

Delprosjekt - Helse Midt-Norge 2010

Samhandling

PROSJEKTRAPPORT

Versjon 1.0

Dato: 30.11.2005

INNHold

1	Innledning.....	2
1.1	Prosjektoppdrag ”Samhandling”	2
2	Samhandling som del av ”Helse Midt-Norge 2010”	3
2.1	Forholdet mellom hovedprosjekt og delprosjekt.....	3
3	Samhandling som innsatsområde	3
3.1	Nasjonal fokus på samhandling.....	3
3.2	Behovet for samhandling	4
3.3	Hvem har størst behov for samhandling	5
4	Aktuelle utredninger og rapporter.....	6
4.1	NOU 2005:3 ”Fra stykkevis til helt”.....	6
4.2	Nasjonal strategi for samhandling i spesialisthelsetjenesten.....	6
4.3	Styrebehandling i Helse Midt-Norge RHF	7
5	Anbefalte strategier for samhandling med kommunehelsetjenesten.....	8
5.1	Befolkningen skal tilbys et helhetlig, sammenhengende tjenestetilbud.	8
5.2	Pasientgrupper med størst behov for samhandling skal prioriteres.....	9
5.3	Trygg og effektiv informasjonsutveksling.....	9
5.4	Desentralisering av spesialisthelsetjenester	10
5.5	Bruk av økonomiske virkemidler for å understøtte samhandling	11
5.6	Utdanning, undervisning og forskning	11

1 Innledning

1.1 Prosjektoppdrag ”Samhandling”

Styringsgruppen for hovedprosjekt ”Helse Midt-Norge 2010” vedtok 16.08.05 å gjennomføre et delprosjekt for å utarbeide forslag til strategier for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Arbeidet gjennomføres i regi av Helse Midt-Norge RHF med administrerende direktør som prosjekteier. Det er oppnevnt en egen prosjektgruppe, som rapporterer til prosjektleder for hovedprosjektet.

Gruppen har hatt følgende sammensetning:

Daniel Haga , HMN (prosjektleder)

Rolf Windspoll, Enhet for samhandling, St. Olavs

Bengt Ingebrigtsen, Fastlege og praksiskonsulent, Volda sjukehus

Sekretær: Svanhild Jenssen, HMN

Videre framgår det av prosjektoppdraget:

Deloppdraget skal være avgrenset til samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Desentralisering og samhandling innad i spesialisthelsetjenesten vil være en naturlig del av ”eierstrategien”.

Deloppdragets mål er å utforme og foreslå en overordnet strategi for samhandling med kommunehelsetjenesten, slik at befolkningen i Midt-Norge fortsatt kan tilbys sammenhengende behandlingstilbud med god kvalitet, god tilgjengelighet og akseptabel kostnad.

Arbeidet skal bygge på de analysene og avklaringene som legges til grunn i hovedprosjektet, samt på andre vedtatte nasjonale og regionale strategier og utredninger.

Gruppen skal foreslå tiltak som kan gjennomføres både på kort og lengre sikt.

Arbeidet skal innarbeides som en del av prosjektet ”Helse Midt-Norge 2010”, og skal legges fram for styret i RHF i desember 2005. Delprosjektet må derfor være avsluttet innen 15.10.05.

2 Samhandling som del av "Helse Midt-Norge 2010"

2.1 Forholdet mellom hovedprosjekt og delprosjekt

Hovedprosjektet "Helse Midt-Norge 2010" er en direkte oppfølging av strategiseminar styret for Helse Midt-Norge RHF hadde i Molde 15.2.2005, og har som hovedoppgave å utforme overordnede strategier for det regionale "sørge for"-ansvaret.

I tillegg til "sørge for"-strategien har styringsgruppen for prosjektet vedtatt å utarbeide strategier for tre delområder:

- Eierstrategier, dvs. regional strategi for samordning, organisering og oppgavefordeling av tjenester som ytes av helseforetakene.
- Strategier for bruk av private aktører
- Strategi for samhandling med primærhelsetjenesten.

Oppdraget omfatter utredning knyttet til pkt. 3 ovenfor.

De såkalte "bakteppe-notatene" som er laget som en del av hovedprosjektet, utgjør en naturlig bakgrunnsinformasjonen også i delprosjektet.

3 Samhandling som innsatsområde

3.1 Nasjonal fokus på samhandling

De siste årene er det gjennomført flere reformer og effektiviseringstiltak innenfor rammen av de to forvaltningsnivåene. Hensikten har vært bedre ressursutnyttelse og økt kvalitet. Behovet for et helhetlig behandlingstilbud uavhengig av forvaltningsnivå har imidlertid satt fokus på samhandlingen i behandlingsskjeden.

I løpet av 2004 og 2005 er det kommet flere rapporter og utredninger som har satt fokus på samhandling:

- Samhandling og desentralisering. Forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene. (Oktober 2004)
- SINTEF rapport: Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill (November 2004)
- Lokalsykehusenes rolle (Kap. 7.5 i St.prop nr 1 (2004-2005))
- NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt" (Februar 2005)

I tillegg har det det siste året blitt satt i gang en rekke prosjekter med tanke på å vinne erfaringer med nye samhandlingstiltak og desentralisering av spesialisthelsetjenester.

Styret for Helse Midt-Norge RHF behandlet 12.01.05 rapporten fra de fem helseregionene, og sluttet seg til de overordnede strategiene. Styret har videre avsatt inntil 10 mill til pilotprosjekt innen samhandling.

3.2 Behovet for samhandling

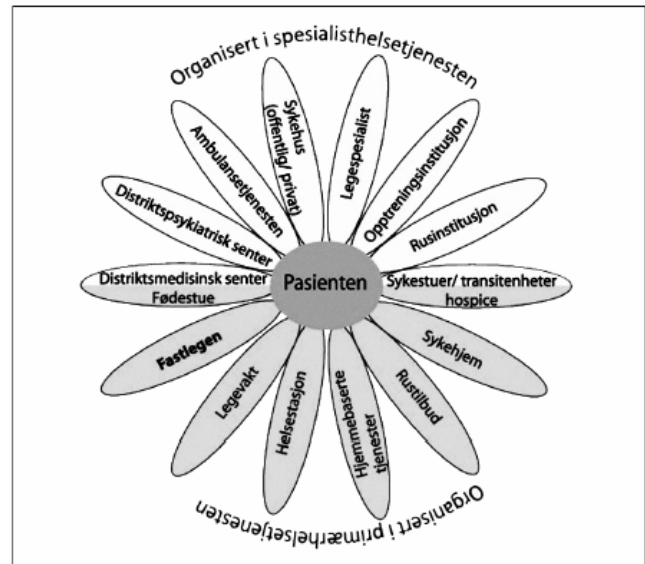
Samhandling kan sees både fra et *individnivå*, dvs. om den enkelte pasient eller grupper av pasienter, og fra et *systemnivå*, dvs. mellom tjenesteutøvere.

Sett i et brukerperspektiv er imidlertid den samhandling på systemnivå å betrakte som et *virkemiddel* for å skape bedre samhandling i pasientbehandlingen, og omtales derfor i denne rapporten i forbindelse med forslag til konkrete strategier og tiltak.

Behovet for samhandling påvirkes dels av kompleksiteten i sykdommen og dels av organiseringen av den behandlingsskjeden som er nødvendig for å gi et helhetlig tilbud.

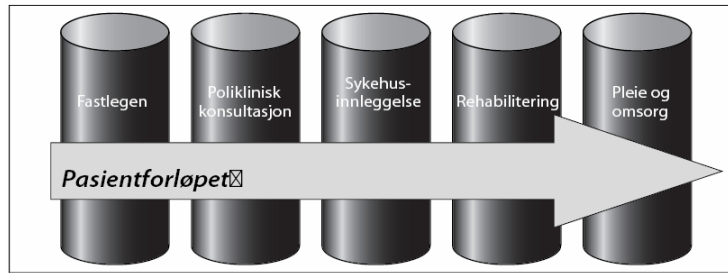
En pasient med et omfattende tjenestebehov må forholde seg til mange ulike organisasjoner/enheter både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Samhandlingsbehovet øker med kompleksiteten av behandlings- og omsorgsbehovet. En undersøkelse utført av Statens Helsetilsyn 1998 viste at eldre over 75 år i gjennomsnitt har 2,6 medisinske diagnoser. 20 % hadde over 4 diagnoser. De ulike sykdommene kan ha innvirkning på hverandre, og behandlingen for en tilstand kan påvirke utviklingen av de andre tilstandene. Slike eksempler viser behovet for samhandling også innad i spesialisthelsetjenesten.

For pasienter med komplekse sykdomsbilder og stort omsorgsbehov er det avgjørende at tilbudet gis som et helhetlig tilbud der fokus er et sammenhengende pasientforløp.



Figur 2.1 Primærhelsetjenestene er kommunenes ansvar (nedre del i figuren). Noen tilbud er organisert i felleskap av kommunen og spesialisthelsetjenesten, som f. eks. distriktsmedisinske sentra, noen sykehjemstilbud og hospicetilbud. De regionale helseforetakene har ansvar for tilbudet av spesialisthelsetjenesten (øvre del i figuren).
Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet

Dette er forsøkt illustrert i bildet til høyre. Utfordringen er å ha fokus på pasientforløpet selv om vi er organisert i ”søyler”.

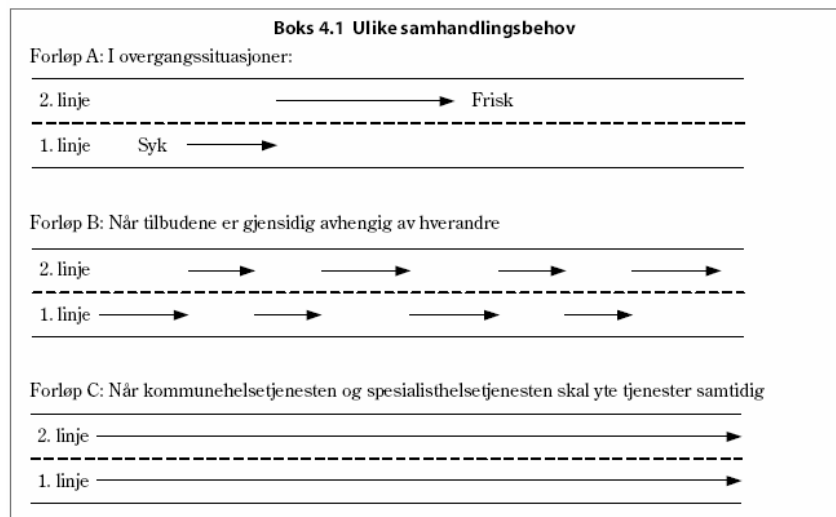


(Kilde: NOU 3:2005 – Fra stykkevis til helt.)

Et slikt fokus krever sterk ledelsesforankring, fordi de løsningene som velges ikke nødvendigvis er den som er mest kostnadseffektiv for den enkelte enhet.

3.3 Hvem har størst behov for samhandling

Behovet for samhandling varierer med kompleksiteten i behandlingsforløpet, slik det skjematisk er framstilt på vedlagte illustrasjon. De største utfordringene for samhandling finner vi når tilbudene fra spesialisthelsetjeneste



og kommunehelsetjenesten er gjensidig avhengig av hverandre (Forløp B), og når tjenestene skal ytes samtidig (Forløp C) Eksempler på ”Forløp C” finnes ved flere sykdomstilstander (rehabilitering etter større skader, alvorlige psykiske lidelser m.m)

NOU 3:2005 Fra stykkevis til helt skisserer følgende pasientgrupper som eksempler på pasientgrupper som har særlig behov for samordnede tjenester:

- kreftpasienter
- eldre med flere alvorlige sykdommer (multiorgansvikt)
- mennesker i slutfasen av livet (palliativ omsorg)
- kronisk syke barn og voksne (hjerte og lungesyke, sukkersyke, slagpasienter, demente m.fl.)
- psykisk syke
- rusmisbrukere

4 Aktuelle utredninger og rapporter

Tidligere styrevedtak om samhandling

4.1 NOU 2005:3 ”Fra stykkevis til helt”

Utredningen har i tråd med mandatet foreslått en rekke tiltak som kan grupperes i tre nivåer:

- Tiltak rettet mot å styrke pasientens rettigheter og medvirkning
- Tiltak for å sikre samhandling mellom utøverne i helsetjenesten
- Tiltak for bedre rammebetingelsene for samhandling (lover, finansieringsordninger og lignende)

Utredningen har et langt bredere perspektiv enn det en strategi for spesialisthelsetjenesten kan ha, og omfatter forhold både i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Den omhandler i tillegg forhold inn mot andre statlige etater, som arbeids- og trygdekontor.

Utvalgets anbefalinger (kapittel 10) er i sin helhet gjengitt i **vedlegg 1**.

I det videre arbeidet i delprosjektet har en konsentrert seg om de forslag til tiltak som kan ha relevans for ”Helse Midt-Norge 2010”.

4.2 Nasjonal strategi for samhandling i spesialisthelsetjenesten

Som NOU 2005:3 rettes tiltakene mot pasientene/pasientbehandlingen, aktørene/helsearbeiderne og mot systemnivået/rammebetingelsene, men fokuset er på de **regionale helseforetakenes** ansvar for å bidra til sammenhengende behandlingsskjeder. Det legges her stor vekt på behovet for samhandling innad i spesialisthelsetjenesten, men det fremmes også forslag om tiltak i samhandlingen mellom helseforetak og kommuner. Arbeidsgruppen har foreslått både overordnede strategier og konkrete tiltak, og dannet grunnlag for beslutninger i alle de fem helseregionene (se nedenfor).

Arbeidsgruppens forslag til overordnede strategier og tiltak er i sin helhet gjengitt i **vedlegg 2**.

4.3 Styrebehandling i Helse Midt-Norge RHF

Styret i Helse Midt-Norge behandlet i sak 02/05 de felles regionale strategiene for samhandling og desentralisering, og gjorde følgende vedtak:

- 1. Styret i Helse Midt-Norge deler den problembeskrivelse som er presentert i vedlagte strategidokument fra arbeidsgruppen, og vil tilrå at hovedlinjene i de foreslåtte strategier og tiltak legges til grunn for Helse Midt-Norges egen strategi for samhandling og desentralisering.*
- 2. Rapporten understreker det ledelsesmessige ansvaret for et sterkt fokus på samhandling både innad i spesialisthelsetjenesten og overfor kommunene.*
- 3. Styret vil særlig peke på nødvendigheten av å samarbeide tett med kommunene i arbeidet med å møte de felles utfordringene som økningen i antall eldre gir.*
- 4. Styret vil tilrå at det planlegges pilotprosjekt for å få evaluert ulike organisasjonsmodeller i "gråsonen" mellom nivåene.*

Hele styresaken er gjengitt i **vedlegg 3**

5 Anbefalte strategier for samhandling med kommunehelsetjenesten

Dette delprosjektet skal ha hovedfokus på samhandling mot kommunehelsetjenesten, men størstedelen av tiltakene forutsetter et tilsvarende fokus på samhandling både innad i kommunehelsetjenesten og innad i spesialisthelsetjenesten.

Verdigrunnlag for samhandling:

I sitt møte med helsetjenesten skal pasientene oppleve sammenheng i tjenestetilbudet uavhengig av hvilke enheter eller nivåer de mottar tjenestene fra. Skal vi lykkes med dette, er det av avgjørende betydning at vi utvikler et felles verdigrunnlag. Dette verdigrunnlaget må gjenspeiles i måten vi formulerer våre mål og strategier på, i måten vi organiserer oss på, måten ledelsen utøves på, og ikke minst i måten vi opptrer i det daglige arbeidet.

- RHF-enes strategi for samhandling og desentralisering må ta utgangspunkt i pasientens behov for helhetlige tjenester
- Trygghet, respekt og kvalitet er grunnleggende verdier som skal ligge til grunn for kontakten og samarbeidet med brukere og samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten
- Brukermedvirkning skal sikres ved aktiv deltagelse i utarbeidelse av overordnede strategier og gjennomføringen av disse.

5.1 Befolkningen skal tilbys et helhetlig, sammenhengende tjenestetilbud.

Strategi:

*De regionale helseforetakene har ansvar for å utforme **overordnede strategier** for samhandling, mens arbeidet med de konkrete tiltakene forutsettes ivaretatt av de lokale samarbeidspartnere og tilpasset lokale forhold.*

Helse Midt-Norge RHF skal i tillegg ta et særlig ansvar for at samhandlingstiltakene gjennomføres av et tydelig ledelsesfokus på alle nivåer.

Strategier for samhandling må innarbeides i avtalene med private spesialister og andre private aktører.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal være preget av forutsigbarhet.

Tiltak:

- Utarbeide egne strategier for samhandling for RHF og for det enkelte HF

- Etablere samarbeidsavtaler, samarbeidsorgan og møteplasser

5.2 Pasientgrupper med størst behov for samhandling skal prioriteres

Strategier:

Helseforetakene må sikre at pasientgrupper med størst behov for samordning av tjenester blir prioritert, og bidra aktivt til at pasienter i disse gruppene får tilbud om individuell plan.

Eksempel på slike grupper er:

- kreftpasienter
- eldre pasienter med flere alvorlige sykdommer (multiorgansvikt)
- terminalt syke pasienter (palliativ omsorg)
- kronisk syke (hjerte og lungesyke, sukkersyke, slagtpasienter, demente m.fl.)
- Personer med alvorlig psykisk lidelse
- Personer med rusavhengighet

Det må utvikles og tas i bruk relevante data og analyseverktøy for å identifisere pasientgruppene og kartlegge hvor samhandlingen svikter

Innsatsen innen geriatri, rehabilitering og habilitering må styrkes

Tiltak:

- Det skal gjennomføres pilotprosjekt på pasientforløp i 2006 med fokus på pasienter med stort samhandlingsbehov.
- Pasienter med stort samhandlingsbehov skal gis prioritet ved rehabiliteringsinstitusjonene.
- Krav om samhandling stilles også til private tjenesteutøvere som f.eks rehabiliteringsinstitusjoner, avtalespesialister og private sykehus.
- Helse Midt-Norge skal sørge for at HFene bidrar i utarbeidelse av individuell plan for de pasienter som får vedtak om det i hht forskriften.

5.3 Trygg og effektiv informasjonsutveksling

Strategier:

Helse Midt-Norge vil fortsette å arbeide for at både primærlegene og omsorgstjenesten i kommunene blir en del av Norsk helsenett.

Helse Midt-Norge vil arbeide for å sikre tilstrekkelig kvalitet på den informasjonen som sendes, og at den er tilgjengelig når våre samarbeidspartnere trenger den.

Tiltak:

- Innen utgangen av 2005 skal 80 % av epikrisene sendes ut innen en uke.
- Epikrisetid som nasjonal kvalitetsindikator skal gjennomgås på alle direktørmøter
- Praksiskonsulentordningen skal videreføres ved alle foretak, og praksiskonsulentene skal sammen med de kliniske miljøene ved foretakene arbeide for å bedre kvaliteten i både henvisninger og epikriser.
- Elektronisk versjon av IP (SAMPRO) gjøres tilgjengelig for foretakene i 2006

5.4 Desentralisering av spesialisthelsetjenester

Desentralisering av spesialisthelsetjenester har betydning for de pasientene som slipper å reise, men er også et viktig redskap for bedre dialog med primærhelsetjenesten.

Desentraliserte tilbud kan utvikles til en arena for gjensidig veiledning, og dermed en styrking av alle ledd i behandlingsskjeden. Slik veiledning kan skje mellom ulike yrkesgrupper.

Desentralisering kan organiseres som kontordager i utvalgte kommuner, som del av innholdet i distriktsmedisinske sentra (DMS) eller som ambulering fra spesialavdelinger i større sykehus til lokalsykehusene. Desentraliserte tilbud kan også gis som ambulante tverrfaglige team, slik vi kjenner det fra områdegeriatri, habilitering og rehabilitering.

Strategi:

Helse Midt-Norge skal vektlegge nærhet og kontinuitet i behandlingen, og arbeide for et desentralisert spesialisttilbud der dette er faglig og ressursmessig forsvarlig. Desentralisering skal forankres i ledelse og fagmiljøer i HFene

Desentralisering av tjenester benyttes for å sikre nærhet i de tilfeller hvor dette er nødvendig for at pasientene skal kunne benytte seg av tilbudet.

De desentraliserte tilbudene skal organiseres slik at de understøtter primærhelsetjenestens arbeid og bidrar til redusert behov for spesialiserte tjenester.

Tiltak:

- Helse Midt-Norge skal gjennomføre pilotprosjekt med tanke på ulike modeller for organisering av det desentraliserte tjenestene.
- Det skal gjennomføres pilotprosjekt for å sikre en bedre kompetanseoverføring mellom nivåene

5.5 Bruk av økonomiske virkemidler for å understøtte samhandling

Dagens finansieringsmodeller er i liten grad innrettet på å finansiere tiltak i ”gråsonen” mellom nivåene, det vil si der ansvaret for tiltak er delt. ”Sam-finansiering” mellom foretak og kommuner er forsøkt, men erfaringene er at delte løsningene viser seg lite robuste over tid. Som eksempler kan nevnes finansiering av sykestuer og intermediæravdelinger.

Det er behov for finansieringsmodeller som i større grad understøtter samhandlingstiltak der dette gir det beste tilbudet for pasienten.

Strategi:

Helse Midt-Norge vil bidra til at det utvikles nasjonale finansieringsmodeller som understøtter samhandling i gråsonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Helse Midt-Norge vil, i samarbeid med helseforetakene og kommunene, bidra til at det utprøves finansieringsmodeller som understøtter samhandling mellom nivåene.

Tiltak:

- Det settes av prosjektmidler over Helse Midt-Norges budsjett for å delfinansiere prosjekt etter søknad fra lokalt helseforetak og kommuner. Hensikten er å utprøve organisasjonsformer og finansieringsmodeller for tiltak i gråsonen mellom nivåene. Det er en forutsetning for tildeling av midlene er at partene delfinansierer tiltakene. For prosjekt som ønskes videreført etter prosjektperioden, legges RHF sitt bidrag i rammen for foretaket, og videreføringen sikres gjennom styringsdokumentet.

5.6 Utdanning, undervisning og forskning.

Kunnskap om samhandling er avgjørende for tilrettelegging i det daglige arbeidet, både på ledernivå og hos de enkelte medarbeiderne. Samhandling som tema må derfor bli mer synlig både i grunn- og videreutdanningen.

Strategi:

Helse Midt-Norge vil sammen med NTNU og Høgskolene sikre at kunnskaper om samhandling blir en viktig del av grunn- og videreutdanningen.

Helse Midt-Norge skal bidra til økt kompetanse om effekter av samhandling både gjennom evaluering av egne pilotprosjekt og gjennom egne forskningsprogram.

Tiltak:

- Helse Midt-Norge utarbeider program for undervisning for å sikre at ansatte er i stand til:
 - å yte helsetjenester av høy kvalitet
 - å samhandle med andre profesjoner/forvaltningsnivå/pasienter
 - å legge forholdene til rette for brukermedvirkning i utforming av tjenestetilbudet til den enkelte pasient
 - Teletekniske og IKT baserte løsninger

- Helse Midt-Norge benytter samarbeidsorganer mellom høyskoler og universitet som arena for å drøfte strategier for at kunnskap om samhandling mellom nivåene innarbeides i studieplanene for universiteter og høyskoler med helsefaglige utdanninger.
- Det anbefales at Helse Midt-Norge prioriterer egne forskningsmidler til å skaffe kunnskap om effekten av samhandling og desentralisering.

- Helseforetakene utprøver forskjellige modeller for å ivareta spesialisthelsetjenestens veiledningsansvar for å sette kommunens ansatte i stand til å ivareta nye oppgaver. Eksempler på slike modeller er:
 - Gjensidig hospitering
 - Ansatte på helseforetakene visiterer pasienter i kommunen
 - Felles fagutviklingsgrupper

5.7 Bruk av telemedisinske løsninger

Strategi:

Telemedisinske løsninger som kan øke behandlingskvaliteten, redusere belastende reiser og som kan gi en mer effektiv samlet ressursutnyttelse må videreutvikles og brukes aktivt for å desentralisere deler av spesialisthelsetjenesten.

Tiltak:

- Helse Midt-Norge vil ta i bruk telemedisinske løsninger aktivt i bruk for å sikre kvaliteten i de desentraliserte modellene som utvikles. Dette vil særlig gjelde tilgjengelighet til sykehusets journalsystem for ambulerende spesialister, overføring av rgtg-bilder for vurdering, og for å sikre faglig kvalitet ved for eksempel desentraliserte dialysetilbud.
- Telemedisinske løsninger skal benyttes som virkemiddel for å bedre tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten