

Oppsummering av sentrale samhandlingsdokumenter og -rapporter

1. Bakgrunn

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og ulike deler av kommunehelsetjenesten har vært et aktuelt tema og utviklingsområde i mange år. Samhandlingsreformen som ble innført 1. januar 2012 ga ytterligere føringer for arbeidet med å underbygge pasientenes helsetjeneste og for å sikre bærekraft gjennom bedre koordinering og en mer hensiktsmessig deling av oppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Samhandling internt mellom de ulike delene av spesialisthelsetjenesten er i utgangspunktet ikke en del av samhandlingsreformen, men er likevel avgjørende for at målene med samhandlingsreformen skal nås.

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (St.meld 47, 2008-2009) «rett behandling til rett tid» adresserte tre viktige utfordringer:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense sykdom
3. Demografisk utvikling og endring i sykdombildet gir utfordringer som kan true samfunnets økonomiske bæreevne.

Det har etter 2012 blitt lagt frem en rekke meldinger og nye forskrifter som berører samhandlingen og grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, og som bekrefter at storting og regjering står fast på målene som er formulert i samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen er en retningsreform og saken fremmes for å oppsummere status og gi grunnlag for eventuell justering av både virkemidler og innsats.

Det er i samme periode også avgitt ulike tilsyns- og revisjonsrapporter blant annet fra Riksrevisjonen, som peker på viktige forbedringsområder. PasOpp-undersøkelsene gir også indikasjoner på forbedringsområder.

Saken bygger i hovedsak på «Statusrapport for samhandling» utarbeidet i Helse Sør-Øst RHF og «Oppsummeringsnotat samhandling» utarbeidet etter oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er vurderingene i sluttrapport fra det nasjonale nettverk for implementering av samhandlingsreformen «Råd for veien videre» vektlagt sammen med resultatene fra «Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)» fremlagt 13.juni 2016. Styringsgruppen for forskningsprogrammet sier i sin oppsummering: «Fire områder bør vies særlig oppmerksomhet, nemlig samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak, fastlegenes rolle og plass i reformen, herunder vektlegging av kommunenes særskilte kompetanse i helsespørsmål, hensynet til pasient-/brukermedvirkning for å skape mer helhetlige pasientforløp samt bedre utnyttelse av digital teknologi i pasientkonsultasjoner (trepartsdialog)».

2. Status etter fire år med samhandlingsreform

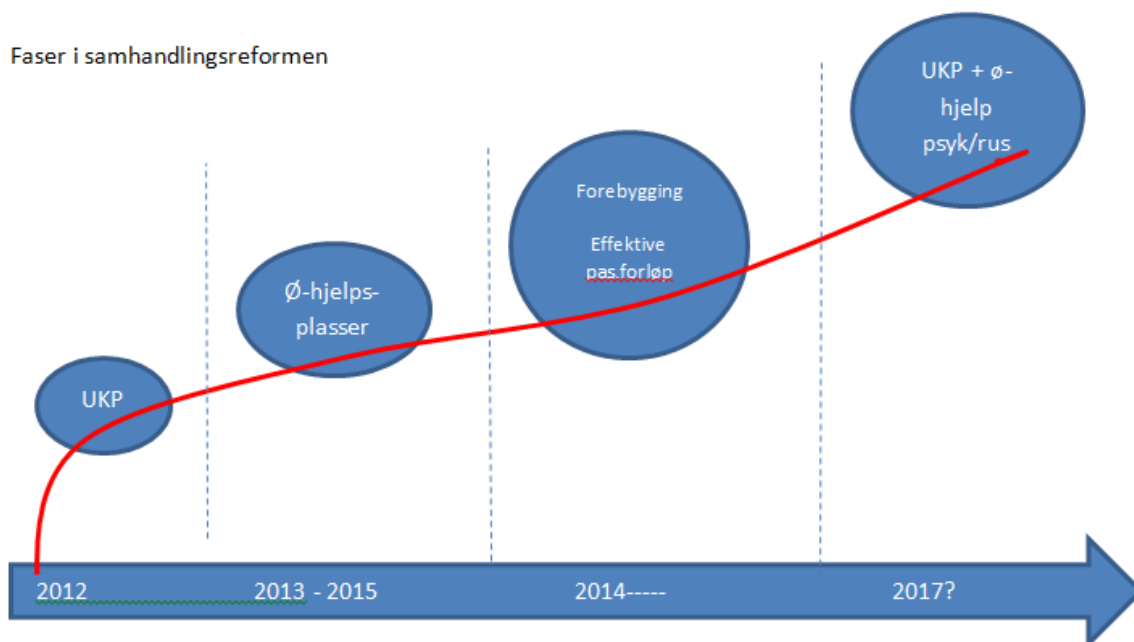
Fire år etter reformen ble iverksatt er vi på vei over i en ny fase hvor intensjonene skal realiseres. Fire år er relativt kort tid knyttet til det utfordringsbildet som ble skissert ved oppstart 1. januar 2012. Det gjenstår selvsagt en rekke utfordringer før helsetjenesten på ulike områdene er omstilt i tråd med intensjonene.

Det nasjonale nettverk for implementering av samhandlingsreformen leverte i desember 2014 en statusrapport der de pekte på at «Spesialisthelsetjenesten som helhet ikke har tatt inn over seg intensjonene i samhandlingsreformen og dens rolle i å nå de overordnede målene i reformen.» Det er grunn til å fremheve at det er skapt et betydelig engasjement for endring og samhandling både i kommuner og i sykehus. Samhandling er satt på dagsorden i større grad enn tidligere.

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St.26 (2014-2015)) oppsummerer status på følgende måte:

- Sterkere ressursvekst i kommunale helse- og omsorgstjenester enn i spesialisthelsetjenesten
- Årsverkstall viser høyere kvalifisert personell i de kommunale tjenestene (men utviklingstakt lik som før reformen)
- Økt antall mottakere av korttidsopphold og hjemmetjenester i de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- Tallet på utskrivningsklare pasienter kraftig redusert
En viss økning i antallet reinnleggelser

De to-tre første årene var preget av arbeidet med å implementere nye virkemidler. Bildet under illustrerer de ulike fasene i reformen.



Helse Sør-Øst RHF sin statusrapport (vedlagt) synliggjør bred aktivitet for å realisere målene i reformen. Den oppsummerer og beskriver status innenfor de viktigste områdene underbygget med eksempler og tallgrunnlag hentet fra sykehusene og norsk pasientregister (NPR). Under er det valgt å fremheve noen få overordnede hovedtrekk.

2.1 Avtaleverk/organisering

Samarbeidsavtalene skal sikre oppfyllelse av loven, men samtidig være et virkemiddel for å peke ut retning for samarbeidet, og for å oppnå mulig endret ansvarfordeling av oppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og helhetlige tjenester. Alle helseforetak og kommuner inngikk avtaler i tråd med lovkravene, og de fleste har revidert avtalene på bakgrunn av de erfaringer som er gjort siden 2012.

KS utga i 2014 en FOU-rapport «samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterlevs de?». Rapporten konkluderer med at avtaleverket oppleves som nyttig, men at det i større grad bør tydeliggjøres et skille mellom overordnede avtaler og prosedyrer.

Det er opprettet samarbeidsutvalg på overordnet nivå og ulike kliniske samarbeidsutvalg i alle helseforetaksområder. Konkrete eksempler på kliniske samarbeidsutvalg er utvalg som skal følge med på utviklingen av de nye kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbudene og ulike fagnettverk, som fagnettverk innenfor kreft eller KOLS, med deltagelse fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Innføring av nye virkemidler og nytt avtaleverk mellom kommuner og sykehus har medført en betydelig økning i det interkommunale samarbeidet og forsterket samarbeidet mellom kommuner og sykehus. Det er etablert ulike former for samlokaliserte tilbud. Eksempler er lokalmedisinske senter i Valdres og Nord-Gudbrandsdal der spesialisthelsetjenesten har utstrakt poliklinisk virksomhet og dialysetilbud i samme bygning som ulike kommunale tjenester. Ved Aker helsearena driver Sunnaas sykehus HF og Oslo kommune ulike tilbud i lokaler eid av Oslo universitetssykehus. Hallingdal sjukestugu er et annet eksempel på nye måter å organisere samarbeid på.

På regionalt nivå har Helse Sør-Øst RHF inngått samarbeidsavtaler med KS og med Oslo kommune. Disse avtalene hjemler dialogmøter og bidrar til samarbeid om sentrale forhold knyttet til samhandling mellom partene.

Det er etablert et regionalt samhandlingsnettverk hvor alle helseforetakene deltar. Nettverket brukes til erfaringsutveksling og til å holde fokus på hovedoppgavene i arbeidet med å realisere felles mål.

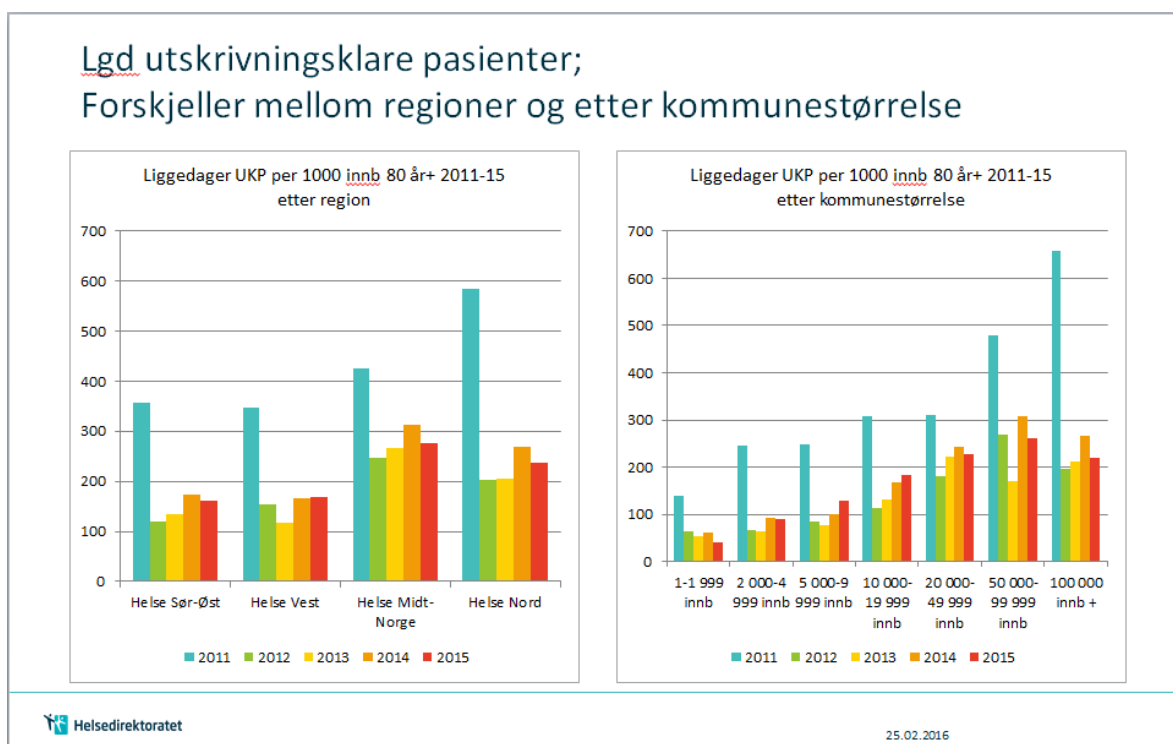
Det er i tillegg etablert et regionalt nettverk for praksiskonsulenter (PKO). PKO består av erfarne allmennpraktiserende leger som er ansatt på sykehus/helseforetak i deltidsstillinger i 10-30 %. I Helse Sør-Øst er ordningen etablert på i alt ni helseforetak med tilstedeværelse på i alt 25 sykehus.

Praksiskonsulentordningen bidrar til å videreutvikle/understøtte praktisk samhandling mellom sykehus og fastleger. Begge nettverkene bidrar med råd til det regionale foretaket i relevante saker.

2.2 Utskrivningsklare pasienter

I 2012 gikk antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter kraftig ned. Antallet gikk noe opp igjen i 2013, i hovedsak på grunn av enkeltkommuners utfordringer med å ta imot pasientene. I perioden etter 2013 har antallet for foretaksgruppen samlet sett stabilisert seg på omtrent samme nivå som i 2013, men det varierer gjennom perioden hvilke helseforetak som har få utskrivningsklare pasienter liggende i sykehus. De aller fleste skrives ut samme dag som de meldes utskrivningsklare. Den kommunale plikten til å betale (kr 4.505,- i 2016) har bidratt til bedre registrering og at pasientene skrives ut raskere. Det er i tråd med reformens mål.

Tabellen under viser tall fra Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk presentert 25.02.16 på interregionalt møte for samhandlingsdirektørene i de fire RHF.



For landet som helhet har reduksjonen i antall liggedøgn for utskrivningsklare ført til 60 000 færre liggedøgn i perioden 2011-2015. På grunn av manglende registrering av disse pasientene før reformen trådte i kraft har vi ikke presise tall for Helse Sør-Øst. Med utgangspunkt i nasjonale beregninger og variasjoner mellom RHFene tilsier dette om lag 30-35.000 færre liggedøgn i vår region (svarer til 80-95 senger).

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF har gjennomført revisjoner ved seks av våre helseforetak knyttet til utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Funnene viser at det er inngått avtaler i tråd med lovverket, men at innholdet ikke er godt nok kjent for de som samarbeider pasientnært. Funnene påviser at pasientene ikke får god nok informasjon, at kommunen ikke blir informert godt nok og at dette fører til at pasientene opplever brudd i behandlingen. Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2015 og Riksrevisjonens rapport i 2016 bekrefter dette funnet.

Helse Sør-Øst RHF har opprettet «Midlertidig fagutvalg helsefag» som blant annet fikk i oppdrag å beskrive faglige utfordringer og foreslå forbedringstiltak i forhold til informasjon og samhandling i forbindelse med utskriving. Utvalget leverte sin rapport i juni 2016¹ og peker på mange av de samme utfordringene som konsernrevisjonen, helsetilsynet og Riksrevisjonen har gjort. Det er også verdt å merke seg at resultatene fra siste Pas Opp-undersøkelse, som ble presentert juli 2016², blant annet viser at utskrivingsprosessen og samhandling mellom sykehus og kommunale tjenester er de områdene som fortsatt skårer dårligst. Fagutvalget anbefaler at det etableres et nytt innsatsområde, «Trygg utskriving», i pasientsikkerhetsprogrammet i Helse Sør-Øst fra 2017.

2.3 Reinnleggelser

Helse Sør-Øst RHF har i perioden nøye fulgt utviklingen av antall reinnleggelser. Reinnleggelser defineres som en ny øyeblikkelig hjelp-innleggelse innen 30 dager etter sist innleggelse.

I samarbeid med KS og Kunnskapssentret ble det i 2013 også avholdt en stor konferanse med fokus på hvordan unngå uønskede reinnleggelser. Det har også pågått ulike prosjekter for å søke å redusere antall reinnleggelser, blant annet et stort prosjekt i Vestre Viken i samarbeid med Asker og Bærum kommuner, initiert av Helse Sør-Øst RHF.

Følgeforskningsrapporten som ble lagt fram 13. juni i år konkluderer med at det ikke er økt antall reinnleggelser som følge av samhandlingsreformen.

2.4 Kommunale akutte døgnplasser

Fra 1. januar 2016 har kommunene en lovpålagt plikt til å ha et øyeblikkelig-hjelp-tilbud 24/7. Ordningen er fasett inn i årene 2012-2015.

Tallene viser at ordningen foreløpig blir for lite brukt. Det er overført midler fra sykehusene til kommunene for å etablere ordningen, men det er foreløpig stor usikkerhet knyttet til hvorvidt disse plassene avlaster sykehusene slik det er ment.

Beleggsprosenten ved tilbudene varierer fra svært lavt til nærmest fullt belegg. I Helse Sør-Øst har f. eks. Indre Østfold helsehus og tilbudet Oslo kommune etablert ved Aker sykehus nærmest fullt belegg, mens snittet innen Helse Sør-Øst ligger på 30 % belegg.

Suksessfaktorer som fremheves fra de kommunene som har fått til et godt tilbud er god involvering av spesialisthelsetjenesten og fastlegene både i planlegging og drift av tilbudene, og at det er god tilgang på legetjenester. Ordningen utvides fra 1.1.2017 til å omfatte pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.

¹ "Faglige utfordringer og anbefalte forbedringstiltak knyttet til pasientenes tilbakemeldinger på erfaringer med sykepleie og sykepleiepersonell og informasjon og samhandling i forbindelse med utskriving", Rapport fra midlertidig fagutvalg helsefag, juni 2016.

² <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2015.resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse>

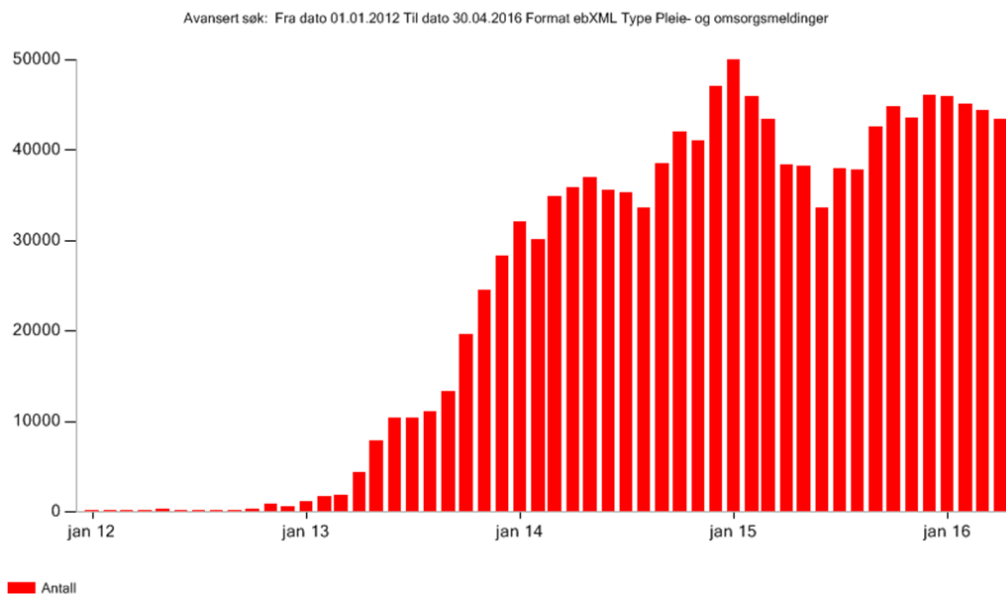
2.5 Kompetanseoppbygging

Kompetanseoppbygging og kunnskapsutveksling er viktige utviklingsområder for å kunne endre helsetjenesten i tråd med intensjonene. Det er opprettet gjensidige hospiteringsordninger, ulike samarbeidsprosjekt med bruk av telemedisin og videokonferanse, og i flere helseforetaksområder felles kursutvalg som samordner behov for kompetanseheving på tvers av nivåene i helsetjenesten. Praktiskonsulentene gir også positive bidrag til kompetanseheving både hos fastleger og sykehusleger.

Helse Sør-Øst RHF og KS i regionen fullfører nå et prosjekt hvor det er utviklet en delingsmodell for systematisk og målrettet deling av e-læringskurs mellom sykehus og kommuner,

2.6 Elektronisk samarbeid

En forutsetning for at den samlede helsetjenesten skal utvikles i ønsket retning er at IKT-løsningene underbygger god samhandling. Innføringen av elektroniske meldinger mellom sykehus og kommunenes pleie- og omsorgstjeneste (PLO-meldinger) har vært en suksess. Bedre meldingsutveksling har gjort hverdagen for de ansatte lettere og pasientinformasjonene sikrere. Tabellen under viser utviklingen når det gjelder PLO-meldinger i hele Helse Sør-Øst.



En annen suksesshistorie er automatisk tildeling av fødselsnummer, et prosjekt som Helse Sør-Øst har kjørt nasjonalt på vegne av Nasjonal IKT og som er innført ved fødeavdelingene på Oslo universitetssykehus HF (Rikshospitalet), Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Innlandet HF og Vestre Viken HF. Automatisk tildeling av fødselsnummer innføres også i Sykehuset Østfold HF og Sørlandet sykehus HF i løpet av kort tid.

Det gjenstår en del utviklings- og implementeringsarbeid for andre IKT-løsninger som vil ha stor betydning for samarbeidet mellom de ulike delene av helsetjenesten. Innføring av e-resept er i siste fase og vil være fullført tidlig i 2017.

Program for regional klinisk løsning har flere slike prosjekter som vil ha stor betydning. Dette gjelder blant annet Interaktiv henvisning og rekvirering (IHR) hvor primærlegene kan henvise elektronisk til radiologiske undersøkelser og alle typer laboratorieprøver. Kjernejournal og elektronisk kurveløsning vil lette samarbeidet mellom de ulike nivåene av helsetjenesten. Manglende samsvar mellom de ulike medikamentlister for den enkelte pasient har i mange år vært en av de store utfordringene for pasientsikkerheten. Regional klinisk løsning har også prosjektet «utfasing av usikrede svarmeldinger» som fullføres i 2016 og medfører at det ikke lenger trengs papirsvar «for sikkerhets skyld» der det er sendt elektronisk svarmelding på prøver og undersøkelser. På lengre sikt vil innføring av felles journal ha stor betydning for pasientsikkerhet og samhandling.

2.7 Folkehelse/forebyggende arbeid

Spesialisthelsetjenesten fikk utvidet ansvar for forebyggende arbeid i forbindelse med lovendringene i 2012.

Oppsummert er spesialisthelsetjenestens viktigste oppgaver innen forebygging:

- Bidra med informasjon til kommunene om sammenheng mellom risikofaktorer og utvikling av sykdom, og status i de enkelte kommuner og bydeler
- God opplæring av pasienter og pårørende, individuelt og i gruppe
- Utvikling av informasjon gjennom ulike kanaler og kunnskapsoverføring til kommunene
- Forebygging av unødvendige innleggelser

Alle helseforetakene har i tiden etter 2012 fått mer oppmerksomhet knyttet til forebyggende arbeid. Noen få eksempler omtales her.

Sykehuset Innlandet HF har sammen med KS arrangert forebyggingskonferanse i flere år der blant annet sykehusets kunnskaper om årsakssammenhenger for utvikling av sykdom blir belyst. Sørlandet sykehus har sammen med kommunene i Lindesnesregionen gjennomført «nytt grensesnitt i Lindesnesregionen». Der samarbeider spesialisthelsetjenesten med kommunene om et vurderingsteam på kommunalt nivå. De henvisinger som fastlegene tidligere sendte til BUP sendes nå dette teamet. Dette samarbeidet har ført til at omtrent halvparten av de henviste barn og unge har fått adekvat tilbud i kommunene og dermed sluppet behandling i spesialisthelsetjenesten.

Et annet eksempel er etablering av pasientstyrte senger innen psykisk helsevern som mange steder har ført til at antallet pasienter som trenger innleggelse er redusert.

Ulike kurs- og opplæringstiltak overfor pasient og pårørende er andre eksempler på forebyggende virksomhet i regi av sykehusene. Hensikten er å bidra til at pasienter kan mestre egen situasjon på en bedre måte og slippe å bli så syke at de må ha behandling i spesialisthelsetjenesten. Det arbeides regionalt med å finne hensiktsmessige måter å dele spesialisthelsetjenestens kunnskap om status for utvikling av sykdom og forbruk av spesialisthelsetjeneste. Det er viktig blant annet for at kommunene skal kunne forebygge unødvendige innleggelser.

2.8 Samhandlingsprosjekter

Helse Sør-Øst RHF har over flere år bidratt med samhandlingsmidler for å understøtte samarbeidsprosjekter som utvikler tjenestene i tråd med reformens intensjoner. Eksempler på dette er ambulerende sårbehandling (Oslo universitetssykehus HF), pasientforløp fra hjem til hjem (Vestre Viken HF og Sykehuset i Vestfold), KOLS-prosjekt (Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Telemark HF), ambulerende sykepleier-team (Akershus universitetssykehus HF), Alert-prosjekt sammen med kommunene (Sykehuset Østfold HF) og utskriving fra døgnplass psykisk helsevern (Sykehuset Innlandet HF). Alle helseforetakene melder at ordningen har gitt mulighet til å prøve ut samarbeidsformer som ellers ikke ville blitt prioritert, og mange er overført til drift etter prosjektperioden.

2.9 Oppsummering

Ulike statusrapporter som denne saken bygger på viser at spesialisthelsetjenesten på mange områder har lyktes godt med å implementere nye virkemidler i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Det har vært lagt ned betydelig arbeid og ressurser i helseforetakene i tilknytning til arbeid med å utvikle samarbeidet med kommunene, og det samarbeides mer og bedre enn tidligere. Reformen har bidratt til at liggetiden på sykehusene har gått ned og det er i økende grad fokus på «bedre pasientforløp». Innføringen av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger har vært vellykket. IKT er imidlertid et område med stort potensiale for forbedringer og forenklinger til pasientens beste. Gjensidige hospiteringsordninger er utarbeidet i de fleste helseforetaksområdene, og kunnskapsoppbygging og kompetanseutveksling mellom de ulike delene av helsetjenesten gis prioriteres i større grad enn tidligere.

Det er samtidig områder der det gjenstår mye arbeid, og områder hvor tilsynsmyndighetene har påvist klare svakheter som må følges opp. Dette gjelder blant annet planlegging av utskriving fra sykehus og samarbeid med fastleger og pleie -og omsorgstjenesten i kommunene.

3. Veien videre

Som et ledd i arbeidet med å skissere veien videre har Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Helse Midt-Norge RHF fått utarbeidet et oppsummeringsnotat som tar utgangspunkt i reformens mål og relevante stortingsmeldinger og forskrifter etter 2012. Formålet med oppsummeringen har blant annet vært å se på om meldingene angir et felles utfordringsbilde og vurdere viktige sammenhenger mellom dem. Oppsummeringen bekrefter at storting og regjering står fast på målene som er formulert i samhandlingsreformen.

Oppsummeringen tar i hovedsak utgangspunkt i følgende dokumenter:

- *Stortingsmelding 47 – «Samhandlingsreformen» (2009)*
- *Nasjonal helse -og omsorgsplan 2011-2015*
- *Lov om kommunale helse -og omsorgstjenester (2012)*
- *Lov om folkehelsearbeid (2012)*
- *Folkehelsemeldingen — God helse – felles ansvar (Meld. St. 34 (2012–2013))*
- *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter (Meld. St. 19 (2014-2015))*
- *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26 (2014-2015))*
- *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013 (Meld. St. 11 (2014-2015))*
- *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 -2020 (Meld. St. 11 (2015-2016))*

- *Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmedisintjeneste mv. (Akuttmedisinforskriften) (2015)*
- *Forskrift om endring i fastlegeforskriften (2015)*
- *Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016 – 2020 (Prop. 15 S (2015-2016))*

Utfordringene i meldingene kan deles i fire kategorier;

1. Demografiske utfordringer (samfunnsøkonomisk perspektiv)
2. Utfordringer som pasientene har i møte med helse- og omsorgstjenestene (pasientperspektiv)
3. Utfordringer knyttet til folkehelse/forebygging (folkehelseperspektiv)
4. Utfordringer kommunene møter (kommuneperspektiv)

Oppsummeringsnotatet tydeliggjør viktige forventninger til spesialisthelsetjenesten (ill):

Forventninger til spesialisthelsetjenesten		
Spesialisering	Veiledning	Omstilling
Det forventes at spesialisthelsetjenesten utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning <ul style="list-style-type: none"> • Standardiserte pasientforløp • Pasientens behov for koordinerte tjenester • Utvikle kvalitetsorienterte systemer og holdninger 	Det forventes at spesialisthelsetjenesten oppfyller sin veiledningsplikt ovenfor kommunene, og bidrar med kompetanse og kunnskapsoverføring <ul style="list-style-type: none"> • Bidra og støtte kommunene med arbeid med helsedata og analyse (styringsinformasjon) • Nytte gjøre kunnskap bedre i folkehelsearbeidet/forebyggende arbeid 	Det forventes at spesialisthelsetjenesten omstilles og videreutvikles <ul style="list-style-type: none"> • Desentralisere/sentralisere • Tilrettelegge for store pasientgrupper med kroniske lidelser • Etablere behandlingsskjeder for hyppige tilstander • Samlokalisere tjenester med kommune • Understøtte kommunens behandling
Samhandling	Lover og reguleringer	
Det forventes at spesialisthelsetjenesten bedrer samhandlingen på lokale arenaer: <ul style="list-style-type: none"> • Tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling • Ambulante tjenester • Dialog og drøfting, råd og veiledning • Legger til rette for utvikling og samhandling med kommunens helse og omsorgstjenester, NAV, skole og arbeidsliv 	Det forventes at spesialisthelsetjenesten følger lover og regler som sier at: <ul style="list-style-type: none"> • Regionale helseforetak er pliktig å samarbeide med kommunen for å få til et helhetlig tilbud til pasientene • Spesialisthelsetjenesten skal bistå kommunesektoren • Varsle fastlege før utskriving om det er behov for medisinsk oppfølging 	

Det forventes at spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en tydeligere spesialisert retning, hvor det lages standardiserte pasientforløp, tilbys koordinerte tjenester og utvikles kvalitetsorienterte systemer og holdninger. Det forventes videre at spesialisthelsetjenesten bedrer samhandlingen på lokale arenaer og videreutvikler åpne og utadrettede arbeidsformer, dette gjelder også tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling og ulike ambulante tjenester.

Det er stilt større krav til at spesialisthelsetjenesten bidrar med råd, veiledning og bistår kommunene med nødvendig kunnskapsoverføring, i tillegg til at det generelt skal legges til rette for utvikling og samhandling med kommunenes helse- og omsorgstjeneste, NAV, skole og arbeidsliv.

Det fremheves at tjenestetilbudet i psykisk helsevern for voksne, og for barn og unge i størst mulig grad desentraliseres.

Utviklingen i medisinske behandlingsmetoder, teknologi og IKT støtter både sentralisering og desentralisering. Ny teknologi skal tas i bruk både der det er aktuelt å sentralisere pga kompliserte prosedyrer eller dyrt utstyr, og der teknologien kan lette arbeidet med å desentralisere tjenester og tilbud.

Gjennomgang av status og «Oppsummeringsnotatet» gir en god oversikt over utfordringsbildet og de forventninger og krav som vil bli stilt i årene fremover og stadfester behovene for omstilling på en rekke områder i samsvar med samhandlingsreformens mål og intensjoner. Mulighetene vil til dels påvirkes av de virkemidler som stilles til rådighet, men det er samtidig viktig å erkjenne at slikt endringsarbeid tar tid og at kultur og holdninger spiller en rolle når spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten skal endres.

«Plan for strategisk utvikling 2013-2020» (Helse Sør-Øst RHF) fremhever målene og intensjonene med samhandlingsreformen som viktige for spesialisthelsetjenesten, og det legges til grunn at gode pasientforløp og bedre fordeling av ansvarsområder er blant hovedoppgavene. Erfaringene fra de fire første årene, nye forventninger og krav synliggjør behovet for å vektlegge samhandling på flere områder i årene fremover. Helse Sør-Øst RHF har en viktig regional rolle i å understøtte helseforetakene og kan gjennom ulike tiltak bidra til at målene nås.

For å lykkes må samhandling mellom de ulike delene av helsetjenesten, internt og mellom nivåene, gis tilstrekkelig oppmerksomhet i egen organisasjon. Samhandling handler om tjenesteutvikling og involverer alle fagområder i spesialisthelsetjenesten. Det er et ledelsesansvar å sikre at ulike deler av virksomheten bidrar til å realisere myndighetenes mål for utviklingen av helsetjenesten.

I et videre arbeid vil Helse Sør -Øst RHF med utgangspunkt i et regionalt perspektiv ha et særskilt fokus på noen sentrale hovedområder.

1. «Pasientenes helsetjeneste»
2. Utveksling av erfaringer og styringsdata
3. Avklare ansvarsfordeling på prioriterte områder
4. Kompetanseutvikling
5. IKT-løsninger som fremmer god samhandling

3.1 Pasientenes helsetjeneste

Å skape «pasientens helsetjeneste» innebærer at en må tenke, handle og organisere helsetjenesten annerledes. I følge «Nasjonale helse- og sykehusplan» er det ikke noe nytt å sette pasienten i sentrum; «Det finnes knapt et sykehus i verden som ikke har det som sin visjon eller verdigrunnlag». Men når en skal skape pasientenes helsetjeneste ligger det også en forventning til spesialisthelsetjenesten (og primærhelsetjenesten) om at helsearbeiderne tar pasientene med som likeverdige samarbeidspartnere. Helse Sør-Øst RHF vil videreføre det igangsatte arbeidet med samvalg for å styrke pasientens mulighet til å være likeverdig samarbeidspart.

Ulike tilsyn og rapporter har påpekt ulike svakheter knyttet til utskrivning. Som en del av det regionale arbeidet med pasientsikkerhet må «trygg utskrivning» løftes frem som et satsningsområde. Det anses som særlig viktig å iverksette tiltak som bidrar til å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten, og som gir bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene rundt utskrivningsprosessen.

De årlige PasOpp-undersøkelsene Det skal legges til rette for at pasienterfaringsundersøkelser gjennomføres og presenteres på slik at helseforetakene kan sørge for lokalt forbedringsarbeid på sengepost/avdelingsnivå.

3.2 Utveksling av erfaringer og styringsdata

Samhandlingsreformen forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler. Avtalekonseptet oppfattes som et nyttig og nødvendig verktøy som bør videreutvikles og forenkles. Det er en utfordring at innholdet i samarbeidsavtalene ikke er kjent for dem som i det daglige samarbeider om enkeltpasienter. Erfaringer fra de fire første årene i Norge og erfaringene fra Danmark som nå er i gang med «3.generasjonsavtaler» tilsier at avtalekonseptet bør justeres. Det innebærer færre og mer overordnede avtaler. Fremtidens avtaler bør dessuten være utviklingsorienterte og tydeliggjøre et skille mellom overordnede avtaler og prosedyrer som anvendes pasientnært. Det er i tillegg viktig å avtalefeste brukerrepresentasjonen i arbeidet med å utvikle samarbeidet.

Det er igangsatt et arbeid for å revidere samarbeidsavtalene mellom Helse Sør- Øst RHF og KS og Oslo kommune som forventes slutført i løpet av 2016.

Det er viktig å legge til rette for erfaringsutveksling mellom de ulike delene av helsetjenesten. Samhandlingsnettverket innen Helse Sør-Øst og det interregionale nettverket sees på som viktige arenaer for å løfte frem felles utfordringer og erfaringer. Praksiskonsulentordningen bidrar til å fremme samarbeid mellom sykehus og fastlegene og bør videreutvikles i årene fremover. Det er i tillegg viktig å delta i relevante organer som er opprettet for å sikre dialog mellom de viktigste aktørene nasjonalt.

Det vil være av stor betydning at kommuner og spesialisthelsetjenesten har tilgang til felles data- og styringsinformasjon og Helse Sør-Øst RHF vil understøtte et videre arbeid for å gi kommuner bedre tilgang til informasjon om blant annet forbruk av sykehus tjenester.

3.3 Avklare ansvarsfordeling på prioriterte områder

Behovet for helhetlige pasientforløp er et sentralt utgangspunkt for reformen. Det må utvikles retningslinjer for gode og helhetlige pasientforløp som er relevante, bærekraftige og funksjonelle i forhold til de oppgaver som skal løses både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Slike beskrivelser kan være et verktøy for å avklare hvilket nivå som har ansvar for pasienten i den enkelte fase av forløpet, og må beskrive forløp fra hjem til hjem.

Rehabilitering, psykisk helse, rusbehandling, habilitering og hjerneslagsbehandling er eksempler på fagområder der det blir viktig å avklare grensesnittet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Dette arbeidet må skje sammen med kommunene

Helse Sør-Øst RHF og det enkelte helseforetak må følge med på om de ulike virkemidlene fungerer i tråd med intensjonene. Ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter har i hovedsak gitt en ønsket effekt, men det er viktig at helseforetakene har dialog med aktuelle kommuner dersom antallet utskrivningsklare pasienter i sykehus øker og dermed opptar mer kapasitet i sykehusene. Det er varslet at ordningen vil utvides fra 2018 til å gjelde pasienter innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Etableringen av kommunale akutte døgnplasser er på det nærmeste fullført, men det er foreløpig varierende belegg. Det er trukket midler fra spesialisthelsetjenestens rammer for å finansiere disse tilbudene. Helse Sør-Øst RHF og det enkelte helseforetak må bidra til at etableringen av kommunale akutte døgnplasser fungerer etter hensikten og avlaster sykehusenes øyeblikkelig-hjelp tilbud. Fra 1.1.2017 vil kommunene også få ansvar for et øyeblikkelig-hjelp-døgntilbud for

pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Spesialisthelsetjenesten må bidra til at ordningen lykkes, og følge med på at ressursene brukes etter intensjonene.

Helse Sør-Øst RHF vil fortsatt understøtte prosjekter og utvikling av modeller som bidrar til bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i tråd med nasjonale myndigheters mål, og i samsvar med de krav som er stilt i tilknytning til ressurser som er fordelt midler til formålet, for eksempel etablering av ambulante tjenester, desentralisering av tjenester og bruk av videokonferanse/telemedisin.

Akuttmeldingen som ble lagt fram i 2015 fremhever betydningen av godt samarbeid mellom de ulike delene av helsetjenesten i den akuttmedisinske kjeden. Den reviderte veilederen fra Helsedirektoratet om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold som ble publisert i juni 2016 fremhever viktigheten av at samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene ser hele den akuttmedisinske kjede i sammenheng.

Dette inkluderer blant annet ambulansetjeneste, kommunale ø-hjelpstilbud, legevakt og de andre delene av kjeden. Helse Sør-Øst RHF og de enkelte helseforetak vil legge til rette for et godt samarbeid om de akuttmedisinske tjenester.

En stor del av de omstillinger som kreves for å nå målene i samhandlingsreformen samsvarer med andre krav til utviklingen av helsetjenestene. Dette kan gjelde de ulike planleggingsprosesser for sykehusstruktur, kapasitetsutredninger og analyser, innføring av nye ordninger knyttet til f.eks. fritt behandlingsvalg, pakkeforløp, opptrappingsplaner for rehabilitering, psykisk helsevern og rus eller arbeidet med å redusere ventetid. Slikt endringsarbeid krever også god ledelsesforankring og godt utviklingsarbeid. God samhandling kan på sikt bidra til å løse noen av de utfordringene som tilsynelatende trekker i motsatt retning av reformens mål.

Behovet for omstillinger, og endringer i fordeling av oppgaver må gjenspeiles i både regionale- og lokale utviklingsplaner. Hva er hensiktsmessig organisering og fordeling av oppgaver regionalt og lokalt i spesialisthelsetjenesten? Hvilke oppgaver skal håndteres av kommunene? Det forutsetter at aktører rundt oss involveres i sterkere grad i sykehusenes utviklingsplanarbeid både regionalt og lokalt. Særlig må kommunesektoren involveres aktivt på et tidlig tidspunkt.

3.4 Kompetanseutvikling

Kunnskapsutveksling og kompetanseheving er vesentlig, både for at spesialisthelsetjenesten skal bli mer spesialisert, for at kommunene skal kunne ta over oppgaver fra sykehuset og for at pasientene skal få mer behandling lokalt. Det kan være knyttet til behandling av enkeltpasienter, utvikling av samhandlingskompetanse eller identifisering av hvilke områder det trengs generell kompetanseheving på. Det er viktig at kunnskapsutvekslingen er gjensidig og at det konkretiseres i samarbeidsavtalene hvordan den skal skje. Gjensidighet fremheves også i følgeforskningsrapporten (EVASAM) «Man kan ikke hjelpe hvis man ikke skjønner hvor den andre parten står og hva denne parten trenger hjelp til». Oppdraget gitt til spesialisthelsetjenesten i 2016 om å drive felles ledelsesutvikling er et middel for å nå dette, det samme er den gjensidige veiledningsplikten som er vedtatt i forbindelse med stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste.

3.5 IKT-løsninger som fremmer god samhandling

Som nødvendig grunnlag for et godt samarbeid er velfungerende IKT-løsninger for henvisninger, epikriser, prøvesvar, medikamentlister, og kommunikasjon mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og sykehuset. Det er behov for en sterkere og mer koordinert satsning innen digitale pasient- og innbyggertjenester i Helse Sør-Øst. Satsningen må ta utgangspunkt i det

nasjonale målbildet, med tydelige regionale prioriteringer. Dette gjelder også utvikling og innføring av felles journal.

Vedlegg

- Statusrapport for samhandling, Helse Sør-Øst RHF. januar 2016 [O:\1.2.8 Samhandling og brukermedvirkning\Styresak samhandling 2016\Statusrapport_samhandling_endelig jan 2016.docx](#)
- Oppsummeringsnotatet fra Deloitte [O:\1.2.8 Samhandling og brukermedvirkning\Deloitte samhandlingsoppsummering jan 2016\Oppsummeringsnotat_Samhandling.docx](#)
- Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Samhandlingsreformen.aspx>
- Helse Sør-Øst RHF konsernrevisjon:
Oppsummeringsrapport av revisjonsområdet utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten http://www.helse-sorost.no/omoss/_styret/_konsernrevisjonen/_Documents/Revisjonsrapporter/2014/Rapport_Oppsummering_Utskrivning.pdf
- Rapport fra tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen gjennomført i Helse Sør-Øst i 2015 <https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Aust--og-Vest-Agder/2016/Helse-Sor-Ost-samhandling-om-utskrivning-av-pasienter-fra-spesialisthelsetjenesten-til-kommuner-gjennomfort-2015/>
- Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVSAM) http://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Ny_kunnskap_om_samhandlingsreformen/1254018_927211?lang=no
- PasOpp 2015 <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2015.resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse>
- "Faglige utfordringer og anbefalte forbedringstiltak knyttet til pasientenes tilbakemeldinger på erfaringer med sykepleie og sykepleiepersonell og informasjon og samhandling i forbindelse med utskrivning", Rapport fra midlertidig fagutvalg helsefag, juni 2016 [.O:\1.2.1. Medisin og helsefag\Avdelingsledermøter MoH\2016\16 - 20. juni 2016\187-2016 Faglige utfordringer og anbefalte forbedringstiltak knyttet til pasiente....docx](#)