

Episode 5 – Hva skal til for å få god flyt i samarbeidet i Helsefelleskapet?

[Automatisk tekstet av Autotekst med NB Whisper. Kan inneholde feil.]

[MARIT GARFJELD]

Helsefellesskapene er etablert for å gjøre samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten bedre.

Men hvordan lykkes man med å engasjere fastleger i arbeidet, og hva skal til for å få god flyt i samarbeidet i helsefellesskapene?

Det skal vi forsøke å få svar på nå, her i podkasten 'Kommunenes verktøykasse - en dose faglig påfyll fra Helsedirektoratet'.

I denne podkastserien skal vi se på ulike aspekter ved ledelse av allmennlegetjenesten.

Jeg heter Marit Garfjeld og er seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

Guro Steine Letting, men har kanskje gjort et og annet rett når man får en modell oppkalt etter sitt distrikt, eller hva?

[GURO STEINE LETTING]

Ja, det har jo vært litt gøy for oss.

I Østfold så har vi jo en lang tradisjon for å samarbeide.

Og tilbake i 2004 så tok kommunene sammen med KS initiativ til å få oppretta en samarbeidsarena mellom sykehus og kommuner.

[MARIT GARFJELD]

Dere var forut for deres tid med Østfoldmodellen før helsefellesskapene ble et faktum?

Ja, det kan du si.

Det må ha vært et godt grunnlag for å sette i gang med helsefellesskapene da det kom, for du er samhandlingssjef for kommunene i opptaksområdet.

Og har jo også tatt imot delegasjoner som har kommet for å studere Østfoldmodellen.

Hva er det de har lyst til å finne ut av?

[GURO STEINE LETTING]

I Østfold har vi laget en modell der 13 kommuner er delt inn i fem regioner, og der en har representanter for hver region som snakker på vegne av sine kommuner.

Det gjelder også i sykehuset at de har like mange representanter, og hadde også fått myndighet til å kunne bestemme ting i fellesskap.

[MARIT GARFJELD]

Det kreves jo flere parter for å samarbeide, og med oss her i dag så har vi også du, Lise Storhaug, velkommen.

Du er samhandlingssjef på Sykehuset Østfold.

Du nevnte helsefellesskapene.

Det er ikke sikkert at alle som hører på, vet hva et helsefellesskap er?

[LISE STORHAUG]

Tar du utfordringene med å forklare hva det er for noe?

Jeg må jo det.

Helsefellesskap er jo en modell for hvordan vi skal samhandle mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, som kom som et oppdrag til helsefellesskapene i en nasjonal helse- og sykehusplan, fra 2020 til 2023.

I løpet av den perioden er det etablert arenaer for samarbeid i hele landet.

Alle helseforetak har oppretta det nå.

Det består av strategisk nivå, partnerskapsmøte, som omtrent alle helsefellesskap har.

Består av rådmenn eller kommunedirektører og ordførere noen steder.

Og sykehusledelsen som tegner ut en kurs for helsefellesskapet.

Så har du Nivå under, som er et strategisk samarbeidsutvalg som møtes hyppigere.

Hvor man har kliniksjefer fra sykehuset, og ofte kommunalsjefer eller direktører for helse og velferd fra kommunesiden.

Som et faglig samarbeidsutvalg ett eller flere, som er mer praksisnært.

Som snakker om mer fagnære problemstillinger.

Så kan jeg legge til at på alle de nivåene så er det både fastlegerepresentasjon og brukerrepresentasjon som er viktige stemmer inn i helsefellesskapet.

[MARIT GARFJELD]

Jeg leste et sitat fra en lege om helsefellesskapene.

Hun skrev at helsefellesskap kan være et skritt i riktig retning, men det er også fare for at det blir en ressurskrevende konstruksjon der potensialet forsvinner i byråkratiske øvelser.

Hun som sa det, eller skriver det, heter Nette Fosse.

Guro, kjenner du deg igjen i den bekymringa?

[GURO STEINE LETTING]

Ja, det er vel en fare for at det kan bli for mye vekt på de formelle prosessene.

Det som er viktig er jo at en får et engasjement, og at en får jobbe med saker som angår pasientene og hvordan vi løser oppgavene på tvers av nivåene.

Og så er det sånn at vi trenger et visst byråkrati.

Vi må jo ha møteforberedelser med skriftlige saksframlegg, og vi trenger referat for hva som har blitt bestemt i møtene.

Sånn at vi kan gå tilbake igjen og se hva som har skjedd før.

[LISE STORHAUG]

Det er vel ingen tvil om at vi har fortsatt en utfordring med å gå fra ord til handling i veldig mange helsefellesskap.

Vi har knappe ressurser, og vi har store utfordringer.

Så det vi må jobbe med, er å få et levende helsefellesskap hvor vi også får resultater i fellesskap, og hvor jeg tenker at vi i Østfold har jobba mye med å øve oss på å ta beslutninger på litt mindre saker, sånn at vi kan

Vi har øvd oss på metodikken, så vi håper også at vi kan komme til beslutninger for de større prinsipielle sakene.

[MARIT GARFJELD]

Helsefellesskapene er jo skapt også for at pasienten skal få det beste tilbudet.

Det er jo pasienten i ytterpunkt som er den hovedpersonen her.

Men hva er det som kjennetegner pasientgrupper i deres område, altså i Østfold?

Går det an å generalisere på noe vis?

[LISE STORHAUG]

Østfold er et gammelt arbeiderklassesamfunn.

Hvor vi preges av lav sosioøkonomisk status, med lave inntekter, høy andel med livsstilssykdommer.

Vi har mange som står utenfor arbeidslivet.

Så det er generelt en høy sykkelighet i befolkninga vår, som vi bekymrer oss for.

[MARIT GARFJELD]

Hvilke utfordringer gjør det for helsevesenet i regionen?

[GURO STEINE LETTING]

Lavere skatteinngang betyr at kommunene har mindre ressurser å bruke på tjenester.

Sykehuset merker at det er større etterspørsel etter spesialisthelsetjenester.

Tjenestene blir satt på strekk i både primær- og spesialisthelsetjeneste.

[MARIT GARFJELD]

Det betyr jo også at Østfold har en ganske stor belastning på helsesystemet.

Men i helsefellesskapene, er det alle pasientgrupper som kommer inn der, eller er det noe prioritet?

[LISE STORHAUG]

Ja, det er jo det.

Det har fram til nå vært fire prioriterte grupper, og så har vi fått inn en femte nå gjennom Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Det er tjenester til barn og unge, det er tjenester til eldre som lever med skrøpelighet, det er tjenester til pasienter med alvorlig rus og psykisk lidelse.

Og det er pasienter med flere kroniske sykdommer.

Så har vi da også fått inn kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barselomsorg, som er den siste prioriterte gruppa vår.

Det er jo disse vi må jobbe sammen om, og vi vet jo hva som venter oss.

Og i Østfold så tenker vi nok også at vi får de ... Altså vi treffer de demografiske endringene litt tidligere enn mange andre regioner, fordi vi har så høy sykkelighet i befolkninga vår, og at ingen klarer å løse det vi står overfor nå.

Så her må vi jobbe klokt sammen, og de gruppene som er trukket fram som prioritert, er jo de som utfordrer oss mest, og som kanskje heller ikke er de gruppene som roper høyest.

Vil du legge til noe?

[MARIT GARFJELD]

Nei.

Det er vel faktisk bare et par år sia at det ble lovpålagt at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten skulle planlegge sammen.

Hvordan har det slått ut?

[GURO STEINE LETTING]

Det er veldig viktig.

Tradisjonelt sett har en løst sitt samfunnsoppdrag uten å involvere den andre parten, og nå er det nytt at vi i fellesskapet skal planlegge.

Vi skal prøve å prioritere tiltak som gjør at pasientene i mindre grad trenger kostnadskrevende helse- og omsorgstjenester gjennom livsløpet.

Så her må vi nok bli flinkere til å analysere hvilke tjenester som får betydning også seinere.

Og at vi kanskje skal prioritere opp noen tjenester som har prioritert lavere tidligere.

F.eks.

rehabilitering, og da å få folk til å mestre mest mulig sjøl.

[LISE STORHAUG]

Vi er glade for at det er kommet en tydeliggjøring i helse- og samhandlingsplanen.

At man skal se den samla ressursbruken, og at det ikke er så stort fokus på å flytte oppgaver mellom nivåene.

Men at man skal se at det kan gå alle veier, og at man skal ha det bærekraft og god samfunnsøkonomi som en rettesnor.

[MARIT GARFJELD]

Helsefellesskapene blir jo veldig viktige her.

Hva mener dere må ligge til grunn for at man kan klare å få godt samarbeid i helsefellesskapene?

[LISE STORHAUG]

Jeg tenker at man må bruke tid på å bygge tillit og relasjoner, og at det har faktisk en verdi når man skal samarbeide om vanskelige ting, og alle har knappe ressurser.

Og så tenker jeg også at det er viktig at vi får noen beslutninger som gjør at man opplever det nyttig å være en deltaker i helsefellesskapet.

Og der trenger vi at vi skaper et større engasjement, tror jeg, i organisasjonene våre.

Ja.

[GURO STEINE LETTING]

Og så tenker vi jo at det trengs jo noen økonomiske virkemidler for å legge til rette for nye måter å gjøre ting på.

Det er pressa situasjonen i dag, sånn at det å skulle løse ting på andre måter, det er absolutt mulig, men at det kan hjelpe veldig å stimulere det med noen midler.

[MARIT GARFJELD]

Her trengs det penger, ja.

Og malapropos det, kanskje, men en viktig del av tjenesten, også helsefellesskapene, har dere vært innom, det er fastlegene.

Det er jo ofte den parten som pasientene kommer til aller først i et behandlingsløp.

Samhandlingsutvalget for fastleger, SUF.

Hvorfor trengs det et sånt eget utvalg for fastleger, Lise?

[LISE STORHAUG]

Fastlegene er en veldig viktig samarbeidspart for alle som jobber i helsetjenesten.

Enten det er i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten.

Men de har få formelle arenaer hvor man snakker om oppgaveflyt og fag.

Det er viktig for å høre fastlegenes stemme, og for at de kan si noe om hvilke oppgaver som er mulige og ikke mulige å løse på et fastlegekontor.

Og at de ikke føler seg overkjørt i en slags oppgaveoverføring som ikke nødvendigvis gjør at pasienten får den beste helsetjenesten.

Men du var jo skeptisk da SUFFE ble oppretta, hvorfor da?

Jeg var kjempeskeptisk.

Nei, altså den gangen det ble oppretta tilbake i 2015, så da jobba jeg som kommuneoverlege i en kommune som hadde et veldig godt samarbeid med fastlegene.

Og min skepsis var at sykehuset ønsket på en måte å gå på siden av de etablerte samhandlingsstrukturene som vi da allerede hadde i Østfold, for å legge oppgaver på fastlegene.

Og så viste det seg egentlig å fungere helt motsatt.

Så jeg har bitt i meg de orda.

Og tenker nå at dette er en veldig fin måte å samhandle med fastlegene på.

Og en viktig arena for å få større forståelse for det de står i. Du vil rett og slett bli den forkjemper for SUS?

[MARIT GARFJELD]

Absolutt.

Det sies jo at fastlegene kanskje ikke er så lett å få engasjert i arbeidet i helsefellesskapene.

Og som kommunenes representant, Guro, er det noe i det?

[GURO STEINE LETTING]

I Østfold er de aller fleste fastlegene sjølstendig næringsdrivende, og driver små bedrifter.

Enten med flere på et kontor, eller alene.

Og alt fravær fra praksis kan være utfordrende når en har en veldig hektisk arbeidssituasjon.

Har dere klart å løse det?

Ja, vi har fått laget et opplegg der vi velger representanter.

Én fastlege fra hver av disse fem regionene, som da representerer fastlegestemmen inn i SUS.

Og de fastlegene som er med der, syns jo at det er veldig interessant og givende.

Og at de kan være med og påvirke også sin arbeidshverdag.

[MARIT GARFJELD]

Hvilke typer problemer eller utfordringer er det som tas opp i SUS?

[LISE STORHAUG]

Det er mye forskjellig, men det er ofte ganske fagspesifikt.

F.eks.

her nå nylig så skulle Osteoporosepoliklinikken begynne å ... Ville sende en type avslagsbrev som de da tok opp her først.

Og det hele det brevet ble stoppa.

Det var man ikke helt enige om at det kunne gjøres på den måten.

Så har vi diskutert hvordan vi skal samarbeide om prehospitalt EKG.

Det kan være at sykehuset ønsker innspill til hvordan man kan jobbe med ventelister og fristbrudd.

Men ofte er det konkrete oppgaver som sykehuset lurer på om fastlegene kan løse.

Eller om de har innspill til en annen type praksis hos sykehuset.

Så det er et rådgivende organ for sykehuset, egentlig.

[MARIT GARFJELD]

Dere var innom det at helsetjenesten er jo under press.

Vi har ikke nok penger.

Ikke nok folk, og det ser ut som det kanskje blir enda mer å gjøre fremover.

Hvordan kan en sånn type samarbeidsarena gjøre ... Altså lette på arbeidsbyrden?

Er det noen ting, konkrete erfaringer, som dere har gjort fra bl.a.

arbeidet med SUF?

[GURO STEINE LETTING]

Det er en kjempestor grenseflate mellom fastlegene og sykehuset, som kanskje kommunene ikke merker så godt.

Der hver enkelt fastlege henviser pasienter, følger opp de som har fått påvist ulike diagnoser osv.

Vi ser jo også at ferske fastleger henviser litt mer enn de som er erfarne, og vi har hatt en utskifting de siste årene i fastlegekorpset.

Så her er det både at befolkningen har økte behov, men det kan også være endringer i fastlegekorpset som kan gjøre at det forandrer seg litt, og den henvisningspraksisen en har.

Så her er det veldig viktig at en jobber sammen om dette for å få de riktige pasientene henvist.

[LISE STORHAUG]

Et møtepunkt er viktig for å utvide forståelsen for hverandres hverdag og hvordan man driver.

Og at det å øke samhandlingskompetansen både i sykehuset og blant fastlegene bidrar til å gi best mulig ressursutnyttelse, egentlig.

At man ikke gjør ting dobbelt, og at man sikrer at fastlegene ikke henviser saker som de egentlig burde håndtere på fastlegekontoret.

Det som vi ofte kan diskutere der, er jo på en måte om det er rimelig at fastleger håndterer dette på fastlegekontoret.

Så får sykehuset et råd på det, og følger stort sett det.

[MARIT GARFJELD]

For en fastlege som jobber på et lite kontor, er det ikke alltid man kan spørre en kollega hvis man er usikker.

Har SUF noen måte å løse den type problematikk på?

Det er kanskje lettere å henvise en pasient til spesialist hvis du er usikker på hvordan denne pasienten skal behandles?

[GURO STEINE LETTING]

Det er noe vi akkurat snakker om i SUF.

Og der fastlegene er jo enig i at en kanskje kan bli flinkere til å bruke kollegaene sine til å rådføre seg først i en del saker.

Og hvis det er spørsmål som gjelder spesialisthelsetjenesten, så er jo fastlegene opptatt av at det skal være god tilgjengelighet.

Og der har vi jo ulike konfereringstelefoner og muligheter for å komme i kontakt med spesialistene, som vi kan jobbe enda mer med, da.

[MARIT GARFJELD]

Men kommer de i kontakt med spesialistene, er det?

[GURO STEINE LETTING]

Ja, det har jo vært krevende bemanningssituasjon for en del spesialiteter på sykehuset.

Og da er jo kanskje denne konfereringstelefonen noe av det som ryker først.

Når en har få på jobb.

Men det kan jo føre til at en får flere henvisninger og innleggelser.

Så vi tenker jo at det er veldig lurt å prioritere den funksjonen for at sykehuset skal få minst mulig å gjøre.

[LISE STORHAUG]

Sykehuset må jobbe mer for å gjøre fastlegene og andre i stand til å håndtere det de skal håndtere ute, så færrest mulig kommer inn i sykehuset.

Et sykehus som jobber utadretta mot samarbeidspartnerne sine, har mye å vinne.

[MARIT GARFJELD]

Spesialisthelsetjenesten er jo, som dere egentlig antyder litt, en sterk aktør.

Hvordan sikrer man en likeverdighet i samarbeidet, når det er mellom spesialister, fastleger og kommune, i en type helsefellesskap?

[LISE STORHAUG]

Vi erfarer nok at arbeid over tid har gjort at man er likeverdige partnere, som vi er veldig opptatt av å kalle det i dette.

Fastlegene er jo egentlig ikke en part i helsefellesskapet sånn sett, men derfor har vi valgt både å ha fastlegerepresentasjon på alle nivåer og ...

Vi vil ha SUF som et rådgivende organ i tillegg, samtidig som vi har en praksiskonsulentordning med samhandlingsleger som jobber internt i sykehuset for å forbedre prosesser der også.

Tilbake fra da samhandlingsarbeidet i Østfold blei etablert på begynnelsen av 2000-tallet, så var det jo med bakgrunn i mangel på likeverdighet.

Så det har jo vært 20 års arbeid som ligger bak det, og vi har vel erfart at vi er likeverdige i det samarbeidet nå, men vi vet at det ikke er sånn alle steder, og det er noe som hender nå som må vedlikeholdes.

Dette kommer ikke av seg sjøl.

Så man må investere både tid og ressurser for å få til god samhandling.

Guro?

[GURO STEINE LETTING]

Vi har jobba i mange år i Østfold med Fastlegeportalen.

En digital løsning for informasjonsutveksling mellom fastleger og sykehus.

Den har blitt lagt ned nå, men erstatta av Kompetansebroen.

Der vi lager egen legeside som er lokal for legene i Østfold, og som vi tenker er et viktig steg på veien til å få til god kommunikasjon med alle fastlegene våre.

Og den brukes.

Den brukes i varierende grad.

Vi skal fylle den med enda mer innhold, så den er noe vi jobber med både i SUF og med samhandlingslegene.

[MARIT GARFJELD]

Du nevnte i sted disse fastlegene som kanskje spesielt har litt dårlig tid, og som kanskje ikke nødvendigvis prioriterer å være en del av SUF.

Men hvordan kompenseres de, for hvis de stikker fra lista si, så er det jo inntekter de går glipp av.

Er det noe økonomisk gulrot også ved å delta her, eller hvordan gjøres det?

[GURO STEINE LETTING]

Ja, det er veldig fint.

Der har vi fått en nasjonal avtale om honorering av fastleger nå, så de får den samme satsen i hele landet.

Og der har vi gjort det sånn hos oss, da, at det er den kommunen som har samhandlingssjefen, som tar imot alle fakturaene og betaler ut, og så fordeles det en gang i året på alle kommunene.

Sånn at hvis det er noen kommuner som har ekstra engasjerte fastleger, så blir utgiften fordelt likt, da.

Ja, så skal ikke en være et minusforetak, det her.

[LISE STORHAUG]

Ikke noe dugnad.

Nei, det er det ikke.

Og i tillegg så sitter det også i SUF, så sitter det også disse samhandlingslegene.

En del tar også der, for de har jo mye erfaring med samhandlingsarbeid.

De honorerer seg av sykehuset.

[MARIT GARFJELD]

Vi nærmer oss slutten av denne praten, men jeg tenkte å avrunde med å spørre dere om hva er den viktigste innsikten som dere vil viderebringe fra erfaringer som dere har gjort dere med arbeidet med helsefellesskapene, Guro, først?

[GURO STEINE LETTING]

Jeg tenkte at dette er et lagarbeid.

Hvis vi skal gjøre forandringer i helsetjenesten vår, så er det en maraton og ikke en sprint.

Så her må man ha tålmodighet og utholdenhet, og gjøre de lure grepene for at vi sammen skal få til gode endringer.

[MARIT GARFJELD]

Enn du, Lise?

[LISE STORHAUG]

Jeg støtter det Guro sier, at man må bruke tid og investere både tid og ressurser, og bygge tillit over tid.

Så kan vi også få resultater.

Og så tenker jeg også at vi har ... Ja, det er en erkjennelse at vi har ... Alle opplever i hvert fall knapphet på ressurser, og at vi må klare å samarbeide bedre om planlegging og utvikling hvis vi skal få til å utnytte ressursene våre i fellesskap bedre.

[MARIT GARFJELD]

Tusen takk til dere, Lise Storhaug og Guro Stine Letting, for at dere kom hit til meg i dag.

Og takk til også deg som har hørt på denne episoden av Kommunenes verktøykasse.

En dose faglig påfyll fra Helsedirektoratet.