

Til stede: Tone Ikdahl, administrerende direktør Lovisenberg Diakonale sykehus, leder av strategisk samarbeidsutvalg, Svein Lyngroth, kommunaldirektør helse- eldre og innbyggertjenester (HLS), Bjørn Atle Bjørnbeth, administrerende direktør (OUS), Øystein Mæland, administrerende direktør Akershus universitetssykehus, Bovild Tjønn, bydelsdirektør bydel Bjerke, Marie Anbjørg Joten, bydel Ullern, Helge Jagmann, etatsdirektør Sykehjemsetaten (SYE), Guri Bergo, etatsdirektør Velferdsetaten (VEL), Kjetil Andreas Østling, etatsdirektør, Barne- og familieetaten (BFE), Mette Berget Bråthen, konstituert Pasient og brukerombud i Oslo og Akershus, Sosial- og eldre ombud i Oslo, Kathrine Forsdahl, Fagforbundet, Johan Stenseth, Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund, Lovisenberg Diakonale sykehus (LDS), Kristin Hovland, legeforeningen, Kirsten Sæther, samhandlingssjef, Sunnaas sykehus HF (Observatør), Marthe Westgaard Andresen, medisinsk fagsjef II HLS, Kristine Engen Andreassen, fagsjef LDS, Heidi Englund, seksjonssjef HLS, Unni Hembre, seksjonssjef HLS, Heidi Røste, spesialkonsulent HLS, Anne Folkvord, spesialkonsulent HLS.

Stine Wågsås, avdelingsdirektør HEL, leder av sekretariatet, Johanne Marie Kildal Askvig, spesialkonsulent HEL

Ikke til stede: Tore Olsen Pran, bydelsdirektør bydel Gamle Oslo, Hilde Terese Hamre, etatsdirektør HEL, direktør for pasientsikkerhet, kvalitet og samhandling Oslo, Jan Frich administrerende direktør, Diakonhjemmet sykehus, Odd Rune Andersen, bydelsdirektør bydel Søndre Nordstrand, Ellen Anita Fagerberg, fastlegerepresentant, Bård Eirik Ruud, Norsk Sykepleierforbund, Stine Eugenie Hansen, spesialkontulent HEL, sekretariatet.

Fra: Leder av Strategisk samarbeidsutvalg, Tone Ikdahl, administrerende direktør Lovisenberg Diakonale sykehus.

Møtegruppe: Strategisk samarbeidsutvalg (SSU)

Møtested: Lovisenberg Diakonale sykehus

Møtetid: 25.04.24. kl. 13.30 – 15.30

Saksbehandler: Sekretariatet, Helsefelleskap Oslo

## Referat Strategisk samarbeidsutvalg 25.04.24

Saknr.	SAKSLISTE	Tidsplan
9/24	<p><b>Velkommen</b> <b>Godkjenne innkalling og dagsorden</b></p> <p>Innspill fra legeforeningen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Arbeidstakerrepresentantenes deltakelse på Partnerskapsmøte står ikke i referatet.</li> </ul> <p>Kommentar fra sekretariatet: SSU som helhet inviteres til Partnerskapsmøtet.</p> <p>Forslag til vedtak: Innkalling og dagsorden godkjennes.</p>	13.30- 13.35
10/24	<p><b>Godkjenne referat fra SSU 14.02.24</b></p> <p>Forslag til vedtak: Referatet fra SSU 14.02.24 godkjennes.</p>	13.35- 13.40
11/24	<p>Orienteringssak <b>Revidering av samarbeidsavtaler</b></p> <p>Hensikt: Orienterer SSU om status i revideringsarbeidet.</p> <p>Vedtak: SSU tar saken til orientering</p>	13.40- 13.50

12/24	<p>Orienteringssak <b>Helsekonferanse 2024</b></p> <p>Hensikt: Orientere SSU om status til rådgivende programkomité og utkast til kjøreplan for dagen.</p> <p>Vedtak: SSU tar saken til orientering</p>	13.55-14.00
13/24	<p><b>Presentasjon av Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027</b> ved Astrid Nylenna, Helsedirektoratet</p> <p>Hensikt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avtalen mellom KS og Regjeringen om Helsefellesskap skal fornyes.</li> <li>• Føringer for prioritering av pasientgrupper fremover justeres noe og økt fokus på fødsels- og barselstilbudet, rehabilitering/ forebygging og psykisk helse barn/unge.</li> <li>• Helseforetakene (HSØ) vil få forvaltningsansvar for et øremerket rekrutterings- og samhandlingsbudsjett der midler utløses som følge av at kommuner og helseforetak i fellesskap har identifisert områder hvor samhandling vil gi bedre og mer helhetlige pasientforløp.</li> </ul> <p>Forslag til vedtak: SSU tar presentasjonen til orientering og innspill tas med i det videre arbeidet i helsefellesskapet.</p> <p>Innspill/kommentarer fra deltakere i SSU: Hvor bør helsefellesskapet rette fokus i det videre arbeidet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvor er det volumutfordringen kommer? Vi vet en del om demografien og at skrøpelige eldre er en gruppe som vil koste mye, ingen som snakker for denne gruppen så det kan være en gruppe som trenger fokus.</li> <li>• Hvis vi identifiserer ting tidlig nok så kan vi unngå innleggelser og bruk av tjenester</li> <li>• Funksjonsnivået og felles måleverktøy må være i fokus, stole på hverandres kunnskap</li> <li>• For Sunnås sykehus sin del må koordineringen fungere, og like roller kan bidra til bedre samhandling</li> <li>• Vi må endre måten vi jobber på i spesialisthelsetjenesten, spesielt med skrøpelige eldre. Det er problematisk, at i det øyeblikket vi legger bort økonomidelen for å jobbe med bedre pasientforløp, endres pasientforløp og så blir de økonomiske konsekvensene store. Det går for sakte å endre finansieringsordningene. Agiliteten er der i tjenestene, men det stopper opp med at enten IKT eller finansiering ikke endres. Kunne man fått til raskere byråkrati, hadde man fått til mer.</li> </ul> <p>Kommentarer og svar på innspill fra SSU ved Astrid Nylenna:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle skal tenkte mer forebygging i helse- og pasientforløp. Hva i behandlingsløpene kan endres eller påvirkes negativt? Vi må jobbe for å at pasienten ikke skal bli sykere på veien.</li> <li>• Økonomisk sett er H.dir. sitt inntrykk at det vil gå mindre midler mot helse i årene fremover. Det krever at vi må endre tjenestene våre. Det har ikke vært pekt på noe form for organisering av økonomiske midler eller fordeling i helsefellesskapene</li> <li>• Må poengtere at H.dir. i dag bare forteller om politiske planer, men har ikke noen rolle per nå, i utvikling av slike planer.</li> <li>• Byråkratiet er en viktig del av rettsikkerheten vår, men det kan gå fortere. Det kommer i liten grad nye friske midler, men tas fra andre områder.</li> </ul>	14.00-14.20

14/24	<p><b>Rehabilitering</b> ved Svein Lyngroth, kommunaldirektør</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Innledning</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kort status rehabiliteringsfeltet i Helsefelleskap Oslo</b></li> <li>• <b>Ny Temaplan for helhetlig rehabilitering i Oslo kommune.</b></li> </ul> </li> <li><b>Kort repetisjon fra forrige møte.</b></li> <li>2. <b>Riksrevisjonens rapport</b> ved Stine Wågsås</li> <li>3. <b>Presentasjon av Fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering</b> ved Tove Hæreid Otterstad, Helse Sør-Øst</li> </ol> <p>Hensikt: Oppsummering av hovedelementer fra Oslo kommune sin Temaplan for rehabilitering og presentasjon av hovedelementer fra Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenestene. Helse Sør-Øst sitt rehabiliteringstilbud synliggjøres, og skape felles forståelse for hvordan dette kan påvirke pasientforløp og oppfølging.</p> <p>Forslag til vedtak: SSU tar fagplanen til orientering og innspill tas med i det videre arbeidet i helsefelleskapet.</p> <p>Innspill/kommentarer fra deltakere i SSU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er stor forskjell på kompetansen i spesialisthelsetjenesten og kommunen, og savner hvilken kompetanse som skal ligge på de ulike nivåene.</li> <li>• Kommunen opplever en oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten, og man er bekymret for mer spesialisert rehabilitering og kompetansen som kreves.</li> <li>• Flere grupper som opplever stort spenn i hva de får av rehabiliteringstilbud, selv med samme diagnose. Vi må klare å gjøre mindre av døgnoppholdene og mer av dagoppfølging/ digitalisere oppfølgingen og det må stilles krav til private leverandører som tilbyr døgnopphold. Det er ofte fastlegene som henviser og vi må kanskje endre henvisningspraksis.</li> <li>• Case presentert av kommunen er representativt. Vi snakker ofte om ulike aldersgrupper; spesialisthelsetjenesten snakker om aldersgruppen 40-50 år og kommunen om 80 åringene.</li> <li>• Fagplanen er et paradigmeskifte og vi har aldri tidligere snakket om rehabilitering så tidlig i fasene. Det er en del pasienter vi gir et rehabiliteringstilbud til, som ikke fungerer og det er uetisk å fortsette i dette sporet. De kroniske pasientene vil ha et eget forløp og kreve ulike rehabiliteringstilbud underveis. Her har fastlegen et viktig ansvar.</li> <li>• Sørlandet sykehus har sett på hvem som har ansvaret for å igangsette rehabilitering og helsefelleskapet kan benytte dette til videre arbeid.</li> <li>• Temaplanen til Oslo gir mange gode tiltak for hvordan vi kan imøtekomme utfordringene på feltet. SSU må bidra i diskusjonen på hvem har ansvaret for å igangsette rehabiliteringen.</li> <li>• Vi har ett stort potensialet for å utarbeide ting i fellesskap med både Fagplan og Temaplan, til grunn. Kommunen må være med når HSØ skal se på de ulike kartleggingsverktøyene.</li> <li>• Riksrevisjonen sin rapport ikke stemmer helt overens med det bilde vi ser i Oslo som en stor-kommune.</li> <li>• Det er mange pasienter som har behov for arbeidsmedisinsk oppfølging for å komme tilbake i arbeid. Her må kunnskapsgrunnlag ligge til grunn.</li> <li>• Den planen vi legger for Oslo skal sikre at pasienter får den behandlingen de har behov for. Vi har et kunnskapsgrunnlag. OUS har startet et samarbeid med sykehus i Norden for å se på de metodene vi bruker og nytteverdien av dem. Prioriteringer ligger til grunn og vi må gjøre mindre av mye på mange felt. Innenfor en del områder, så vet vi at 60% av det vi driver med i et behandlingsforløp er bra, 30% vet vi lite om og 10% er kontraproduktivt. 25%</li> </ul>	14.20-15.00
-------	--	-------------

	<p>av det vi driver med er overbehandling. Vi må våge å se på hva som er den beste hjelpen for den enkelte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesialisthelsetjenesten må bidra der kommunen har vanskeligheter, for eksempel ved helsehus/sykehjem og vi må utnytte fagkompetansen på tvers.</li> <li>• Kunnskapsgrunnlag er viktig for å kunne vite hva som har effekt. Det som ikke har effekt, skal ikke prioriteres. Vi må se på hvordan dette følges opp. Helsefellesskapet bør se dette opp mot den store gruppen eldre med skrøpelige, og at vi fortsetter å prioritere dette innsatsområdet.</li> <li>• Vi har klare instruksjoner for hva helsefellesskapet skal jobbe med og skrøpelige eldre er prioritert. Vi må få til gode forløp for denne gruppen, som vil vokse i årene fremover. Vi bør flytte pasientene fra langtidsopphold og jobbe mot dagopphold/ digitalisere oppfølgingen.</li> </ul> <p>Kommentarer og svar på innspill fra SSU ved Tove Hæreid Otterstad, Helse Sør-Øst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sunnaas skal fortsatt ha døgnrehabilitering, men noen pasientgrupper kan redusere antall liggedøgn og tilbys mer dagrehab., kombinert med digital oppfølging. Dette går i takt med rehabilitering i tidlig fase: de mest komplekse pasientene får god rehabilitering og ikke ender på en institusjonsplass.</li> <li>• Det er ønske om et mer helhetlig og samordnet tilbud i alle helseforetakene slik at pasienten får et likt utgangspunkt.</li> <li>• Det jobbes mot mer lik kompetanse i kommunen og i spesialisthelsetjenesten, men det betyr ikke at steder med spesialkompetanse skal være malen for hvilket nivå kompetansen skal ligge på. Funksjonsverktøyene blir viktig her og fasene viser hvilken kompetanse som kreves i de ulike løpene.</li> </ul>	
15/24	<p><b>Strategisk refleksjon rehabiliteringsfeltet</b></p> <p>Hensikt: Innledende drøfting og strategisk refleksjon om prioriteringer på innsatsområdet rehabilitering for helsefellesskapet, med felles oppsummering.</p> <p>Helsefellesskap Oslo prioriterer rehabilitering for eldre med skrøpelighet først.</p> <p>Forslag til vedtak: Innspill tas med inn i det videre arbeidet i helsefellesskapet.</p>	15.00- 15.20
16/24	<p>Eventuelt</p> <p><b>1. Samhandling OUS ved Bjørn Atle Bjørnbeth</b></p> <p>Omorganiseringen er omfattende i OUS – kaller det OUS 2.0. 1.0-versjonen ble laget i 2009 hvor 4 store sykehus ble slått sammen.</p> <p>Veldig mye av det i OUS baserer seg på sammenslåinger av ulike kulturer og man organiserte seg etter faglinjer</p> <p>Hensikt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduser funksjonene som ligger i stab, og legge en del av de tjenesteområdene til linjen.</li> <li>• Bryte ned barriere mellom ulike klinikker og jobbe mer på tvers i en matriseorganisering.</li> <li>• Flytter prosesser til tjenestene i klinikk. slik at beslutningen skjer nærmere pasienten</li> </ul> <p>Samhandling blir ikke borte, men man skal jobbe på en annen måte.</p> <p><b>2. Hva har vært bra og dårlig ved dagens møte? Ved Tone Ikdahl</b></p> <p>Tilbakemeldinger/innspill:</p>	15.20- 15.30

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bra at vi bruker tid på ett tema med diskusjonen etterpå; hvordan brukes den videre? Hvordan kan vi beslutte ting sammen slik at møtet har en funksjon?</li> <li>• Det bør legges opp til mer diskusjon, 1/3 eller 1/4 innlegg, og resten diskusjon.</li> <li>• Bør være tettere kobling til LSU</li> <li>• Noen saker bør behandles i LSU før SSU, for å sikre den røde tråden i strukturen i helsefelleskapet. Dette kan gå begge veier.</li> <li>• SSU er et formelt sted, hvor vi strategisk ser hva som er klokt og at hver enkelt tar det med hjem til forankring og deretter tilbake til SSU, igjen.</li> </ul> <p><b>Oppfølgingspunkt:</b> Hvordan jobber vi videre for en bedre rehabilitering av gruppen skrøpelige eldre</p>	
Vedlegg	<p>20240214 Presentasjon Helhetlig rehabilitering for SSU</p> <p>20240425 Presentasjon HSØ Rehabilitering – SSU 25.04.2024</p> <p>20240425 Presentasjon Riksrevisjonenes undersøkelse</p> <p>20240425 Presentasjon Rehab i Helsefelleskap Oslo</p> <p>20240425 Presentasjon Helsedirektoratet til Helsefelleskap Oslo</p> <p>Temaplan 2023-2033 Helhetlig rehabilitering til voksne og eldre i Oslo</p> <p>Riksrevisjonens undersøkelse av helse- og omsorgstjenestene, dokument 3:12 (2023-24)</p> <p>Fagplan for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst. <a href="#">Lenke</a></p>	