



Oppsummering frå dialogmøte 30. oktober 2017

Bakgrunn

Som oppfølging av ekstraordinært dialogmøte 7. april og 20. juni knytt til arbeidet med utviklingsplan, kalla direktøren inn til det tredje dialogmøtet 30. oktober 2017.

Dialogmøte mellom kommunane og helseføretaket i Møre og Romsdal er nedfelt i samhandlingsavtalen sin delavtale 12.

«Dialogmøte er et forum der representanter for politisk og administrativ ledelse i helseføretaket og kommunene møtes for informasjonsutveksling og drøfting av prinsipielle saker» (Samhandlingsavtalen, 2015:delavtale 12).

Målgruppe: Politisk, administrativ og fagleiing i kommunane, administrativ- og fagleiing i helseføretaket. Relevant fagpersonell i kommunane og helseføretaket. KS, Fylkeskommunen og Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal HF. Utdanningsinstitusjonane i Møre og Romsdal.

Mål: Presentasjon og dialog om utviklingsplanen – drøfte vidare arbeidsprosess for å konkretisere arbeidet med mål om handling.

Dialogmøtet vart arrangert i Molde ved Scandic Hotel Seilet.

Samandrag

Leiar i KS Anders Riise og administrerande direktør i Helse Møre og Romsdal HF (HMR) Espen Remme, ønska deltakarane velkomen.

Første del av dagen vart via til brukarperspektivet og samhandlingsperspektivet. Her fekk vi fortløpande innlegg frå ulike innleiarar. Nedafor er nemnt nokre punkt frå presentasjonane. Presentasjonane i si heilskap, vert lagt ut på nettsida <https://helse-mr.no/om-oss/utviklingsplan>.

- **Ingrid Løset** frå Brukarutvalet i HMR ga oss eit innblikk i brukaren sitt perspektiv på utviklingsplana. For dei er det viktigast med **Tryggleik, Tillit og Tilgjengelegheit**.
- **Marianne Rønneberg**, fastlege i Tingvoll kommune og praksiskonsulent i HMR, presenterte synspunkt frå Klinisk samhandlingsutval barn og unge (oppretta 2015). For dei er det viktig med forsvarlege og gode helsetenester for barn og ungdom i Møre og Romsdal. Det bør vere forutsigbare samarbeidsformer mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenesta. Viktig med kjennskap til kvarandre sine fagområder og kompetanse, både internt i kommunane og i helseføretaket og mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Tre innsatsområder:

1. God kvalitet på samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.
2. Behov for eigen samhandlingsavtale med fokus på barn og unge mellom kommunar og HMR.
3. Etablere faste møtepunkt på leiarnivå mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Veival/tilråding: «Heilskapleg pasientforløp kan bidra til å løyse dei uklare ansvarsområda/oppgåvefordelingane»

- **Kari Marie Remø Nesseth**, avdelingssjef Tverrfagleg Spesialisert Rusbehandling (TSB) i HMR, presenterte «Framtidsretta pasientbehandling og god bruk av ressursar» frå arbeidsgruppa i psykisk helsevern og rus.

Prioriterte områder:

1. Likeverdig behandling uavhengig av kva kommune du bor i
 - a. Ei adresse inn for psykitari, rus og habilitering.
 - b. Andre skal vurdere og fordele kor pasienten skal inn til behandling.
 - c. Pårørande bør vere i fokus som eigen målgruppe.
2. Oppgaveoverføring frå spesialisthelsetenesta til kommunane
 - a. Kommunane skal ta større ansvar for behandling og oppfølging av pasientar.
 - b. Vurdere å besøke fastlegane i staden for å irritere seg over at fastlegane ikkje kjem på møter. Forståing for deira hektiske kvardag med mange pasientar.
3. Pasientar med samansatte psykiske- og rusrelaterte lidelsar
 - a. Få pasienter i kommunane, men som tek mykje plass og ressursar.
4. Helsefremmande og førebyggjande tiltak
 - a. Aukande alkohol- og medikamentbruk hos eldre 50-70 år. Ringvirkningar for påørande.

Arbeidsgruppa ser føre seg at i perioden fram til 2034 vil vi trenge auka poliklinisk kapasitet, det vert færre innleggingar og det er etablert fleire ambulante team.

- **Sindre Klokk**, fastlege i Ålesund kommune og praksiskonsulent i HMR, presenterte «Styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus».

Det er eit felles ansvar mellom helseføretak og kommunane. Den nye akutforskrifta legg strenge føringar og små kommunar ser at dei kan få store problem med å fylle krava. Befolkninga stiller samstundes større krav til tilgjengelegheit, kvalitet og innhald.

Når ein skal sjå på kva veival ein bør gjere i denne samanhengen, er det fleire usikkerheitsmoment i biletet:

- Kommunesamanslåing, ny sjukehusstruktur, endringar i funksjonsfordeling og helsetilbod
- Infrastruktur er i endring med nye vegprosjekt
- Auka og endra andel av eldre. Kva kommune har flest eldre?

Forbetringsområder:

- Meir konkret og forpliktande samarbeid som kan forankre samhandlingsavtalar
- Etablere samarbeidsorgan, gjerne knytt til dei fire legevaktsområda
- Lokalisering av legevakt og ambulansestasjonar
- ØHD/KAD kan samlokaliseras med døgnåpen legevakt
- Differensiert transporttilbod – kvite ambulansar
- Betre styring av transport – samarbeid mellom Pasientreiser og AMK
- Langsiktige avtalar om beredskapsferger og lokalisering av ambulansebåtar
- Overføring av data frå ambulanse til legevakt, e-melding frå kommune til legevakt for å forbetre informasjonsflyten mellom nivåa

- **Berit Kvalsvik Teige**, forskningssjef i HMR presenterte Strategi- og handlingsplan for forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling for HMR HF (FIUK-PLAN). -Nok helsepersonell med rett kompetanse.

Framtidas kompetansebehov: Det er stor merksamd kring den kommande mangelen på arbeidskraft og kompetanse i helsetenestene i Noreg generelt. Framtidas kompetansebehov skapast i eit komplekst samspel mellom ei rekke faktorarar, fleire av dei er vanskelege å sjå føre seg og å kvantifisere.

For at HMR skal kunne møte framtidens utfordringar på best mogleg måte, krevst det ei målretta fokus på forskning, innovasjon, utdanning/kompetanseutvikling og rekruttering.

- **Britt Valderhaug Tyrholm**, samhandlingssjef i HMR, presenterte «Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient – frå symptom til heilskap»

Kva er viktig for Ola og Olaug?

-Flytte fokus frå kva som feiler deg til kva som er viktig for deg

Målet er heilskapelege helsetenester og førebygge reinnleggingar/innleggingar i sjukehus. Satsinga er ein viktig strategi for å utforme systematikk og struktur i oppfølginga og tiltak for å sikre overgangane mellom tenestnivåa.

Arbeidsmetodar og verktyg er i all hovudsak henta frå det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet «I trygge hender» der desse områda er vektlagt

- Involveringa av fastlegar
- Tidleg mobilisering og rehabilitering
- Fallførebygging
- God ernæring
- Trygg utskrivning frå sjukehus
- Samstemte medikamentlister
- Plan ved forverring
- Felles kompetansebygging

Det er etablert faste læringsnettverk som består av forbetringsteam frå både kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Dei skal arbeide for å iverksette pasientforløpet. Læringsnettverka blir fulgt opp og støtta av ei brei fagleg og partssamansett ressursgruppe.

Som ei oppfølging av orienteringa om samhandlingsperspektivet, var det lagt opp til paneldebatt og diskusjon.

Det var særleg merksemd om behovet for å sikre rekruttering, utvikling og behalde kompetanse både i HMR og i kommunane. Behovet for samarbeid også med utdanningsinstitusjonane vart løfta fram for å sikre nok kvalifisert personell i fylket, i høve til dei forventa helseutfordringane og forventa vekst av helsetenester.



Andre del av dialogmøtet vart via til føretaksperspektivet med ulike vinklingar, prioriteringar og utfordringar.

Ivaretaking av dei ansatte i SNR var eit spørsmål frå salen før lunsj. Dette blei besvart av Adm.dir. Remme og Ketil Gaupset, prosjektsjef for SNR. Nybygg er rekrutterande i seg sjølv. Nokre får lengre reiseveg til jobb og i desse dagar startar eit organisasjonsutviklingsprosjekt som skal sjå på fleksible arbeidstidsordningar.

- **Jo-Åsmund Lund**, Fagdirektør i HMR presenterte «Kontekstmodell for HMR HF: – pasientens helseteneste – pasientverdiprosess - samhandling».

Vi må halde oss til ulike drivare i dette arbeidet:

- Demografi/aldrande befolkning
 - Epidemiologi/auking i kroniske sjukdommar
 - Auka tal tilfelle av kreft i året
 - Medikament (kven skal få behandling når, og når skal ein stoppe beh.?)
 - Teknologi
 - PET, sengeplassar, robotkirurgi
 - Medisinsk og teknologisk utvikling
 - Globalisering/det grønne skiftet
 - Den nye tenestemottakaren
- **Stian Endresen**, fastlege i Ulstein kommune og praksiskonsulent i HMR tok føre seg desentralisering av tenestetilbod, inklusive avtalespesialistane. Han har leia arbeidsgruppa som har utarbeida utkastet til utviklingsplana knytt til dette emnet. Han stilte opne spørsmål om kva slags avtalespesialistar vi skal ha i Møre og Romsdal og kva tilbod DMS Sunndal skal innehalde? Er spesialisthelsetenesta allereie desentralisert? Vi har i dag mange avtalespesialistar innan ØNH, gynekologi, psykiatri mm. Møre og Romsdal som fylke må ta omsyn til at reisetida er lang for nokre av våre innbyggjarar. I mange høve er det behov for desentralisert spesialisthelseteneste, der prinsippet er at spesialisten reiser til pasientane og ikkje omvendt.
 - plenumsdiskusjon
 - **Jan Ole Bolsø**, Lærings- og meistringssenteret presenterte viktige punkt knytt til opplæring av pasientar og pårørande og kva behov helsetenesta har knytt til at pasientane meistrer eigen sjukdom. Den økonomiske vinninga vil nok komme kommunane til gode meir enn helseføretaket. Viktige spørsmål er kven som skal drive med opplæring av pasientar og pårørande? Korleis skal vi (helseforetak-kommune-brukarorganisasjon) samarbeide om denne oppgåva? Forsking knytt til læring og meistring gjerast på regionalt plan (NTNU).

Prioriterte tema:

- Pediatri
- Bygningsmessig utviklingsplan
- PET
- PCI
- Desentralisering av tenestetilbod, inkl. avtalespesialistar

Opplæring bør vere ein del av pasientforløp!

- **Anne Lise Sagen Major**, prosjektleiar Helseplattformen i HMR, presenterte moglegheitsrommet som ligg i denne løysinga som helseplattforma er. Ho viste og til kva som krevst av dei tilsette for at dette skal verte vellukka. Helsetenestene skal riggast rundt pasienten.
Pasientforløp knytt til case om Silje som er gravid. Gjennom hennar svangerskap og fødsel, kan ho vere i kontakt med så mange som sju ulike helsetenester, med kvar sine journal-system (fastlege, jordmor, gyn.pol. mfl.). Kan ho i framtida ha ein app som viser kvar i forløpet ho befinn seg? Kor ho og finn kva for opplysningar som vert lagt inn og som vert tilgjengeleg for andre behandlarar, slik at ho ikkje sjølv vert ansvarleg for munnleg overføring av viktig informasjon?

Implementering av helseplattforma er tenkt i samband med innflytting i nytt sjukehus på Hjelset. Avklaring om dette kjem på plass før eller etter innflytting vert avklart i 2018.

Gruppearbeid:

For gruppediskusjonen var følgjande spørsmål sett opp;

- Med bakgrunn i dei prioriterte utviklingsområda - Korleis gå frå plan til handling?
- Med bakgrunn i gjennomført utviklingsplanprosess - Korleis kan kommunane, helseføretaket og brukarane oppnå legitimerande planprosessar for framtida?

Innleiingsvis ønskja direktør Espen Remme også tilbakemelding på behovet for kommunal medverknad i høve til strukturelle omstillingsprosessar. Det vart derfor lagt til eit ekstra spørsmål:

- Gitt helseføretaket sine driftsøkonomiske utfordringar; korleis sikre kommunal medverknad i strukturelle omstillingsprosessar?

Oppsummert kan diskusjonen samanstillast slik;

Å gå frå plan til handling

Det visast til behovet for å sette pasienten i sentrum.

Det vart stilt spørsmål om planen er godt nok forankra og kven som besluttar handling;

- Dette gjeld arbeidsgruppene for dei prioriterte områda og samansetning og i kva grad representantana har sikra forankring internt i eigen organisasjon.
- Å finne tråden i kor dei ulike prosessane gjeng føre er utfordrande og kor ein skal adressere ulike prosessar og diskusjonar. Det er behov for strukturert og god informasjon.
- Det er behov for å utvikle felles møtearenaer mellom leiing i HMR og kommunane, for å fremme ei felles forankring og forståing om implementeringsarbeidet.
- I høve til implementering er det nødvendig å konsentrere seg om eit prosjekt om gongen og krav til gjennomføring før ein går vidare til neste prosjekt.
- Det å kunne melde seg ut av samhandlingsarbeidet vert vist til som ei prinsipiell utfordring.
- Planar må ha legitimitet i befolkninga.
- Det er behov for personar til å handtere oppgåvene.

Det vert vist til dei økonomiske utfordringane til helseføretaket og det er behov for å rydde i struktur båd i føretaket og kommunane.

Samarbeidet kan delast mellom systemretta samarbeid og pasientretta samarbeid, som må skje på ulike nivå. Samhandlinga må støttast gjennom hensiktsmessige strukturar og det vert vist til ei inndeling mellom overordna, fagelg og lokal samhandling, som skal foregå mellom HMR og kommunane i fylket. Samhandlingsavtalene skal understøtte samhandlingsarbeidet og det er potensiale i høve til detaljeringsgrad og i høve til implementering i den enkelte organisasjon.

Andre tiltak som vart vist til;

- Kombistillingar mellom HMR og kommunane
- Innføring av avtalar mellom HMR og avtalespesialistar
- Innføring av Helseplattformen
- Innan barn og unge – implementering av Mission Possible og Kvalitet i alle ledd i Møre og Romsdal.

Evaluering av utviklingsplanprosessen

Det vert vist til at prosessen har vore hektisk og at det i framtida er behov for meir tid og ressursar for gjennomføring. Det er ein del skepsis hos kommunane på grunn av manglande tillit til helseføretaket.

Det er behov for ein tettare dialog med kommunane før kontroversielle forslag vert fremma. Det er behov for god dialog med politisk leiing i kommunane i fylket før og under prosessar og vedtak.

Det er behov for å nytte meir tid på medverknadsprosessar med lengre frist på høyring, slik at kommunane får tid til å behandle sakene politisk. Kommunane må ikkje inviterast inn til samarbeid som «gislar».

Utviklingsplanarbeid handlar om å sjå moglegheiter, prøve ut nye ting, våge å feile og teste ut nye metoder saman med kommunane.

Kommunal medverknad i strukturelle omstillingsprosessar

Til spørsmål frå direktøren om korleis sikre kommunal medverknad i høve til framtidige strukturelle omstillingsprosessar, vart dialog vist til som særskilt viktig og at dette må skje mellom leiinga i helseføretaket og leiinga i kommunane. Ein gjer også vel i å nytte dei etablerte strukturane som ligg til samhandlingsavtalen og regionråda.

Helseføretaket må kommunisere tydeleg ut kva for tilbod ein vurderar skal endrast, kommunane må bli involvert før endeleg avgjerd og i ROS-analyser for planlagte tiltak som får konsekvensar for kommunane.

Det er behov for å sikre nok tid for kommunane i høve til å kunne politisk behandle vedtak og ein viser til høyringsperioden og behovet for lengre frist. Møter må arrangerast i god tid før beslutningar skal takast.

Eit gruppe deltakarar vel å snu på problemstillinga – *gitt den økonomiske utfordringa til kommunane..* Det blir viktig i framtida å sjå det heile biletet samtidig og ikkje berre isolere det til delar av helsetenesta. Dersom ein berre drøftar enkeltområder/diagnosar, vert diskusjonane unyanserte.

Innspel:

- Forskjellen på politikk og realpolitikk
- Kva er ok å snakke om? Kva er dei reelle rammebetingelsane vi har?
- Samhandlingsfora som eksisterar: Vi kommuniserar og delar erfaring og styrker kvarandre fagleg. Men å snakke om djuptgripende tema om fag/øk./strukturelle endringar, gjer ein ikkje.
- Viktig at vi har lokale og overordna utval der ein kan møtast, men utvala har ingen reell makt.
- Plan til handling? Da må vi prioritere! Vi har ikkje gode nok og saumlause pasientforløp for å forebygge innleggingar.
- Reinnlegging: Kvifor blir ein reinnlag? Kven blir reinnlagt?
- I forbindelse med eit prosjekt med underernæring hos eldre over 67 år; hadde to samlingar. Svakheita ved dette prosjektet var at ein ikkje hadde prevalens-tal i forkant. Etter screening-innføring: veit ikkje om det er faktisk forbetring. Manglar måling på forbetring.
- Vi må jobbe smartare: driv meir og betre rettleiing i kommunane.
- Kva skal ein slutte å gjere i spesialisthelsetenesta. Kanskje LMS-oppgåver skal overførast til kommunane? Nettopp for å overføre kompetanse til dei som er nærare pasienten og som skal handtere arbeidsoppgåver/behandlingar som tidlegare låg kun hos spesialisthelsetenesta.
- Volumpasientar bør handterast hos avtalespesialistar? Avtalespesialistar kan eventuelt ha deltidsstillingar i HF for å halde seg oppdaterte fagleg.
- Har ein behov for planar ein ikkje har ein plan om å implementere?
- Viktig med dialog for å sikre kommunal medverknad.
- Kven har avgjerdsmynde i dei ulike samarbeidsfora?
- Viktig å få avsett tid til å jobbe med utviklingsplanar
- God informasjon tidleg i prosessen slik at kommunane får tid til å uttale seg. Vere involvert i ROS-analysar.
- Viktig at kommunane også ser synergieffektene av å samarbeide tettare med HF.
- Viktig at kommunane også blir høyrd i dialogane og ikkje blir stoppa av fagpersonane omtrent før forslaga blir fremma. Kommunane har også viktige punkt å kome med.

Avslutning og vel heim av Anders Riise.