

Utviklingsplaner for helseforetakene

Strategier, planer og regionale føringer

Forord

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 04.05.16 ble oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan behandlet. Det ble lagt til grunn at alle helseforetak utarbeider utviklingsplaner i tråd med veileder for arbeidet med utviklingsplaner. Veilederen inneholder anbefalinger om innholdselementer, prosess i forhold til ulike interessenter og om risiko-, sårbarhets- og mulighetsanalyse som skal legges til grunn.

Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjoner mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Arbeidet skal skje i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører.

Foretaksmøtet presiserte videre at utviklingsplanene for de ulike helseforetak må sees samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Den regionale utviklingsplanen skal "fange opp samlet demografisk utvikling, sykdomsutvikling, fordeling av oppgaver mellom helseforetakene og samlet kapasitetsbehov" (Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-19).

Helse Sør-Øst RHF vil utarbeide regional utviklingsplan ved først å definere regionale føringer for helseforetakenes arbeid (andre halvår 2016), deretter ha dialog med helseforetakene under arbeidet med de lokale utviklingsplanene (2017) slik det er beskrevet i "Veileder for arbeid med utviklingsplaner", for så å ferdigstille en regional utviklingsplan i 2018.

Målet med å lage utviklingsplaner er å ramme inn utviklingen av helseforetakets kjernevirksomhet. I et planperspektiv betyr det å definere det virksomhetsmessige grunnlaget for videreutvikling av helseforetaket. Tiltakene prioriteres gjennom økonomisk langtidsplan.

Det finnes en rekke strategier og overordnede planer som skal legges til grunn for de lokale utviklingsplanene. De viktigste er samlet i dette dokumentet. I tillegg er det et ønske å gi pasientens helsetjeneste og faglige føringer en ny og tydeligere plass, og det er hovedhensikten med dette dokumentet.

Kvalitet og pasientsikkerhet fortsetter å være hovedprioritet og skal være basis for alt utviklingsarbeid i helseforetakene. Regionens strategi for kvalitet og pasientsikkerhet er nå under revisjon og vil styrebehandlet tidlig i 2017.

I tillegg har en i Helse Sør-Øst valgt ut noen fagområder som særlig viktige. Det gjelder psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering. Begrunnelsen er at dette er fagområder med store grenseflater mot primærhelsetjenesten og kommunene, og som i tillegg har særlig potensiale for oppgavedeling og kompetanseoverføring. Arbeidet med fagområdene kan dermed tjene som modeller for hvordan helseforetakene kan utvikle sitt samarbeid med andre aktører og representere områder der aktørene sammen utvikler og prøver ut nye arbeidsmåter. Habiliteringsfeltet har mange av de samme utfordringene og omtales i tilknytning til rehabilitering

Videre er hjerneslagsbehandling valgt ut som et satsningsområde da det foreligger en faglig anbefaling for organisering av hjerneslagbehandlingen i regionen som er klar til gjennomføring, samtidig som dette er et nasjonalt satsningsområde. Modellen egner seg som pilot på hvordan nettverksamarbeidet mellom sykehus kan styrkes.

Både Nasjonal helse- og sykehusplan og NOU 2015: 17 “Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus” peker på behovet for bedre koordinering mellom de ulike aktørene i akuttkjeden utenfor sykehus. Prehospitale tjenester er derfor viet oppmerksomhet i arbeidet med regionale føringer.

Arbeidet med utviklingsplanene er egnet til å samle arbeidet med ulike faglige endringer og prosjekter. “Kreftkirurgi i Helse Sør-Øst i 2015. Evaluering fra regionalt fagråd for kreft” foreslår endringer innen dagens oppgavedeling, noe som kan svares ut gjennom utviklingsplanarbeidet.

“Veileder for arbeidet med utviklingsplaner” definerer en ny ramme for hvordan helseforetakene skal arbeide sammen med aktører utenfor sykehuset. Den stiller krav til at prosessen skal være åpen, forutsigbar og inkluderende. Det skal være enkelt å følge med på helseforetakenes arbeid, utvikling og resultatoppnåelse i tråd med krav og føringer. Derfor er det viktig at helseforetakene kommuniserer godt om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser i eget foretak til berørte parter og offentligheten generelt. Som ledd i arbeidet med utviklingsplaner skal helseforetakene utarbeide en kommunikasjonsplan. Dette for å sikre god kommunikasjon og informasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, oppgaveløsning, åpenhet og demokrati.

Medvirkning fra ansatte og faglig involvering er en forutsetning for å lage gode utviklingsplaner og ikke minst for at disse skal omsettes til god pasientbehandling for fremtidens pasienter. Videre er det avgjørende at pasienter og pårørende inkluderes i arbeidet med utviklingsplanene slik at disse kan brukes som et viktig verktøy for å realisere pasientens helsetjeneste.



Cathrine M. Lofthus

Administrerende direktør
Helse Sør-Øst RHF

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Innholdsfortegnelse	4
Strategier og planer som legges til grunn for utviklingsplanene	5
Pasientens helsetjeneste.....	6
Nye arbeidsformer	6
Brukertilfredshet	6
Oppgavedeling og samhandling	7
Trygg utskrivning	7
Skreddersøm for kronikere	8
Pasientbehandling og faglig prioritering	9
Psykisk helse.....	9
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	11
Rehabilitering	13
Habilitering	15
Hjerneslag.....	17
Kreftkirurgi	18
Prehospitaltjenester	19
Kapasitetsframskrivninger.....	20
Vedlegg.....	21

Strategier og planer som legges til grunn for utviklingsplanene

Helseforetakene i Helse Sør-Øst skal utarbeide utviklingsplaner og både prosess og endelig utviklingsplan skal være i tråd med «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner», godkjent av styret i Helse Sør-Øst RHF den 16. juni 2016 (styresak 056-2016):

<https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2016/20160616/056-2016%20Vedlegg%20-%20Veileder%20for%20Utviklingsplaner%20til%20styrene%20i%20RHF.pdf>

Videre skal følgende strategier og planer legges til grunn for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner:

- Nasjonal helse- og sykehusplan, Meld. St. 11 (2015–2016)
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonal-helse--og-sykehusplan2/id2461509/>
- Helse Sør-Øst - Plan for strategisk utvikling 2013-2020
<https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Plan%20for%20strategisk%20utvikling%202013-2020.pdf>
- Helse Sør-Øst - Regional strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2014-2016
<https://www.helse-sorost.no/Documents/Kvalitet%20og%20pasientsikkerhet/Strategi%20kvalitet%20og%20pasientsikkerhet%202014-2016.pdf>
- Styresak 70-2016, Helse Sør-Øst RHF - Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – status og videre arbeid
<https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2016/20160908/070-2016%20Saksframlegg%20-%20Samhandling%20mellom%20sht%20og%20pht%20-%20orientering%20status%20og%20videre%20arbeid.pdf>
- Helse Sør-Øst - Regional strategi for forskning og innovasjon 2013-2016
<https://www.helse-sorost.no/Documents/Forskning/Strategi%20forskning%20og%20innovasjon%202013-2016.pdf>
- Helse Sør-Øst - IKT-strategi, datert 17. desember 2015
<https://www.helse-sorost.no/Documents/Digital%20fornyning/086-2015%20Vedlegg%201%20-%20IKT-strategi.pdf>
- Kommunikasjonsplakat for Helse Sør-Øst
https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Kommunikasjonsplakat_web.pdf
- Styresak 10-2011, Helse Sør-Øst RHF - Strategi for eiendomsvirksomheten i Helse Sør-Øst
<https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/2011/010-2011%20Saksframlegg%20-%20Strategi%20for%20eiendomsvirksomheten%20i%20HSØ.pdf>
- Styresak 051-2016, Helse Sør-Øst RHF - Økonomisk langtidsplan 2017-2020
<https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styremøter/20160616/051-2016%20Saksframlegg%20-%20%20c3%98konomisk%20langtidsplan%202017-2020.pdf>

Pasientens helsetjeneste

Utviklingsplanene er et viktig verktøy for å realisere pasientens helsetjeneste. Den krevet at vi tenker, organiserer og arbeider annerledes. Medvirkning fra brukere er en forutsetning for å lage gode utviklingsplaner og for at disse skal kunne omsettes til god pasientbehandling for fremtidens pasienter. Arbeidet med å sikre pasienten som likeverdig part i pasientbehandlingen skal styrkes og det må legges til rette for pasientenes rett til å delta i beslutninger som berører egen helse og behandling.

Nye arbeidsformer

Utviklingsplanen skal beskrive hvordan nye arbeidsformer og modeller kan tas i bruk.

Eksempler på nye arbeidsformer og modeller er:

- ***Brukerstyrte senger*** – brukes innen psykisk helsevern. Bør vurderes som modell innen somatikken også, hvor kreftpasienter, KOLS- og hjertesviktpasienter kan være aktuelle pasientgrupper
- ***Brukerstyrte poliklinikker*** – finnes i dag innen psykisk helsevern. Kan være egnet også for andre pasientgrupper som kreftpasienter, KOLS- og hjertesviktpasienter, barn med kroniske sykdommer, pasienter med inflammatoriske tarmsykdommer, diabetikere med flere. Ved brukerstyrte poliklinikker kan pasientene selv påvirke kontrollintervallene, det kan åpnes for at de selv kan ta initiativ til blodprøver, velge kontroll hos lege eller annet helsepersonell for oppfølging med mere
- ***Hjemmesykehus*** – driver helseforetakene hjemmesykehus innen noen fagområder og er det vurdert for andre/nye fagfelt
- ***Ambulerende team*** – innen hvilke fagområder har helseforetakene tatt arbeidsformen i bruk og er det planer for andre/nye fagfelt
- ***Arenafleksible tjenester*** – det må vurderes hvor behandlingen til pasientene kan ytes best
- ***Tverrfaglige team mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste*** – er slike team etablert og/eller er det områder som er egnet for tettere samarbeid
- ***E-konsultasjoner/data- og videokommunikasjon*** – finnes det områder der slik arbeidsform er tatt eller kan tas i bruk og kan man utvikle fremtidens modell for kontroller, for eksempel felles konsultasjoner mellom fastlege og sykehus via video
- ***Videokommunikasjon i akuttmottak*** – i forbindelse med innføringen av nettverksamarbeid innen hjerneslag ligger det til rette for etablering av videokommunikasjon mellom akuttmottakene. Erfaringen fra enkelte sykehus i Helse Sør-Øst og andre steder i landet er gode. En slik kommunikasjonskanal åpner i prinsippet for utvidet konferering mellom ulike sykehus – flere leger fra flere sykehus rundt samme pasient

Helseforetakene bør også evaluere effekten av nye arbeidsformer, og kommuner, ansatte og brukere må involveres i arbeidet.

Brukertilfredshet

Utviklingsplanen skal beskrive hvordan sykehusene scorer på PasOpp- undersøkelsene (nasjonal undersøkelse i regi av Kunnskapssenteret - pasienterfaringer med norske sykehus) inkludert hvordan

resultatene har utviklet seg over tid, samt hvordan disse brukes i forbedringsarbeid. Det skal identifiseres områder for forbedring og tilhørende tiltak. Brukerrådene skal involveres i arbeidet.

Oppgavedeling og samhandling

Nasjonal helse- og sykehusplan beskriver hvordan sykehus skal arbeide sammen i team og i nettverk, betydningen av felles oppgaveløsning med aktører utenfor sykehuset og behovet for arenafleksible tjenester og ambulerende team.

Spesialisthelsetjenesten må bidra til aktiv og gjensidig kompetanseutvikling og -utveksling mellom de ulike delene av helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må dele de styringsdata som er relevante for kommunene og samarbeide med kommunene for å avklare hensiktsmessig ansvarsfordeling og oppgavedeling. Ny teknologi må tas i bruk både for å understøtte sentralisere der det er nødvendig og der det ligger til rette for desentralisering av tjenester og tilbud.

De lovpålagte samarbeidsavtalene og etablerte samarbeidsorganene mellom sykehus og kommunene må brukes i alt utviklings-/endringsarbeid som har betydning for andre parters tilbud og tjenester.

Trygg utskrivning

Det er vel kjent at det er utfordringer i overgangene mellom tjenestenivåene, og særlig krevende er dette for pasienter med kroniske sykdommer. Disse har nå rett på kontaktlege i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene skal legge til rette for at det er kontakt mellom kontaktlege og fastlege under pasientens sykehusopphold/ved utskrivning. Det innebærer at man må etablere et system som gjør at man kommer fram til hverandre. I påvente av sammenhengende elektronisk kommunikasjon vil dette som oftest bety per telefon. Noen helseforetak har løst dette ved at sykehuset har tilgang til fastlegenes direkte-/øyeblikkelig-hjelpstelefon. Det må legges til rette for at kontaktlege på sykehuset også er tilgjengelig for fastlegen. Ved utskrivning bør det være praktisk mulig for utskrivende lege/sykepleier å bestille kontrolltime hos fastlegen.

Midlertidig fagutvalg helsefag i Helse Sør-Øst har forslått forbedringstiltak knyttet til utskrivning basert på pasientenes tilbakemeldinger om manglende informasjon og samhandling i forbindelse med utskrivning. Utvalget har anbefalt at det etableres et nytt innsatsområde, «trygg utskrivning», i Pasientsikkerhetsprogrammet fra 2017.

Utviklingsplanen skal beskrive forbedringstiltak knyttet til utskrivning fra sykehus for å sikre overgangen mellom tjenestenivåene

Eksempler på forbedringstiltak er:

- **Utskrivningsplan** – planlegging av utreise starter ved innkomst på sykehuset. På enheter hvor det er innført tavlemøter kan tidlig planlegging av utskrivning inkluderes. Standard mal for utskrivning bør utarbeides for å sikre gjennomgang av viktige områder
- **Medikamentgjennomgang og legemiddelsamstemming**
- **Utreisedokumenter** - muntlig informasjon må understøttes av skriftlig informasjon. Både pasienten og helsepersonell som trenger opplysninger for å gi pasienten forsvarlig oppfølging, må få tilgang til epikrise utreisedagen

- **Utskrivningssamtale** - alle pasienter skal ha en planlagt og systematisk utskrivningssamtale før utreise. Samtalen avtales på forhånd slik at pasient og pårørende gis anledning til å forberede spørsmål og pårørende gis mulighet til å delta
- **Sjekkliste for utreise** - sjekklisten skal inneholde alle viktige områder ved utskrivning. Den skal ivareta pasientens behov ved utreise og sikre overgangen mellom tjenestenivåene

Skreddersøm for kronikere

Data viser at liten gruppe pasienter står for en betydelig del av helseforetakenes ressursbruk. Det er rimelig å anta at det er godt sammenfall med kommunal tjenestebruk og/eller bruk av primærhelsetjenesten. Disse pasientene utgjør derfor et godt utgangspunkt når det gjelder å utvikle nye samarbeidsformer, der både pasient, primærhelsetjeneste og sykehus kan forventes å ha sammenfallende interesser.

Utviklingsplanen skal beskrive hvordan spesialisthelsetjenesten sammen med kommunene kan legge til rette for de pasientene som bruker spesialisthelsetjenesten mest

Kronikere/pasienter som trenger spesialisthelsetjenestetilbudet ofte, finnes både innen psykisk helsevern, TSB og somatikk (for eksempel KOLS- og hjertesviktpasienter). Det skal vurderes om et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene kan forhindre at pasientenes tilstand forverres.

Pasientbehandling og faglig prioritering

Psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og rehabilitering ble valgt av Helse Sør-Øst RHF som faglige satsningsområder i arbeidet med å utforme regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner.

Andre halvår 2016 ble det gjennomført en møteserie mellom helseforetakenes fagansvarlige, representanter for kommunene og private aktører innen de tre fagområdene. Arbeidet ble ledet av en prosjektleder fra et av helseforetakene med spesiell kompetanse innen området.

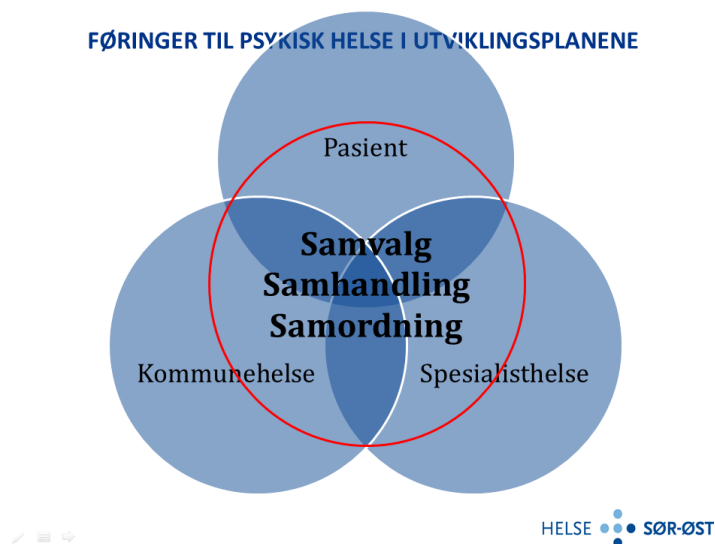
I arbeidet er det foretatt en kort oppsummering av gjeldende strategier og planer, deretter er det innhentet informasjon om utfordringer og løsningsforslag og så er dette sammenstilt til føringer for utviklingsplanarbeidet. Enkelte av tiltakene vil kunne gjennomføres raskere enn gjennom en utviklingsplan, men de er samtidig ment å skulle gi retning for videre arbeid.

Det er utarbeidet en egen prosjektrapport for hvert av de tre fagområdene som er vedlagt dette dokumentet. Under gjengis en oppsummering og de anbefalinger som er gitt.

Psykisk helse

Selv med en ti-årig opptrappingsperiode fra 2008 innen psykisk helse og oppfølgende strategiplaner, faglige retningslinjer og veiledere, er det fremdeles behov for en særlig prioritering av psykisk helse og rusbehandling for at tjenestetilbudene skal bli på nivå med de øvrige spesialisthelsetjenestene.

Det har vært sammenfallende temaområder som vurderes som viktige både i pasient- og brukerperspektivet, fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunehelsetjeneste. Temaene kan sammenfattes slik:



Samvalg

Behandlingstilbudet til den enkelte skal preges av at pasienten involveres i eget behandlingsforløp og gis mulighet til medvirkning og valg mellom alternativer. Dette vil ofte være avgjørende for om behandlingen lykkes og sikre at begrepet "pasientens helsetjeneste" gis reelt innhold.

Samhandling

Et område der pasientene oftest erfarer svikt i behandlingsopplegget er overgangsfasen mellom nivåene i hjelpeapparatet. Spesialisthelsetjenesten, kommunene, fastlegene, private institusjoner og privatpraktiserende spesialister innen psykisk helse er instanser som skal gi koordinerte tjenester uten avbrudd. Det er avgjørende at disse fungerer som en helhet.

Samordning

Det er store variasjoner i behandlingstilbudene mellom helseforetak og internt i samme foretak. Selv mellom avdelinger og enheter i samme organisasjon vises ulikheter i behandlingen som ikke er begrunnet i forskjeller i pasientgruppen. Dette utgjør en risiko for kvalitet og pasientsikkerheten.

Ut fra disse temaene er det valgt ut *tre føringer* som helseforetakene skal legge til grunn for sitt arbeid med utviklingsplaner. Føringene gjelder for både voksne og barne- og ungdomsfeltet.

1. Brukermedvirkning og samvalg

Utviklingsplanen skal beskrive hvordan brukermedvirkning kan styrkes i alle ledd innen psykisk helse og gjøre rede for hvordan en skal styrke erfaringskompetansen i kliniske enheter

Begrepet samvalg markerer en endring i pasientrollen. Det er godt kjent fra det kliniske feltet at eierskap til sin egen situasjon er avgjørende for om pasienten blir en aktiv medspiller i behandlingen. Pasientene skal inviteres til å ta ansvar for egen bedring i stedet for at de inntar en tradisjonell passiv mottakerholdning. Mange av de mest virksomme intervensjonene innen psykisk helsevern er kun mulig å få til ved at pasienten deltar aktivt i behandlingen. Kunnskap fra "recovery"-forskningen understøtter dette.

Brukermedvirkning er rettighetsforankret i lovverket. Den har tradisjonelt vært systemorientert, mens det i mindre grad har vært lagt til rette for den individuelle samvalgssituasjonen. Den er helt sentralt ved planlegging og etablering av tjenestetilbud, men kanskje viktigst i møtet mellom pasienten og den behandlingsansvarlige. Erfaringskonsulenter i døgnenheter og ambulante tilbud kan være et svært nyttig hjelpemiddel. Denne funksjonen er kun i varierende grad innført innen psykisk helsevern.

Helseforetakene må i arbeidet med utviklingsplanene legge til rette for at den individuelle erfaringskunnskapen i større grad blir brukt i behandlingen. Implementering av dette må sikres via regelmessige brukerstyrte evalueringer. Samvalg skal være en integrert metodikk i det å gi god helsehjelp.

2. Standardiserte pasientforløp

Utviklingsplanen skal beskrive hvordan standardiserte pasientforløp (pakkeforløp) skal implementeres innen psykisk helse

Implementering av kunnskapsbasert praksis og kliniske retningslinjer vil både være et mål og et middel. Standardiserte pasientforløp er en måte å redusere uønsket variasjon i tilbudet for mange tilstander innen psykisk helse. Slike *pakkeforløp* utformes både for psykisk helse og TSB og disse skal innføres ved helseforetakene.

Store ulikheter i valg av samtaleterapi, medikamenter, vektlegging av aktivitet, bruk av tvang, involvering av pårørende og bruk av utredningsverktøy er eksempler på at helsetjenesten har for stor ubegrunnet variasjon. Det er et paradoks at kunnskapsbasert viten om god behandling og nye retningslinjer hele tiden publiseres, men kunnskapen når ikke ut praksisfeltet og gir ikke endring.

Helseforetakene må i arbeidet med utviklingsplanene redegjøre for hvordan arbeidet med utvikling av standardiserte pasientforløp legges opp og hvordan tiltak for å redusere uønsket variasjon implementeres og overvåkes.

3. Behandlingseffekt

Utviklingsplanen skal beskrive en struktur for forbedrings-metodikk innen psykisk helse. Arbeidet skal forankres i «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten»

I hvilken grad har den helsehjelpen vi gir innen psykisk helsevern effekt?

- Hva gjør vi?
- Hvorfor gjør vi det?
- Virker det?
- Hvordan kan vi vite om endring er bra?

Psykisk helsevern er et fagområde med svak tradisjon for fortløpende å måle om tjenestetilbudet er godt. God psykisk helse er en sammensatt betegnelse som er vanskelig å kvantifisere, men helsetjenester innen psykisk helsevern vil måtte regne med å bli målt med effektkrav på samme måte som somatiske helsetjenester. Det er tvil om de eksisterende indikatorene viser et godt bilde av helsetjenestens kvalitet, men noen effektmål er etablert og det finnes validerte verktøy som kan tas i bruk.

Rutinene for rapportering fra det enkelte helseforetak har ofte ikke fungert godt og kvaliteten har ikke vært god nok. Dette har medført at rapportering av virksomhetstall ikke har vært egnet til å overvåke kvaliteten i tjenestetilbudet, og nytteverdien for fagfeltet har vært begrenset. Rapportene har dermed ikke i tilstrekkelig grad blitt brukt i daglig forbedringsarbeid.

Fagmiljøene må utfordres til å dokumentere resultater av egen praksis sammen med utvikling av et bedre indikatorsett. Det er for stor usikkerhet knyttet til om behandlingstilbudene har ønsket effekt. Primært er dette et ledelsesansvar. Måten helseforetakene velger å arbeide med dette på, skal konkretiseres i foretakenes utviklingsplaner.

Det bør etableres et overordnet kvalitetssystem som oppfyller krav i forhold til anerkjente modeller for sertifisering og akkreditering. Utviklingsplanen må tilrettelegge for en slik prosess i løpet av en 5-7 års periode.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Regjeringen viderefører "den gylne regel" som medfører at veksten innen psykisk helsevern og TSB hver for seg skal være høyere enn for somatikk, målt på regionnivå. Regelen skal måles i kostnader, ventetid, aktivitet og årsverk. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et av flere områder som Helse Sør-Øst RHF ønsker å prioritere i arbeidet med utviklingsplaner.

Behandlingstilbudene innen TSB i Helse Sør-Øst gis av 8 helseforetak med «sørge-for»-ansvar for pasienter i eget sykehusområde og 21 private avtalepartnere som er tilgjengelige for alle pasienter i hele regionen.

Det er valgt ut *to føringer* innen TSB som helseforetakene skal legge til grunn for sitt arbeid med utviklingsplaner.

1. Utvikling av basistjenester og organisering av disse

Utviklingsplanen skal beskrive utvikling av basistjenester innen TSB og en optimal organisering av disse for å understøtte et helhetlig behandlingstilbud til pasientene, smidig pasientflyt, god oversikt over bruk av ressurser og prioriteringer, synlighet / tilgjengelighet og robuste fagmiljøer som kan drive fagutvikling og forskning

Struktur/organisering som understøtter fagfeltets utvikling og tilgjengelighet

TSB er et selvstendig fagfelt innenfor spesialisthelsetjenesten på lik linje med psykisk helsevern og somatikk, men har ingen lang tradisjon i helseforetakene og utviklingen av tjenestetilbudet har ikke kommet like langt i alle helseforetak og organiseringen av dem er forskjellig. Ofte er TSB en avdeling i klinikk for psykisk helsevern.

De aller fleste ruspasienter lever i en normaltilværelse med bosted, ofte familie, skole/arbeid og skal ikke legges inn i døgninstitusjon. Pasientene trenger gode polikliniske tjenester i sitt lokalmiljø. Det ideelle for TSB-behandling er at den starter og slutter i poliklinikk, også for pasienter som i løpet av behandlingsperioden trenger innleggelse i en døgninstitusjon. Tradisjonelle polikliniske tjenester dekkes av helseforetakene i regionen i en desentral organisering, ofte knyttet til et DPS. God forankring mellom døgnerheter og poliklinikk innen TSB er en forutsetning for god pasientflyt, gode overganger og samhandling i et pasientforløp, og dette gir helseforetakene oversikt over pasientgruppen gjennom felles rapportering og statistikk. TSB-enhetenes nivå-plassering og organiseringen er viktig for fagfeltets synlighet i helseforetaksstrukturen og har betydning for pasienter, pårørende og samarbeidspartneres oversikt over helseforetakets samlede tilbud innenfor TSB. Dette gjelder også for samarbeidspartnere innenfor øvrig spesialisthelsetjeneste, særlig vektlegges behovet for samhandling med somatisk spesialisthelsetjeneste.

TSB er et ungt fagfelt og det er av stor betydning å sikre fagutvikling og forskning. Den organisatoriske plasseringen i helseforetakene må understøtte robuste fagmiljøer hvor dette skjer.

Basistjenester i TSB som sikrer helhetlig pasientbehandling og overganger

Helseforetakene skal sikre et grunnleggende behandlingstilbud til TSB-pasienter i sykehusområdet, basistjenester i TSB. Kommunene er avhengige av et forutsigbart spesialisthelsetjenestetilbud knyttet til:

- Akutt-tjenester (både poliklinisk og mulighet for døgn)
Personer som kommer i akutte rusrelaterte kriser og som ikke trenger somatisk intensivbehandling eller skal tvangsinnlegges i akuttpsykiatrisk mottak på grunn av alvorlig psykisk lidelse, trenger et tilbud om akuttvurdering og eventuelt innleggelse i TSB. Dette understrekes fra kommunal side generelt, men særskilt med tanke på at kommunene oppretter kommunale akutte døgnerheter også til ruspasienter fra 2017
- Avrusningstjenester med høy medisinsk kompetanse i abstinensbehandling.
Akuttinnlagte pasienter i TSB vil i stor grad være i behov av et opphold på en avrusningsenhet etterpå. Pasienter som skal til elektiv avrusning hvor man forventer komplikasjoner, må ha et forsvarlig medisinsk avrusningstilbud
- Ambulante tjenester hvor en samarbeider med kommunale tjenester.
Spesialisthelsetjenesten må tilby tilstedeværelse og ambulante tjenester til ikke-innlagte pasienter og pasienter i kommunale tiltak, enten med egne team eller i samarbeid med kommunal virksomhet
- Polikliniske tjenester må være lett tilgjengelige og en må samarbeide med kommunale tjenester. Ruspoliklinikker i helseforetakene må ha ekspertise innen utredning og behandling av alle typer rus-/avhengighetsproblematikk og ha øyeblikkelig-hjelp-funksjon på lik linje som DPS

2. Samarbeidsstrukturer med kommunal virksomhet og annen spesialisthelsetjeneste

Helseforetaket skal i arbeidet med utviklingsplanen vurdere og beskrive hvilke etablerte samarbeidsstrukturer som skal videreutvikles og nye som planlegges utviklet i tidsperioden

Det helhetlige ansvaret for pasientbehandlingen i TSB ligger i helseforetakene. Helseforetakene må organisere gode og tverrfaglige vurderingsteam som sikrer koordinering av pasientstrøm generelt og slik at pasienter med størst behandlingsbehov prioriteres. Tjenestetilbudet bør inkludere:

- Ambulant virksomhet, da spesialisthelsetjenesten er etterspurt utenfor sykehuset lokaler. Flere ulike modeller er aktuelle, og flere av disse er utprøvd med stor suksess
 - Fleksible ambulante tjenester hvor TSB er tilgjengelig ved behov og hvor ambulante team kan rykke ut, for eksempel akutt-ambulante team som utgår fra poliklinikk
 - Ambulante team etablert i samarbeid med kommunale tjenester (FACT-liknende team) som har faste oppdrag og følger opp pasienter
 - Spesialist har tjeneste ved "ute-kontor" i kommunen
- Liaison-tjeneste og konsultasjonstjeneste, ved behov eller som fast avtalefestet samarbeid
 - Innenfor spesialisthelsetjenesten
 - Somatiske avdelinger (somatisk mottak)
 - Psykisk helsevern voksen
 - Barne- og ungdomspsykiatrien
- Kompetanseheving
 - Felles undervisning for kommunalt ansatte i rusomsorgen og ansatte i TSB i spesialisthelsetjenesten
 - Veiledningstjeneste fra TSB i spesialisthelsetjenesten til kommunal virksomhet
 - Pasient- og pårørendeundervisning
- God oversikt over pasientstrøm og kvalitetssikring av rettighetsvurderinger
 - Bistand fra TSB ved henvisninger
 - Samarbeid om krevende pasientsaker, tvang, ROP-pasienter og andre krevende pasienter som har behov for omfattede og sammensatte tjenester fra flere aktører

Rehabilitering

Sentrale føringer og tidligere oppdragsdokumenter vektlegger at hvert helseforetak skal ha tilstrekkelig kapasitet innen døgn- og dagtilbud for spesialisert og tverrfaglig rehabilitering, samt ressurser til samhandling med kommunene. Fagfeltet i regionen vektlegger i tillegg at tilbud i spesialisthelsetjenesten, inkludert private tilbud, skal forbeholdes pasienter med komplekse problemstillinger og behov for spesialisert rehabilitering. I tillegg til føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner vil Helse Sør-Øst RHF arbeide videre med noen temaer som er belyst:

- Avtaler med private leverandører forbeholdes spesialisthelsetjenestens ansvarsoppgaver
- Private leverandører og fastleger inkluderes i de lovpålagte samarbeidsavtalene
- Finansiering av spesialisert rehabilitering gjennomgås, spesielt med fokus på ambulant tjeneste
- Avklaring og formalisering av regionfunksjoner og flerområdefunksjoner

I tillegg skal Helse Sør-Øst RHF søke å få fastlagt et tidsperspektiv for kravet om at nedbygging av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten ikke kan skje før tilsvarende kapasitet og kompetanse er bygget opp i kommunene.

Det er valgt ut *tre føringer* innen rehabilitering som helseforetakene skal legge til grunn for sitt arbeid med utviklingsplaner.

1. Tilbud innen døgnbasert rehabilitering og ambulant virksomhet

Utviklingsplanen skal beskrive tilbudet for døgnbasert rehabilitering i tidlig fase etter akutt sykdom/skade og for ambulant virksomhet. Beskrivelsen skal inkludere organisering, prioritering og nødvendige endringer i tidsperioden

Fremtidens rehabilitering i spesialisthelsetjenesten skal ivareta rehabilitering for pasienter med komplekse behov og skal ha tilstrekkelig omfang og intensitet tidlig i rehabiliteringsforløpet. Et helhetlig rehabiliteringsforløp må ofte starte i akuttfasen i helseforetaket. Det forventes at helseforetakene har spesialiserte rehabiliteringsenheter med tilstrekkelig døgnkapasitet for å ivareta komplekse behov. Samling av fagområdet i slike enheter sikrer robuste fagmiljøer med effektiv ressursutnyttelse av bred spesialisert tverrfaglig kompetanse. Tjenesten skal inkludere spesialisert medisinsk kompetanse og tverrfaglige systemer. Rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom det anses mest hensiktsmessig med tanke på faglige og praktiske forhold. Veiledning og informasjonsutveksling kan gjennomføres ved hjelp av ulike møteplattformer. Bruk av avstandskompenserende metoder, som for eksempel telemedisinske løsninger, vil bidra til effektiv ressursutnyttelse. Enkelte ganger vil likevel et fysisk møte med pasient og lokale rehabiliteringsaktører være nødvendig, og helseforetakene må ha system for slik ambulant virksomhet.

Oppfølging

Rapportering av ressursbruk og aktivitetstall som viser omfang av ambulant virksomhet og omfang av rehabilitering uten brudd i forløpet etter akuttbehandling, samt fordeling mellom primær- og sekundærrehabilitering. Aktivitetstall for rehabilitering skal kodes som *vanlig* eller *kompleks* rehabilitering i tråd med «Regelverk for innsatsstyrt finansiering».

2. Rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt – «én dør inn» til tjenesten

Utviklingsplanen skal beskrive hvor og hvordan et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt er synlig organisert, hvilken virksomhet og kompetanse som inngår, samt tilhørende roller og oppgaver. Planen skal også beskrive hvilke nødvendige endringer som skal gjennomføres i tidsperioden

Tyngdepunktet defineres til en organisatorisk enhet i virksomheten, slik at helseforetakets plassering av det rehabiliteringsfaglige ansvaret blir synlig og viser «én dør inn» til tjenesten. Spesialisert rehabiliteringskompetanse inkluderer legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering, samt spesialisert særfaglig og tverrfaglig kompetanse fra andre relevante faggrupper som spesifisert i "Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator". Helseforetakene har, med få unntak, slik kompetanse tilsatt, slik at utfordringen i hovedsak er å organisere og synliggjøre fagområdet. Helseforetakene skal i utviklingsplanene beskrive hvordan ansvaret for rehabilitering

håndteres dersom kompetanse fra flere organisatoriske enheter må involveres i det tverrfaglige teamet. Videre skal prosessinnhold og samarbeidsstrukturer beskrives og implementeres.

Oppfølging

Rapportering av funksjon og aktivitet, med synlig plassering i organisasjonsstrukturen.

3. System for samarbeid innen rehabilitering - formalisering i samarbeidsavtalene ***Helseforetaket skal gjennom arbeidet med utviklingsplanen ta initiativ til å formalisere struktur for samhandling innen rehabilitering i samarbeid med kommunene. Arbeidet skal forankres i de lovpålagte samarbeidsavtalene***

Det skal i utviklingsplanen beskrives hvordan samarbeid med kommunene, relevante private aktører og representanter for brukerne - er systematisert og implementert innenfor rehabiliteringsfeltet. Planen skal beskrive tiltak for nødvendig konkretisering og hvordan samarbeidsstrukturen kan fungere og evalueres.

Gode overganger mellom spesialisert rehabilitering i helseforetakene i tidlig fase og videre til rehabilitering i nærmiljøet fordrer systematisk samarbeid med god forankring hos aktørene. Samarbeidet bør skje i tråd med rutiner som er forutsigbare og omforente. De lovpålagte samarbeidsavtalene bør benyttes til å formalisere hvordan samarbeidet skal foregå. En mulighet, som Akershus universitetssykehus har valgt, er å etablere Fagforum knyttet til tjenesteavtalene (her tjenesteavtale 2). Formålet med Fagforum er å operasjonalisere avtaleverket og dette gjøres gjennom flere møtepunkter i året, utarbeidelse av årlige handlingsplaner og revidering av avtalene.

Oppfølging

Rapportering fra overordnet samarbeidsutvalg mellom helseforetak og kommuner og rapportering fra brukerutvalg. Det må være synlig og tilgjengelig informasjon om system og rutiner.

Habilitering

En arbeidsgruppe med representanter fra habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU), habiliteringstjenesten for voksne (HAVO), brukerrepresentant og Helse Sør-Øst RHF har laget en prosjektrapport om habilitering som er vedlagt dette dokumentet. Prosjektrapporten er behandlet i fagrådet for habilitering. Under gjengis en oppsummering og de anbefalinger som er gitt.

For habilitering er det særlig viktig å vise hvordan fagområdet er organisert og om det er tilstrekkelig kapasitet ved de ulike foretakene. Fra brukerrådet i Helse Sør-Øst RHF er det kommet et ønske om å legge til rette for "én dør inn" for denne pasientgruppen.

Det er valgt ut *fire føringer* som helseforetakene skal legge til grunn for sitt arbeid med utviklingsplaner. Tre av føringene gjelder barne- og ungdomsfeltet og en føring gjelder voksenfeltet.

1. Samarbeidsavtaler, retningslinjer og samarbeidsforum omhandlende barn og unge

Helseforetaket skal gjennom arbeidet med utviklingsplanen etablere samarbeidsavtaler, retningslinjer og samarbeidsforum mellom spesialisthelsetjenesten for barn og unge i helseforetakene og barne- og ungdomstjenesten i kommunene

Målet er å utarbeide en felles samarbeidsavtale/retningslinje mellom helseforetakene og kommunene knyttet til alle tjenestene innen barne- og ungdomsfeltet (HABU, psykisk helsevern for barn og unge, barnemedisinske avdelinger).

Innen hvert sykehusområde skal det etableres et fast samarbeidsforum for barne- og ungdomsfeltet. Hensikten er å ha et møteforum hvor samarbeidsutfordringer mellom helseforetaket og kommunene rundt barn og unge adresseres, drøftes og hvor det skisseres hvordan utfordringer bør håndteres og løses. Helseforetakenes ungdomsråd bør involveres i arbeidet.

Mange barn og unge har sammensatte og komplekse tilstander som krever samarbeid og involvering på tvers av ulike etater og tjenestenivåer. Det er snakk om bistand og samarbeid med fastleger og en lang rekke kommunale instanser: helsestasjoner, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), barnehage/skole, familiesentrene, den statlige delen av Arbeids- og velferdsetaten (NAV), de kommunale sosialtjenestene og andre statlige tjenester som Statped.

I tillegg vil også barneverntjenestene kunne være inne med sine tiltak. I helseforetakene har man tre enheter som har et hovedansvar for denne aldersgruppen: psykisk helsevern for barn og unge (BUP), barneavdelingene (BA) og habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU).

Samarbeids- og koordineringsutfordringen er annerledes og ofte mer komplekse rundt barn og unge med komplekse tilstander enn rundt tilsvarende voksenpasienter.

2. Behandlingslinje for barn og unge med ervervet hjerneskade

Utviklingsplanen skal beskrive hvordan ny regional behandlingslinje for barn og unge (1-18 år) med ervervet hjerneskade skal implementeres

Handlingsplan for habilitering av barn og unge (Helsedirektoratet, 2009) påpekte mangler i tjenestetilbud til denne pasientgruppen. Etter dette har fagmiljøene i Helse Sør-Øst, med støtte fra Helsedirektoratet, utarbeidet en behandlingslinje for ervervet hjerneskade hos barn og unge (2013).

Behandlingslinjen omfatter barn og unge med moderate og alvorlige hjerneskader og derav senfølger etter hodetraumer, svulster eller andre sykdommer i hjernen. Det anslås at behandlingslinjen i Helse Sør-Øst omfatter omlag 50-60 barn og unge pr år.

Ettersom det tidligere ikke har vært et helhetlig og systematisk tilbud til barn og unge med ervervet hjerneskade, hverken i tidlig fase eller med hensyn til langtidsoppfølging, vil alle fasene kreve etablering av nye samhandlingsrutiner, oppbygging av kompetanse og omprioritering av ressurser. Arbeidet er på mange måter en nyvinning for de pasientene som inkluderes i tilbudet.

3. Tjenestetilbudet for barn og unge med autismspekterforstyrrelser

Utviklingsplanen skal beskrive hvordan tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten for barn og unge med autismspekterforstyrrelser (ASF) kan samles i en enhet i hvert sykehusområde

Hovedansvaret for utredning, diagnostikk og oppfølging av barn og unge med ASF ivaretas best fra én og samme organisatoriske og faglige enhet innen hvert sykehusområde. En slik enhet kan dekke områdesykehusfunksjoner for pasientgruppen og ha ansvar for samtlige barn med ASF uavhengig av deres kognitive nivå. Helsehjelpen organiseres i form av poliklinikk, med ambulant tilbud, hvor man også har ansvar for andre pasientgrupper. En slik enhet må ha tilstrekkelige fagressurser og være bemannet med tverrfaglig kompetanse.

Barn og unge med ASF er en relativt stor pasientgruppe med en forekomst rundt 1 %. Det er samtidig en pasientgruppe med et sammensatt og komplekst tilstandsbilde. Pasientene trenger høy og tverrfaglig kompetanse i spesialisthelsetjenesten og mange av barna trenger langvarig oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Dette som et supplement til det kommunale basistilbudet. Ansvar for diagnostikk, utredning og oppfølging er i dag spredd på mange enheter innen hvert sykehusområde og det er i flere sykehusområder også skilt på ansvarsforholdene alt etter om barna har en utviklingshemming eller ikke. I tillegg er det noen enheter som kun utfører diagnostikk, mens andre enheter står for oppfølging.

Resultatet av dagens organisering og innhold i tjenestetilbudet til barn og unge med ASF, er stor variasjon i kvaliteten på utredning, diagnostisering og oppfølging, samt at det ikke gis et likeverdig tjenestetilbud uavhengig av bosted. Dette er dokumentert gjennom flere studier og planer.

4. Pasientforløp for voksne med atferdsvansker ved utviklingshemming

Utviklingsplanen skal beskrive hvordan pasientforløp for utredning og behandling av moderat og alvorlig grad av atferdsvansker ved utviklingshemming kan implementeres

Det skal foreligge definerte pasientforløp i alle helseforetakene for utredning og behandling av moderate og alvorlige atferdsvansker ved utviklingshemming, jamfør prioriteringsveileder. Utredning og behandling av disse tilstandene må gjøres innenfor rammen av samhandling med kommunene, fastlege og eventuelt annen spesialisthelsetjeneste. Utredning, diagnostikk og behandling i spesialisthelsetjenesten skal bygge på en bred medisinsk- og psykologfaglig tilnærming av tilstanden og må også omfatte analyse av miljøbetingelser og omgivelsenes kompetanse. Hensikten er å kvalitetssikre dette utrednings- og behandlingsforløpet i helseforetakene og mellom helseforetakene.

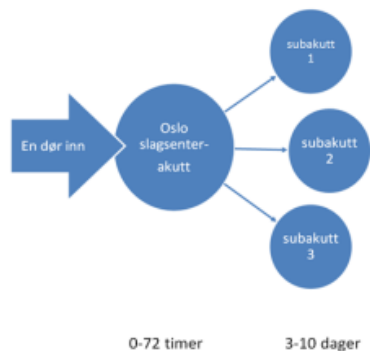
Faglig tilnærming og vektlegging av ulike elementer i utrednings- og oppfølgingsprosessen varierer noe fra helseforetak til helseforetak. Det foreligger en betydelig erfaringskompetanse i hvert enkelt foretak knyttet til dette arbeidet. Dette bør sammen med evidensbasert praksis danne grunnlag for utvikling av en felles tilnærming og mer likeverdig pasientbehandling.

Hjerneslag

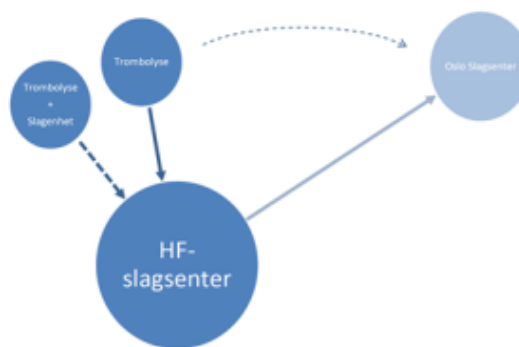
Helse Sør-Øst RHF etablerte et midlertidig fagråd for hjerneslag våren 2015 og dette utvalget leverte sin rapport "Akutt og subakutt behandling av hjerneslag i Helse Sør-Øst, 2016. Sykehus i nettverk" våren 2016. Rapporten har vært på høring og høringssvar med forslag til regionale føringer ble drøftet i midlertidig fagutvalg hjerneslag høsten 2016. Rapporten og oppsummering av høringssvarene er vedlagt dette dokumentet.

Forslagene kan oppsummeres slik:

Oslo sykehusområde Akutt og subakutt slagenhet(er) i nettverk



Øvrige sykehusområder – helseforetak med slagsenter i nettverk med lokalsykehus



Hovedmålene i Nasjonal helse og sykehusplan er *Bedre kvalitet og pasientsikkerhet*. Et annet hovedmål er *Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus*. Det skisseres behov for videreføring av både små og store sykehus, men at tjenestetilbudene må differensieres og særlig i forhold til akuttfunksjoner. Sykehusene må i større grad enn nå utfylle hverandre i oppgaveløsning, det vil si at det bør etableres "sykehus i nettverk".

Helse Sør-Øst RHF er opptatt av at tjenestetilbudene differensieres og vil at organiseringen av hjerneslagsbehandling skal tjenes som pilot og modell for å utvikle arbeidsformen «sykehus i nettverk» videre innenfor andre fagområder. Piloten skal evalueres og monitoreres underveis og kommunene skal involveres sammen med fagmiljøene og brukere slik at man sikrer helhetlige pasientforløp.

En forutsetning for implementering vil være at det er avklart hvor i helseforetaket slagsenteret skal lokaliseres.

Organisering av hjerneslagsbehandling og etablering av nettverksstruktur inngår som en del av helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner

Oslo universitetssykehus skal etablere Oslo-slagsenter, «én dør inn», «flere dører ut» slik modellen er beskrevet i rapporten «*Akutt og subakutt behandling av hjerneslag i Helse Sør-Øst, 2016. Sykehus i nettverk*».

Alle øvrige helseforetak i regionen skal etablere ett helseforetak med slagsenter som fungerer i nettverk med øvrige sykehus, slik modellen er beskrevet i rapporten.

Kreftkirurgi

Gjeldende funksjonsfordeling av kreftkirurgien ble vedtatt av styret i Helse Sør-Øst RHF 16. desember 2010, sak nr. 85-2010. Regionalt fagråd for kreft har hatt som fast oppdrag å evaluere kreftkirurgien årlig og i evalueringen undersøke om vedtatt funksjonsfordeling overholdes, samt gi rapport med anbefalinger til Helse Sør-Øst RHF.

Evalueringen for 2015 ble oversendt Helse Sør-Øst RHF den 05.10.2016. Det vises i denne sammenheng til brev av 12.12.2016 fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene i regionen hvor

vurderingene fra regionalt fagråd er gjengitt og vedlagt. Vurderingene fra regionalt fagråd for kreft følger også som vedlegg til dette dokumentet.

Arbeidet med organisering av kreftkirurgien og funksjonsfordeling inngår som en del av helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner

Dette innebærer at vurdering av de forhold som er påpekt i brevet fra Helse Sør-Øst RHF skal svares ut gjennom de respektive utviklingsplaner. Helse Sør-Øst RHF vil på bakgrunn av helseforetakenes utviklingsplaner foreta en samlet vurdering og fatte beslutning om eventuelle nye funksjonsfordelinger innen kreftkirurgien.

Prehospitale tjenester

En godt fungerende akuttmedisinsk tjeneste forutsetter at alle aktørene samarbeider om felles planlegging av ressursbruk og dimensjonering. Kravet til forpliktende samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten for å sikre hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike deler av tjenestene har blitt styrket i løpet av de senere år. Det stilles krav til samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner. Avtaleverket skal blant annet omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden. I merknad til Akuttmedisinforskriftens § 4 – samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester, står det “Samarbeidsavtalene må bygge på en samlet gjennomgang av den akuttmedisinske beredskapen i helseforetakene og kommunens ansvarsområder” og “Samarbeidsavtalene må konkretiseres slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy”.

Samhandlingsmøtene, som det enkelte helseforetak har med kommunene, er godt egnet til å drøfte utfordringer i samarbeidet, hva en har fått til som er verdt å bygge på, konkrete samarbeidsprosjekter/tiltak som bør føres videre, om det er oppgaver som kan/bør løses av andre enn de som gjør det i dag og hvordan samhandlingen skal foregå.

Eksisterende samarbeid og samarbeidsavtaler vurderes og konkretiseres slik at de fungerer som felles planleggingsverktøy for kommuner og helseforetak for å sikre en best mulig akuttmedisinske kjede med hensiktsmessig ressursbruk

Helseforetakene må vektlegge samhandling og samordning med kommuner og andre aktører innen den akuttmedisinske kjede for å sikre effektiv ressursbruk både for ordinær drift og i beredskapssituasjoner. Det er også viktig å beskrive konkrete samhandlingstiltak og prosjekter som kan gi helsegevinst.

Kapasitetsframskrivninger

Helse Sør-Øst RHF vil igangsette et regionalt arbeid med kapasitetsframskrivninger som grunnlag for helseforetakenes utviklingsplaner. Kapasitetsframskrivningene vil gjøres både på regionalt nivå og for det enkelte helseforetak. Det vil ved utarbeidelsen tas hensyn til befolkningsframskrivninger fram til 2035, sykdomsutvikling, oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, samt endrede driftsmodeller knyttet til nye behandlingsformer, utvikling innen diagnostikk, medisinsk teknisk utvikling og nye teknologiske løsninger.

Helseforetakene i regionen vil involveres i arbeidet

Vedlegg

- Vedlegg 1 – Prosjektrapport - delprosjekt Psykisk helse
- Vedlegg 2 – Prosjektrapport - delprosjekt Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Vedlegg 3 – Prosjektrapport - delprosjekt Rehabilitering
- Vedlegg 4 – Prosjektrapport - delprosjekt Habilitering av barn, ungdom og voksne i spesialisthelsetjenesten
- Vedlegg 5 – Rapport - Akutt og subakutt behandling av hjerneslag i Helse Sør-Øst, 2016. Sykehus i nettverk
- Vedlegg 6 – Kreftkirurgi i Helse Sør-Øst i 2015. Evaluering fra regionalt fagråd for kreft