informasjon om forberedelser. Men Helgelandssykehuset som først påpekte denne svakheten i sine pasientbrev har naturligvis forbedret dette lokalt, og dette klarspråkprosjektet har også satt søkelys på denne utfordringen i andre helseforetak. HSØ forbereder en sak til RHFenes AD-møte, om å utvikle enhetlig informasjon på felles nettløsning. Dette skal blant annet omfatte standardtekster om forberedelser til ulike behandlinger, og som skal kunne gjenbrukes i sykehusbrevene. Det er mulig at et slikt tiltak kan komme i gang fra høsten 2021. I dette klarspråk-oppdaget fra HOD er også HSØ bedt om å identifisere flere områder som kan forbedres med klarspråk, og etablere systemer og rutiner som sikrer at all slik kommunikasjon skrives i et klart språk. Her har HSØ gjennomført en spørreundersøkelse i helseforetakene for å identifisere flere områder, og vurdert at det viktigste fremover er å utvikle felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten og felles database for felles pasientinformasjon.	Sluttført	Nye brevmalen	Forventes at flere møter forberedt til behandling	Kan ev. måles om flere møter forberedt	Usikkert om Helse Midt og Helse Vest implementerer maler	

Gjennomgang av oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringstjenestene 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.



Brukermedvirkning	Arbeidsgruppe/egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Brukermedvirkning har vært ivarettatt ved: 2 brukerrepresentanter i arbeidsgruppen. 3x Behandling i Helsedirektoratets brukerråd og BrukerRop som har gitt innspill til planlegging, gjennomføring og rapportering. Brukerorganisasjoner og representanter har deltatt i us. Vedr. erfaringer med samhandling. Forprosjektet har vært drøftet i møte med HODs Kontaktforum-brukere	<u>Prosjekteier:</u> avd. folkesykdommer <u>Prosjektleder:</u> Avd. folkesykdommer <u>Arbeidsgruppe:</u> Avd. folkesykdommer, global helse, spesialisthelsetjenester, velferdsteknologi og rehabilitering 2 brukerrepresentanter (oppnevnt av FFO og BrukerRop) <u>Ressurser/referansepersoner:</u> Avd. kommunale helsetjenester, psykisk helse og rus, finansiering, levekår og helse, virksomhetsstyring, BrukerRådet, BrukerRop, Helsenord, Utviklingssentralene, NK-LMH, SSB Arbeidsgruppen for forprosjektet i helseforetakene og deres leverandør Deloitte	Felles rapport HSØ og Helsedir. er oversendt HOD, januar 2021. <u>Se rapport</u> - Delrapporter vedr. Helsedirektoratets forprosjekt er publisert: - Status innhold i samarbeidsavtalene mellom HF og kommuner vedr. L&M (NK-LMH). <u>Se egen rapport</u> - Status kunnskapsgrunnlag vedr. samhandling om L&M mellom HF og Kommuner (NK-LMH) <u>Se egen rapport</u> - Samhandling mellom helseforetak og kommuner om lærings- og mestringsevne – Erfaringer fra helseforetak, kommuner og brukerorganisasjoner (Helsedir). <u>Se egen rapport</u> - Status for tilbudet i kommunale frisklivssentraler og frisklivs, lærings- og mestringstilbud i kommuner uten FLS. (SSB). <u>Se egen rapport</u> Covid 19 medførte færre ressurser og forsinkelser i arbeidet i 2020. Frist for leveranse ble utsatt til januar 2021.	Des 2019 – januar 2021	Felles rapport med HSØ med hovedfunn fra kartlegging, forbedringsområder og anbefalinger for videre arbeid levert Hatt møte med HOD og Brukerutvalget våren 2021. Venter på tilbakemelding fra HOD Rapporten følges opp internt: Samarbeid/dialog med andre oppdrag og leveranser. Bl.a. innspill til Utskrivningsprosessen, Revidering av «Sammen om mestring», Veileder for samarbeidsavtaler, Tjenestemodeller.	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 av god kvalitet - 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 førerløp -Samhandling om L&M-virksomhet inngår i helsefelleskapene og er konkretisert i samarbeidsavtalene - Brukerne har økt helsekompetanse og deltakelse i egen oppfølging og behandling	Forprosjekt som er gitt HSØ skal gi oppdatert status, synliggjøre utfordringsbildet og peke på forbedringsområder for lærings- og mestringsevne i spesialisthelsetjenesten. Forprosjektet som er gitt til Helsedirektoratet skal: -Kartlegge status, synliggjøre utfordringsbildet og peke på forbedringsområder for oppgavedeling og samhandling mellom lærings- og mestringsevne i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten -Kartlegge status for kommunale lærings- og mestringstilbud Begge forprosjekt skal ivareta samiske perspektiv	Covid-19-pandemien gav økt arbeidsbelastning på medlemmer av prosjektets arbeidsgruppe og på ansatte i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det medførte forsinkelser, mangel på ressurser til gjennomføring og rapportering. Det medførte og lav svarprosent på undersøkelse av erfaringer med samhandling om Læring og mestring mellom HF og kommuner	HSØ har hatt ansvar for koordinering og hovedleveransen. Hdir har levert 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.

Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for barn og unge/FACT ung



Brukermed-virkning	Arbeidsgruppe/ egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Erfaringskonsulenter/ Organisasjoner barn/unge feltet	Utvidet arbeidsgruppe samt undergrupper. Deltagere: NKROP NAPHA RBUP RKBU NUBU Bufdir Mental helse ungdom Bufetat – Oslo KS Lokalt barnevern	Arbeidsgruppe med undergrupper har levert en omfattende rapport til Hdir. Hdir har laget en 10 sider anbefaling til HOD som er overlevert før fristen. Det er avtalt noen oppfølgingsmøter ut over høsten mellom Hdir og HOD	Utredningen er ferdigstilt og levert HOD 26.juni 2021.	Rapport levert til HOD.	Bedre beslutningsgrunnlag for videre arbeid med FACT ung.	Ingen måling		Forskning Rapporter Datagrunnlag tilgjengelig

Revidering av veileder for lokalt psykisk helse og rusarbeid «Sammen om mestring»



Brukermed-virkning	Arbeidsgruppe/egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Prosjekt et har blitt presentert i BrukerROP. En bruker-representant (Prolarnet) og en pårørende-representant (LPP) deltar i intern arbeidsgruppe. Det er gjennomført to innspillsmøter med bruker- og pårørende-organisasjoner.	Det er etablert intern arbeidsgruppe med deltagelse fra 6 avdelinger og to bruke/pårørendere presentanter. Referansegruppen for NHSP nyttes av prosjektet.	Prosjektet har vært pres. i DLM, avdelingsdirektørforum, BrukerROP og retningslinjestyret (27.4). NAPHA og Korus-nettverket har levert skriftlige innspillsdokumenter. Erfaringsinnhenting fra aktører og brukere av veilederen: Det er gjennomført 10 innspillsmøter i Juni, august og september med Bruker- og pårørende-organisasjoner, Statsforvaltere, kommuner, helseforetak, Legeforeningen, NSF. Prosjektleder har deltar i utarbeidelse av Pakkeforløp ROP. Prosjektet meldes inn til retningslinjestyret 12.12. med forslag til konsept (prioriteringer og problemstillinger). Covid-19 virker inn på prosjektet ved at flere arbeidsoppgaver løses av færre personer internt, noe som medfører utfordringer for arbeidsgruppen og nødvendig bistand utover arbeidsgruppa.	Innsiktsarbeidet, inkludert Innspillsmøter, har vært omfattende. Flere aktører har bedt om flytting av møter til over sommeren. Gjennomføringen av møtene har medført utvidelse av innsiktsfasen. Utkast til intern høring januar 22. Utkast til ekstern høring mars 22. Ferdigstilt revidering vår 2022.	Digitalisert og oppdatert veileder som er samordnet med andre normerende produkter.		NPR Brukerplan Brukertilfredshetsmålinger	Samordning med tilgrensende prosjekter. Særlig erfaringsinnhenting fra kommune, helseforetak, brukerorganisasjoner og kompetansemiljøer. Risikoen for forsinkelser er stor. Og det kan være hensiktsmessig å ta seg tid til god involvering fra aktørene. (NAPHA har allerede stipulert at de trenger tid fram til påske).	NHSP: særlig Praktisk veileder om tjenestemodeller på tvers Tverrfaglige oppsøkende behandlings- og oppfølgingsteam for barn og unge. Veileder barn og unges psykiske helse. Gjennomgang av nasjonale og regionale kompetansefunksjoner på området psykisk helse- og rusområdet. Felles faglige anbefalinger arbeid og helse. Framskrivninger og analyse av kapasitetsbehov i psykisk helse.

Veileder for barn og unges psykiske helse



Brukermedvirkning	Arbeidsgruppe/egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Brukerorganisasjoner har deltatt i innsiktsarbeidet og i referansegruppen og bidrar i utviklingen av veilederen. De som deltok i innsiktsarbeidet er: Barn av rusmisbrukere, Mental helse ungdom, Ungdomsråd og Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling/ KBT	Intern prosjektgruppe Direktoratsgruppe med Udir, Bufdir, Avdir, Husbanken, Landbruksdirektoratet Ekstern referansegruppe med brukerorganisasjoner, kommuner, BUP og forsknings- og kompetansemiljø	-Hdir har gjennomført innsiktsfase og publisert innsiktsrapporten Psykisk helsearbeid for barn og unge -Hdir har etablert en gruppe med de andre direktoratene (Udir, Bufdir, Avdir, Landbruksdirektoratet og Husbanken) -Hdir har hatt flere møter med referansegruppemøte som består av representanter fra kommuner, BUP, brukerorganisasjoner og kompetanse og forskningsmiljø. Det vurderes : -er det områder som er godt ivarettatt hvor det ikke er behov for anbefalinger? -hva er de viktigste utfordringene vi må gripe tak? -Hdir bestiller kunnskapssøk fra FHI/biblioteket og andre kunnskaps- og forskningsmiljø -Hdir utarbeider skisse til hvilke anbefalinger som er relevante og hva som er kunnskapsgrunnlaget for anbefalingene - Skisse presenteres for direktorats- og referansegruppe	Høsten 2022	Leveransen er en tverrsektoriell veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge. Veilederen er et oppdrag fra HOD. Den skal tydeliggjøre forventninger til samarbeid og samhandling på tvers av tjenester, nivåer og sektorer	Hindre uønsket variasjon Løse samhandlingsutfordringer Sikre helhetlig oppfølging av barn og unge med psykiske vansker	Vi må vurdere statistikk og data som kan følge med på utviklingen (NPR, KPR) Det som finnes er IS-24/8, som er en årlig rapport som gir en oversikt over årsverk, kompetanse og innhold i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid	Manglende forankring i direktoratene Ressurssituasjonen i prosjektet / hos deltakerne i arbeidsgruppene	Arbeidet med veilederen skal ses i sammenheng med revideringen av veilederen <i>Sammen om mestring</i> og andre tilgrensede produkter (veiledere, pakkeforløp, retningslinjer). Det må også ses hen til andre utviklingsarbeid som pågår som FACT-ung og framskrivingsoppdraget som har vært ledet av Helse Nord. Veilederen må også ses i sammenheng med lovforslaget som ser på endringer i velferdstjenestelovgivningen (Prop.100 L (2020-2021)). Formålet med endringene er å styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge og deres familier gjennom økt samarbeid mellom velferdstjenestene.

Hdir skal i samråd med RHFene, 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.



Brukermedvirkning	Arbeidsgruppe/ egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for sluttføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Brukermedvirkning er ikke klarlagt.	Det er ikke etablert arbeidsgruppe eller referansegruppe.	Kartlegging (beskrivelse) av fire nasjonale kompetansetjenester og åtte nasjonale og regionale kompetansesentre innen rus- og psykisk helsefeltet ble oversendt til HOD den 15.12.2020 innen fastsatt frist. Hdir besluttet i et internt møte den 24.11.2020 - i forkant av et møte med HOD den 01.12. - å <i>ikke</i> utarbeide en plan for oppdraget for øvrig. HOD har besluttet at de nasjonale kompetansetjenestene innen rus- og psykisk helse skal innlemmes i deres pågående gjennomgang av alle de nasjonale kompetansetjenestene. De inngår dermed ikke lenger i dette oppdraget (2021). HOD har i 2021 besluttet at oppdraget i sin helhet er avsluttet i og med kartleggingen (2020). Kartleggingen ble først påbegynt i mai 2020, da den ble nedprioritert som følge av covid-19 arbeid. Ressurssituasjonen har vært usikker.	15.12.20	Gjennomgang i form av en kartlegging av kompetanse tjenester og -sentre innen rus- og psykisk helsefeltet.	Formålet med kartleggingen er en oversikt som kan danne grunnlag for bedre utnyttelse av den samlede kompetansen til kompetansetjenestene og -sentrene innen rus- og psykisk helsefeltet.	Det er ikke relevant, da det kun er gjort en kartlegging uten tiltak.	Covid-19-arbeid har påvirket prioriteringen av oppgaver i avdelingen.	HODs gjennomgang av alle de nasjonale kompetansetjenestene. Ett tilsvarende oppdrag på akuttfeltet.

Felles nasjonale faglige anbefalinger arbeid og helse. Tema 1 individuell jobbstøtte



Brukermed- virkning	Arbeidsgruppe/ egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Brukermed- virkning er godt ivaretatt da representanter fra det sentrale brukerrådet i Arbeids- og velferdsdirektorat et og Helsedirektoratet deltar i styringsgruppen og to representanter fra BrukerROP i Hdir. deltar i prosjektgruppen	Følgende er opprettet: -Arbeidsgruppe/ prosjektsekretariat - Prosjektgruppe - Styringsgruppe Ekstern deltagelse fra relevante fagmiljøer fra NAV og helsetjenesten Workshop med ca. 30 eksterne deltakere fra praksisfeltet og brukerorganisasjoner planlegges i september 2021.	Styringsdokumenter er vedtatt av styringsgruppen. 4 møter i styringsgruppen og 6 møter i prosjektgruppen er avholdt. Innspill er tatt inn i arbeidsdokumentet (utkastet til nasjonale faglige anbefalinger) Utfordringer knyttet til de juridiske rammebetingelsene for et integrert tverretattlig samarbeid som IPS har forsinket arbeidet noe. Å ivareta skillet mellom arbeidsrettet oppfølging og helsehjelp kan være vanskelig å trekke ved en slik integrert samarbeidsform. Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet vurderer at det er behov for tydelige retningslinjer for hvilke opplysninger som kan deles med hvem på hvilke tidspunkt uten hinder av taushetsplikten, dokumentasjon av arbeidet og dataansvarlig/behandlingsansvarlig ved felles behandling av personopplysninger. Direktoratene mener derfor at departementene bør vurdere om det er behov for klarere lovregulering for IPS, både knyttet til selve metoden og behandlingen av personopplysninger. Etter er en lang og grundig saksbehandling ble et brev fra begge direktoratene oversendt HOD og ASD i begynnelsen av juli. Videre fremdrift er helt avhengig av hva Departementene blir enige om. Tema 2 «Utvikling og implementering av "HelseArbeid" ble vedtatt på styringsgruppemøtet 5 mars 2021. Endelig prosjektplan vil bli lagt frem på styringsgruppemøtet 10. september.	Utkast til høring ventes ferdig medio desember 2021.	Planlegger for ferdigstilling medio juni 2022	-En mer kunnskapsbasert praksis -Brukerne opplever et helhetlig og koordinert tjenestetilbud fra NAV og helsetjenesten -Større forutsigbarhet og mer likebehandling i tilbudet -En reduksjon av ubegrunnet variasjon i tilbudet på nasjonalt nivå -Tjenesteutøvere i NAV og helsetjenesten nyttiggjør seg de nasjonale, faglige anbefalingene som en kvalitet i arbeidet	Flere personer med moderate til alvorlige psykiske lidelser og personer med rusmiddel- problemer som ønsker ordinært arbeid deltar i arbeidslivet	Juridiske avklaringer Disse er fremdeles ikke avklart og medfører forsinkelser. Jfr. omtale under Status.	Prosjektet må sees i sammenheng med flere andre tiltak/ prosjekt i NHSP Revidere veilederen; "Sammen om mestring" Kartleggingen av lærings- og mestings virksomheten i kommuner og RHF ACT-/FACT-team, inkl. FACT ung. Prosjektet er en del av den felles arbeid og helsesatsingen. Samtidige tilbud fra helsetjenesten og NAV overfor brukere med sammensatte behov

Framskrivningsoppdrag psykisk helse



Brukermed virkning	Arbeidsgruppe/ egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status	Estimert tid for sluttføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikk erhet	Avhengigheter
		- Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon						
Brukerrepre- senter i prosjektgrup- pen, ledet av Helse Nord og Helse Sør- Øst	Prosjektgruppe og arbeidsgruppe nedsatt av Helse Sør-Øst og Helse Nord Helsedirektoratet deltatt som observatør. Egen intern gruppe i Hdir som ser på sammenheng mellom ulike oppdrag i NHSP.	Hdir leverte underlagsrapport 1. juli 2020 til Helse Nord. Frist for levering har blitt utsatt til 1. mars 2021 grunnet Covid-19. Helse Nord sendte et rapportutkast til prosjektgruppen like før jul og fikk mange tilbakemeldinger. Disse ble innarbeidet og nytt utkast ble sendt ut til arbeidsgruppen i mars. Etter dette har det vært en intern prosess i RHFene. Rapportutkastet ble lagt frem for AD-møtet i RHFene og gikk gjennom der. I etterkant har Helse Midt hatt innspill til rapporten og hatt behov for noen justeringer. Omtale av bemanning var også del av oppdraget. Helse Sør-Øst vurderte imidlertid at aktivitetsmodellen måtte være avklart før bemanning kunne vurderes. Helse Vest jobber nå med bemanningsdelen og leverer på denne til høsten. De vil også benytte fagpersonene, samt bruker- og tillitsvalgte fra RHFene som deltok i Helse Nord sin arbeidsgruppe videre. Det er ikke avklart om Hdir vil bli bedt om videre deltakelse. HOD har godkjent utsettelse og det var ikke omtalt i revidert oppdragsbrev til RHFene i juni. HOD har innkalt til møte med Hdir og ledelsen av prosjektgruppen i september. Her vil sannsynligvis rapporten bli presentert og Hdirs videre rolle avklart. Det er RHFene som må gjøre mye av endringene i sine tjenester, men det er viktig at dette skjer i god dialog og i et samarbeid med utvikling av Hdirs normerende produkter, særlig revisjon av Sammen om mestring. Normering av samhandling mellom kommune og spesialist et viktig rammeverk. Hdir ved NPR vil også ha en viktig rolle mht. å legge til rette for innsamling av data.	1. mars 2021. Det har videre blitt utsatt til 1. april 2021 og til 1. juni 2021 og nå sist til 1. juli 2021	Hdir sin leveranse til Helse Nord ble levert 1. juli 2020.	Hovedprosjekt og delprosjekter: Anbefale tiltak for å redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet. Rapporten fra Hdir i juli 2020 var et underlagsdokument som skulle inngå i grunnlaget for anbefalinger fra Fag og omstilling. Rapporten fra Hdir oppsummerer de føringene som ligger i Hdirs normerende produkter i dag om anbefalinger for ansvars- og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Rapporten løfter også noen aktuelle problemstillinger som Hdir anbefalte at Fag og omstilling tok inn i sitt arbeid.	Rapporten til delprosjekt Fag og omstilling kan være et bidrag til mulige målinger. Men det er vanskelig å si hvilke, da dette er avhengig av endelig innretning på deres leveranse og de analysene og beregningene de legger til grunn		Må ses i sammenheng med andre oppdrag i NHSP, som revisjon av Sammen om mestring og tverrsektoriell veileder for barn og unge og utvikling av FACT-Ung.



Utrede behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus

Brukermed-virkning	Arbeidsgruppe/egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Representasjon i referansegruppen: NCD alliansen. Pasient- og brukerombudet Fokusgruppe-intervju: NCD alliansen Pasient- og brukerombudet Pensjonist-forbundet Hdirs brukerråd	Styringsgruppe og arbeidsgruppe Etablert. Representanter fra Hdir. Intern nøkkelkompetanse Involveres ved behov. Referansegruppe: Sammensatt av: Et utvalg av aktører fra pasient- og bruker-organisasjoner; UH-sektoren; alle fire RHFene, samt representanter fra HFer i hver helseregion (oppnevnt av RHF); KS, NSF, Legeforeningen, Fagforbundet og Norsk fysioterapeutforbund	Hva har skjedd og hva er planen fremover Rapport levert HOD 18.juni, fremlagt i eget møte 23.juni. Avventer publisering. Innvirkning av Covid-19 og ressurssituasjon Kun digitale møter. Tidvis utfordring for representantene å forankre i egen organisasjon. Planlagt siste samling ble ikke avholdt, kommunikasjon ble gjort pr epost.	Gjennomført etter oppsatt plan.	Utredning / rapport til HOD. Publisert: Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus – Faglige og tjenestessigessige behov - Helsedirektoratet	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 Opplevelse av fagmiljø for sykepleiergruppen/tilgang på rollemodeller for nyansatte Uheldig hendelser, liggedøgn, reinnleggelser Implementering av nye arbeidsmetoder Pasienter: Pasienttilfredshet, tilfredshet hos pårørende, erfart samhandling mellom tjenestetilbydere, klagesaker	Komplekse årsaks-sammenhenger 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 (Har bidratt med data til utredningen.) RHF/HFenes interne arbeid med kompetanseplanlegging er under utvikling. (Data herfra har ikke vært tilgjengelig for utredningen.)

Etablere et system for å følge med på tilgang på og behov for sykepleiere



Brukermedvirkning	Arbeidsgruppe/egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Fokus har vært på involvering av profesjonsforeningene og representanter for tjenestene. Det er uklart hvordan brukermedvirkning eventuelt kan gjennomføres på en hensiktsmessig måte.	Intern referansegruppe med representanter for ASGH og KFHO. Vi har ikke opprettet en ekstern referansegruppe, men har tett kontakt med berørte parter enkeltvis (RHF, KS og profesjonsforeninger)	1) Hva har skjedd og planen framover 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). Vi har inngått avtaler om datautlevering. På områder med mangelfulle data, er vi i dialog med dataleverandørene om videreutvikling. Basert på innspillene og kartleggingen har vi skrevet et notat som konkretiserer hvordan vi går videre og som beskriver tilgjengelige data, foreslåtte indikatorer, vurderinger av hvordan data og analyser kan tilgjengeliggjøres, potensielle utfordringer og ulike aktørers behov/innspill. Høsten 2021 vil vi følge med på de foreslåtte indikatorene, lage analysenotater og tilgjengeliggjøre data for tjenestene. 2) Covid-19: Covid-19 gjorde at oppstarten ble forsinket, men vil ikke få innvirkning på framdriften videre. 3) Ressurssituasjon Tilfredsstillende foreløpig, men det avhenger av hvor tett og grundig situasjonen skal monitoreres	Det er ikke satt noen sluttdato. Fra og med høsten 2021 vil vi gjøre analyser av tilgang på og behov for sykepleiere (se leveranser), men det vil være behov for ytterligere videreutvikling og justeringer både i 2021 og senere i NHSP-perioden.	De første analysenotatene om tilgangen på og behovet for sykepleiere vil publiseres høsten 2021, og kunnskapsgrunnlaget derfra benyttes inn i direktoratets innspill om utdanningskapasitet i oktober 2021. Data vil publiseres på nett med Power BI etter hvert som ulike data er gjort tilgjengelig og offentliggjøring er avklart med aktuell dataleverandør. Det kan være nødvendig å dele data/analyser med tjenestene direkte (jf. usikkerhetskolonnen).	Bedre kunnskapsgrunnlag for HOD/KD/Hdir og tjenestene (kommuner, RHF og 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 tilgjengelig? Er tilgjengelige data og analyser <i>tatt i bruk</i> (på ulike nivåer)?	Direktoratet vil få nødvendige data fra RHF og KS, men det er usikkerhet rundt om tjenestene vil ta i bruk data og analyser fra det kommende systemet. Det blir en sentral jobb for å lykkes med å gjøre systemet til noe mer enn et system på statlig nivå. En mulighet er å knytte systemet til eksisterende prosesser hos HF/RHF og kommuner/statsforvaltere.	Vi er avhengige av eksterne aktører, både når det gjelder datatilgang og bruk av data og analyser. Prosjektet sees også i sammenheng med tilstøtende oppdrag i RHF, samt Hdirs oppdrag om klinisk breddekompetanse i sykehus.

Innsatsstyrt finansiering (ISF)



Oppdrag/ aktivitet	Brukermed- virkning	Arbeidsgruppe/ egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for sluttføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Vi jobber systematisk videre med å videreutvikling finansieringsordningene etter oppdrag gjennom tildelingsbrevet og etter innspill fra RHF-/HFene og andre, og hvor føringene i NHSP ligger til grunn for videreutviklingen. ISF utvikles og oppdateres årlig innenfor gjeldende rammer og i samarbeid med RHF/HF som bevilgningen er rettet mot, for å understøtte sørge-for ansvaret for spesialisthelsetjenester. I flere år har det særlig vært fokus på tjenester som understøtter samhandling og effektive digitale tjenester som understøtter bedre tjenester til pasientene også utenfor sykehuset.	RHFene HFene (fagmiljø) Direktorat for e-helse Andre	ISF-gruppen i avdeling finansiering i samarbeid med andre avdelinger i Hdir. For større endringer ofte i prosess med oppnevnte faggrupper med deltakere fra RHF/HF og ev. andre berørte (f.eks. profesjonsforeninger)	Vi har fulgt den fremdriften vi har planlagt med. Covid-19 er ikke til hinder for fremdriften så langt. Hva har skjedd i 2021? Digitale tjenester: Ingen endringer i definisjoner eller STG-er for digitale tjenester for 2022. Med bakgrunn i tilbakemeldinger fra RHFene foreligger det ikke konkrete store behov for utvikling av systemene nå. Vektene (refusjonene) for enkelte STGer vil justeres noe opp for 2022. Som oppfølging av NHSP kan nevnes to utredningsoppdrag som kan få betydning for videre utvikling av ISF og digitale tjenester Digi hjem "flytte tjenester hjem" (arbeidet ledes av Helsedirektoratet), Utredningsoppdrag de regionale helseforetakene knyttet til definisjoner og måltall for digitale tjenester (arbeidet ledes av Helse Nord) Eventuelle endringer fra dette vil vurderes for 2023. Ambulante tjenester: Etter dialog med de regionale helseforetakene er det et ønske å øke det ambulante tillegget noe. Dette kan også ses i sammenheng med at det er et ønske om å øke vektene noe på enkelte digitale tjenester. Samlet sett kan dette bidra til å understøtte samhandling og digitalisering ytterligere. Samarbeidsaktiviteter: Fra 2022 vil samarbeidsaktiviteter med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten inkluderes i beregningsgrunnlaget for ISF også for inneliggende pasienter som er meldt utskrivningsklare. Palliative tjenester: Her tydeliggjøres reglene, spesielt knyttet til barnepalliasjon. Fødselsomsorg: Det opprettes to nye DRGer for å ta høyde for de mer ressurskrevende fødsle (svangerskapsforgiftning). Kommunikasjon om finansieringsordningene og mulighetsrommet som ligger her er også en viktig del av arbeidet for å nå målene i NHSP.	Foreløpig ISF-regelverk for 2022 skal være klart primo oktober Endelig ISF-regelverk er klart i desember etter at statsbudsjettet er vedtatt og der kan det også komme endringer om det blir regjeringsskifte ISF utvikles og oppdateres årlig innenfor gjeldende rammer og i samarbeid med RHF/HF som bevilgningen er rettet mot, for å understøtte sørge-for ansvaret for spesialisthelsetjenester	ISF-regelverk. I tillegg leveres budsjett-messige konsekvenser av endringer til departementet	Ja	Målbart: Aktivitet, statistikk, samt ISF	Noe. Risiko: i hvilken grad mulighetsrom og ordningene brukes. Det kan forekomme noen justeringer på digitale tjenester i samråd med RHFene dersom det er behov for det. Det vil i tilfelle være mindre justeringer.	Ja andre prosjekt i bl.a. NHSP arbeidet er relevant. Digi Hjem



Videreutvikle finansieringsordningen kvalitetsbasert finansiering (KBF). Navn/beskrivelse videre: Resultatbasert finansiering (RBF)

Oppdrag/ aktivitet	Brukermed- virkning	Arbeidsgruppe/ egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for sluttføring	Lever anse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
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.	RHFene, Direktoratet for E-helse, kommunene	Avdeling finansiering med noe bistand fra NKI-systemet	I rute. Forslag til ny modell er oversendt til HOD. Vi har identifisert 7 nye indikatorer som inkluderes i modellen og har laget forslag til ny belønningsstruktur. To av indikatorene er allerede i NKI-ordningen, 5 er i ISF og må utvikles videre. Vi har hatt en høring internt på huset og med RHFene, samt en drøfting i brukerrådet. Innspill er innarbeidet. Vi har beregnet en fordeling mellom RHFene for midlertidig fordeling 2022. Vi vil beregne en endelig fordeling når årsdata for 2021 foreligger.	Rapport er levert, en beregning basert på ferdig definerte indikatorer og måltall er oversendt til HOD.	Lever	Økt grad av måloppnåelse på utvalgte indikatorer.		Valg av riktige insentiver indikatorer, med tilfredsstillende datakvalitet.	Utvikling av indikatorer i NKI-systemet, utvikling av ISF-systemet og arbeid i avdeling velferdsteknologi med prosjektet digi-hjem. Oppdrag RHFene som skal definere indikatorer og måltall for digital hjemmeoppfølging.

Gjennomgang av kompetansefunksjoner innen beredskap, akuttmedisin og katastrofemedisin



Brukermedvirkning	Arbeidsgruppe/ egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
I fase 2: Samle inn (questback) brukernes erfaringer med bruk av kompetansemiljøene	Intern arbeidsgruppe Ekstern referansegruppe er Nasjonalt råd for akuttmedisinske tjenester	Fase 1 ferdig: Overlevert kartlegging og faglig gjennomgang av kompetansemiljøene i spesialisthelsetjenesten på det akuttmedisinske området. Covid 19: Forsinket med 1,5 måned Fase 2: Avklaringsmøte med HOD 31.8.21. Prosess med kompetansemiljøene og tjenesten for utvikle ulike konsepter forbedring av kompetansemiljøene	Oppdrag avsluttet i Helsedirektoratet etter fase 1. HOD har besluttet at RHFene har ansvaret for fase 2 Fase 1, kartlegging, ble levert til HOD 27.01.21	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		Forsinkelse pga Helse- og omsorgsdepartementet arbeid med endring av ordningen med nasjonale kompetansetjenester	Helse- og omsorgsdepartementet arbeid med endring av ordningen med nasjonale kompetansetjenester



Revisjon av nasjonal retningslinje for akuttmottak

Brukermedvirkning	Arbeidsgruppe/egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Bruker-representant fra Norsk pasientforening	Eksterne representanter: - Helse Midt-Norge RHF - Helse Nord RHF - Helse Sør-Øst RHF - Helse Vest RHF - Den norske legeforening - Norsk Sykepleierforbund - Helsetilsynet - Norsk Pasientforening Interne representanter: - Avdeling spesialisthelsetjenester - Avdeling akuttmedisin og beredskap - Avdeling retningslinjer og fagutvikling - Seksjon innhold og digitale kanaler I tillegg er det innhentet kompetanse innenfor rettsmedisin for å vurdere anbefaling knyttet til skadedokumentasjon og sporsikring i akuttmottak	Hva har skjedd Har opprettet arbeidsgruppe som har bidratt til utarbeidelse av anbefalinger Har fått kunnskapsoppsummering fra FHI om ulike former for hastegradsvurdering (triagering) som er publisert her. Har innhentet kompetanse innenfor rettsmedisin for å vurdere anbefaling knyttet til skadedokumentasjon og sporsikring Har hatt retningslinjen til intern høring i Helsedirektoratet Hva er planen fremover Hovedpunktene i retningslinjen drøftes med referansegruppen for NHSP 2020-2023 i september 2021 Retningslinjen er sendt til ekstern høring 17. september med frist for innspill 17. november 2021 Innvirkning av covid-19 Forsinket oppstart av arbeidet, god fremdrift nå	Desember 2021	Revidert nasjonal retningslinje	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 2020-2023 knyttet til utskrivningsprosessen og styringsinformasjon fra akuttmottak

Styringsinformasjon for akuttmottak og akuttjenesten



Brukermed-virkning	Arbeidsgruppe/egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Ingen bruker-organisasjoner er foreløpig involvert.	Intern arbeidsgruppe delvis etablert. Eksterne ressurser fra RHF på plass (første møte blir i ultimo mars/primo april): Helse Vest: Anita Lyngøy Annelin Voraa Steinsne Helse Nord: Lars Røslie Helse Midt-Norge: Lars Erik Laugsand Lars Petter Bache-Wiig Bjørnsen Lars Eide Næss-Pleym Helse Sør-Øst: Sindre Mellesmo Jørn Rasmussen Henry Achterberg Benedicte Severinsen Christel Ingeborg Grønqvist Meyer	Det ble gjennomført to møter i perioden april-juni med representanter fra RHF/HF. Disse representerer i stor grad akuttmottak ved flere helseforetak. Hdir har vært representert med både helsefaglig og datakilde kompetanse. Møtene har fokusert på hva som vil være aktuell styringsdata for virksomhetene, hva som finnes i dag og hva som evt. må vurderes utviklet. Det var nytt møte i primo september med en kritisk gjennomgang av foreslåtte indikatorer. Grunnlag for å lage en første versjon av en indikatorliste for akuttmottak. Det planlegges i tillegg møte med representanter for prehospitaltjenester for å identifisere aktuelle indikatorer for akuttvirksomhet innen denne delen av tjenesten. Det jobbes også med en rapport som skal oppsummere arbeidet hittil, samt konkretisere det som i dag foreligger av styringsdata og hva som kan være mulige fremtidige indikatorer.	Dette er foreløpig planlagt som en løpende oppgave i planperioden.	Målet er å identifisere et sett av indikatorer som er relevante som styringsinformasjon for akuttjenesten Fase 2 er å utvikle en web-basert løsning for publisering rutinemessig.	Bedre styring og utvikling av akutt-tjenester gjennom bedre og hyppig oppdatert styringsinformasjon	Indikatorsett for akuttjenesten. Ikke konkretisert p.t.	Om datakilder dekker behovet for indikatorer. For en del ønskede indikatorer eksisterer det i dag ikke datakilder. Det må da vurderes om dette skal etableres gjennom en vurdering av nytte opp mot kostnader/Rapporteringsbyrde.	I første omgang helsefaglig kompetanse på innhold i tjenesten. I neste fase med web-baserte løsninger er det behov for ressurser med kompetanse på slike løsninger, verktøy som må brukes. Kodeverk, registreringsløsninger/-praksis og innrapportering fra tjenestene. Styringsinformasjon knyttet til veileder – personell; dette er nyttige data som det er usikkerhet ift. datakilde.



Bruker-medvirkning	Arbeidsgruppe/egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status	Estimert tid for slutføring	Leveranser	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Vi involverer brukere i hver enkelt utredning. For "God klinisk praksis og behov for normering ved bruk av KI innenfor radiologi" har vi brukere på mange nivåer, og vi har derfor hatt møter med 100 representanter. Dette omfatter blant annet representanter for brukerutvalgene i alle RHF-ene og Kreftforeningen.	Styringsgruppe: - Hdir (eier), E-helse, SLV, alle RHF-ene - KS og Helsetilsynet er nå også med i samarbeidet - Vi vil trolig be FHI om være med Delprosjekter gjennomfører utredningene, gjennomfører tiltak, og involverer nødvendige miljøer, organisasjoner og ressurser som passer til hver enkelt utredning. Prosjektledergruppe for lederne for delprosjekter og aktiviteter. Kompetansenettverk ledes av RHF-ene, og etatene er invitert inn	Alle helseforetakene har god aktivitet og bruker kunstig intelligens i klinikk. Gjenkjenning av strukturer i bilder er største bruksscenarioet, og brukes både innenfor radiologi og patologi. Største risikoen nå er svært lite kapasitet hos alle de samarbeidende etatene når det gjelder jurister. Miljøene får for lite tverretattlig veiledning.	Ikke besluttet, men trolig vil det være naturlig å avslutte prosjektet samtidig med innværende sykehusplan .	Delprosjekter/aktiviteter høsten 2021. Ansvarlig og frist i parentes, men alle arbeider sammen på alle tiltak som Hdir eller E-helse er ansvarlige for: "Hvordan sikre et godt koordinert arbeid innenfor KI-området« (Hdir, levert 4/6) - God klinisk praksis og behov for normering (Hdir, levert 1/10) - Helseopplysninger i skyen (Hdir, levert 1/10) - Veiledning av KI-prosjekter (Hdir, 20/12) - nedscopet - Pilot tverretattlig veiledningstjeneste (Hdir, 20/12) - Oppdatering av flytdiagram og veileder (Hdir, ca 1/9 - forsinket) - Tverretattlig informasjonsside (Hdir, 1. versjon ca 20/12) - Statusrapport (Hdir, 1/10, lagt inn i rapporteringen for NHSP) - KI i primærhelsetjenesten (Hdir, notat om kommunene levert 1/10, oppsummering 20/12) 12 juridiske problemstillinger fra årets utredninger (Hdir, frist ikke besluttet) «KI – data og algoritmer» (E-helse) - Ta KI i bruk i innføringsprosjekter (RHF-ene) - Sammenhengende og strømlinjeformet prosess for innovativ anskaffelse av CE-merket medisinsk utstyr med kunstig intelligens (HSØ) - Veileder for krav til anskaffelser (HSØ) - Nasjonalt kompetansenettverk (RHF-ene)	Ikke egne mål for å unngå vridningseffekt Ønsker å gå over til hvordan KI/teknologi bidrar til å nå de helsefaglige målene Fra NHSP: - raskere og mer presis diagnostisering - bedre behandling - mer effektiv ressursbruk	Ikke besluttet	- Liten/usikker tilgang til jurister i etatene for tverretattlig samarbeid og veiledning - Lav teknologi-/KI-kompetanse (helsepersonell, ledere, jurister) - Pukkelkostnader - Manglende oversikt over verdikjeden (ivaretagelse av etisk høy standard) - Mangler systematisk håndtering av krav til KI-produkter i anskaffelsesprosessen, inkludert «validering» - Nye krav til infrastruktur	Bruk av KI treffer bredt og kan ses i sammenheng med en rekke aktiviteter. Vi arbeider derfor med avhengigheter i forhold til hver utredning/hvert tiltak, ikke i forhold til prosjektet som helhet. Vi fokuserer på å finne gap som ikke er dekket og vurdere tiltak relatert til gapene.



Brukermedvirkning	Arbeidsgruppe/egen ref. gruppe (intern/ekstern representasjon)	Status - Hva har skjedd og hva er planen fremover - Innvirkning av Covid-19 - Ressurssituasjon	Estimert tid for slutføring	Leveranse	Effekt	Måles	Usikkerhet	Avhengigheter
Har ingen formalisert brukermedvirkning (pasienter/pasientorg) på overordnet nivå, men brukermedvirkning knyttet til noen av tiltakene. Digital behandlings- og egenbehandlingsplan har hatt pasientorg i egen styringsgruppe og en betydelig representasjon av pasienter i arbeidet. I arbeidet med Pasientrapporterte opplysninger PROM/PREM er brukerorganisasjoner invitert inn til innspillsforum.	Styringsgruppe, koordineringsgruppe, arbeidsgrupper knyttet til hvert tiltak. Alle RHFene deltar i styringsgruppen. De har i fellesskap definert at HSØ skal koordinere mellom RHFene og de bidrar med en person inn i koordineringsgruppen For hvert av tiltakene som omfattes av dette oppdraget vil RHF, KS/kommuner, FHI, SLV og Dir for ehelse bli invitert med i arbeidet	7 tiltak følges opp - Råd og veiledning, Helsedir - Datadelingsinfrastruktur, Dir for ehelse - Video, Helsedir og NHN - Indikatorer, Helsedir - Pasientrapporterte data, Helsedir - Metodevurdering, FHI Tiltakene er i ulike fase ut fra oppstartstidspunkt og fremdriftsplan. Alle tiltak følges opp i henhold til plan. For hvert av tiltakene er det definert leveransetidspunkt i 2021, 2022 og 2023 1 av de prioriterte tiltakene følges ikke opp under dette oppdraget, men et tilgrensende prosjekt (Tryggere helseapper) er i planfase – samarbeid mellom Helsedir og NHN	Ettersom det er mange tiltak med ulike fremdriftsplan vil noen tiltak ha leveranser i 2021, andre tiltak vil gå helt frem til 2023	Det vises til statusrapport til HOD 1. mars 2021. Leveranser knyttet til hvert av tiltakene er spesifisert i statusrapporten. Video - NHN har levert en løsning som virksomhetene kan ta i bruk Råd og veiledning - Det er publisert en egen nettside på helsedir.no med Teknologi i pasientens helsetjeneste - Helsedirektoratet Datadelings-infrastruktur - Rapport ble overlevert HOD i mai Behandlings- og egenbehandlingsplan - Tilsagn om tilskudd på 41,7 mill kroner fra Digdir Pasientrapporterte data - Leveranse 15. november Metodevurdering - Forankring av løsningsforslag pågår Indikatorer Samarbeid med Helse Nord	Tiltakene bidrar til at tjenester som tidligere krevde oppmøte ytes til pasientene ved hjelp av teknologi	Indikatorer som det pågår prosess for å utvikle. E-helsemonitor vil bli vurdert for måling. Gevinstplan med målepunkter utarbeidet i forbindelse med tiltaket digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner	Ressursallokering Prioritering av digitaliseringstiltak	Leveranser knyttet til andre oppdrag fra HOD til Helsedir, eksempelvis på finansieringsområdet. Planlagt utredning om "tryggere helseapper" der Helsedirektoratet i samarbeid med Norsk helsenett utarbeider kunnskapsgrunnlag vedrørende kvalitetssikring av helseapper. Prioritering av digitaliseringstiltak Endringsprosesser i virksomhetene

