

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Selskap: Helse Vest RHF
Dato: 20.05.2005
Sakshandsamar: Ingvill Skogseth
Saka gjeld: **Mål og strategi for samhandling mellom 1. og 2. linje teneste i Helse Vest**

Styresak 54/05 B

Styremøte 27.05. 2005

Bakgrunn

Av bestillardokumentet for 2005 til Helse Vest RHF går det mellom anna fram at Helse Vest skal utarbeide ein strategi for samhandling og desentralisering basert på tilrådingane i rapporten som vart lagt fram av Nasjonal gruppe for samhandling i oktober 2004.

Rapporten frå den nasjonale gruppa som var samansatt av representantar frå dei regionale helseføretaka og eigaravdelinga i departementet, ble lagt fram for styret i møte 24.11.04, jf sak 85/04.

Styret fatta her følgjande vedtak:

Det blir lagt fram eiga sak om konkrete tiltak for samhandling mellom helseføretaka og kommunane basert på rapport frå Samhandlings-utvalet og Wisløff-utvalet.

I etterkant av styremøtet har Wisløff-utvalet lagt fram si innstilling NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste".

Det er og utarbeidd ein rapport av Sintef Helse på oppdrag frå KS; Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill.

I alle disse dokumenta vert det peika på sentrale utfordringar og tiltak for å betre samhandling i helsetenesta.

Det er såleis gitt ei relativt grundig oppsummering av innhaldet i disse dokumenta i saka.

Dokumenta er lagt til grunn for utforming av forslag til overordna mål og strategiar for Helse Vest.

Overordna mål og strategiar for Helse Vest er meint som et rammeverk for helseføretaka som i neste omgang har ansvar for å utforma og setja i verk dei konkrete tiltak i kvart helseføretaksområde, tilpassa dei lokale tilhøva.

Det er i saka også tatt inn føringar knytt til utvikling av lokalsjukehusa.

Kommentarar

1. Føringer i bestillardokument 2005 til Helse Vest RHF

Samhandlinga med den kommunale helsetenesta er i mange tilfeller ikkje god nok. Helse- og omsorgsdepartementet ber i bestillardokumentet for 2005 Helse Vest RHF ha eit særleg fokus på dette og utvikle overordna strategiar for samhandling.

Pasientane skal oppleve heilskaplege behandlingsskjeder, og pasientar med samansette behov skal ha tilbod om integrerte tenester ut frå individuelle behov.

Pasientar med behov for tett oppfølging og behandling over lang tid bør ha tilgjengelege tenester lokalt, der dette er fagleg forsvarleg og økonomisk akseptabelt.

Helse Vest må sikre at pasientane som har størst behov for samordning av tenester blir prioriterte, og sørge for at helseføretaka medverkar aktivt til at pasientar i desse gruppene får tilbod om ein individuell plan. Dette gjelde til dømes sjuke eldre, rusavhengige og psykisk sjuke, funksjonshemma og kronisk sjuke.

I samsvar med bestillardokumentet for 2005 skal det også utarbeidast heilskapelege strategiar for utvikling av lokalsjuehusa i helseregionen. Planane skal vere baserte på at lokalsjuehusa ligg i nærleiken av pasientane og primærhelsetenesta og rettast inn mot behova i dei store sjukdomsgruppene.

Det er naturleg å sjå dette i saman med ein overordna strategi for samhandling og desentralisering.

2. Nasjonal gruppe for samhandling og desentralisering 2004

Det kjem her eit samandrag av hovudkonklusjonar og tilrådinga:

Regionale helseføretak si rolle i strategiutviklinga

Dei regionale helseføretaka har ansvar for å utforme overordna strategiar for samhandling. Arbeidet med konkrete og praktiske tiltak skal ivaretakast av dei lokale samarbeidspartane, helseføretak og omliggande kommunar, og vere tilpassa lokale tilhøve. I kraft av sine organisatoriske og faglege ressursar, skal dei regionale helseføretaka ta på seg ei reell pådrivarrolle i dette arbeidet. Regionale helseføretak bør dessutan ta eit særleg ansvar for at samhandlingstiltaka har eit tydeleg leiarfokus på alle nivå. Strategiar for samhandling må også innarbeidast i avtalane med private spesialistar og andre private aktørar.

Prioritering av pasientgrupper

Dei regionale helseføretaka må sikre at pasientgrupper med størst behov for samordning av tenester vert høgt prioritert, og sørge for at helseføretaka bidreg aktivt til at pasientar i desse gruppene får tilbod om individuell plan. Eksempel er sjuke eldre, rusmiddelavhengige og psykisk sjuke.

Identifisering av pasientgrupper

Det må utviklast og takast i bruk relevante data og analyseverktøy for å identifisere dei pasientgruppene som har størst behov for samordna tiltak. Derest må det gjerast analyser for å finne ut kvar tilboda sviktar.

Intern samhandling i sjukehus-sektoren

Det må rettast særleg merksemd på å betra samhandlinga innanfor spesialisthelsetenesta. Organiseringa i sjukehusa må ha dette som fokus, og kravet om pasientansvarlig lege må oppfyllast. Lokalsjukehusfunksjonen ved dei store sjukehusa må innrettast slik at den imøtekjem pasientane/brukarane sine behov for heilskapeleg vurdering og behandling.

Desentralisering av andrelinjetenester

Det må utformast konkrete strategiar for å gjere spesialisthelsetenestene nært tilgjengelege for dei store pasientgruppene som treng tett oppfølging. Sjukehusa må innretta sine tilbod mot desse gruppene, få til betre samordning mellom nivåa og tilby desentraliserte tenester ved DMS, sjukestover, sjukeheimar etc. der dette er fagleg og økonomisk forsvarleg.

Økonomiske verkemiddel

Dei regionale helseføretaka bør, i samarbeid med helseføretak og kommunar, bidra til at det vert utprøvd finansieringsmodellar som understøtter samhandling mellom nivåa.

Utdanning og forskning

Dei regionale helseføretaka vert tilrådd å utnytte strategiske høve som ligg i universitets- og høgskulesamarbeid. Dei blir også tilrådd å nytte eigne forskingsmidlar for å fremje satsing på forskning og undervisning knytt til samhandling. Det er ønskeleg at det vert etablert eigne forskingsprogram for samhandling, slik at forskingsbasert kunnskap om samhandling kjem inn i studieplanane for både grunn-, vidare- og etterutdanning av helsepersonell.

Nasjonal gruppe for samhandling og desentralisering gav følgjande tilrådingar om strategiske samhandlingstiltak på RHF-nivå:

Arenaer for samhandling

Det enkelte helseføretaket må i samarbeid med kommunane ha ein gjennomgang av ulike arenaer for samhandling, og finne fram til eigna arenaer for gjensidig samhandling. Relasjons- og kulturbygging må vektleggjast som ein del av målet med samarbeidet.

Praksiskonsulentordninga (PKO)

Alle føretak bør innføre praksiskonsulentordning på dei store avdelingane, også innanfor psykisk helsevern. Ved dei mindre avdelingane kan ein praksiskonsulent dekke fleire avdelingar.

Samarbeidsavtalar

Samarbeidet mellom helseføretak og kommunar/bydelar i opptaksområdet bør formaliserast ved å inngå gjensidig forpliktande samarbeidsavtalar. Det enkelte HF bør ta initiativet til at slike avtaler vert inngått.

Elektronisk samhandling

Dei regionale helseføretaka må legge til rette for at aktørane i helsetenesta tek det nasjonale helsenettet aktivt i bruk. Det må gis prioritet til kvalitetssikring av både teknologi og innhald av høgsvolum-tenester som elektroniske epikriser, laboratoriesvar og tilvisningar. Telemedisinske løysingar som kan auke behandlingsskvaliteten, redusere belastande reiser og som kan gi meir effektiv samla ressursutnytting må vidareutviklast og brukast aktivt for å desentralisere deler av spesialisthelsetenesta.

3. NOU 2005: 3 "Fra stykkevis til helt" (Wisløff-utvalget)

Wisløff-utvalet definerer sitt arbeid som ei innhalds-reform og ikkje som ei struktur-reform. Utvalet meiner at grunnlaget for betre samhandling i helsetenesta ligg både i tiltak på det pasientnære området (individ-nivå) og på overordna nivå (system-nivå). Utvalet legg stor vekt på leiar-forankring og leiarstyring for å lukkast med betre samhandling.

Utvalet meiner at det ikkje er dei store endringane i ansvars- og oppgåvedeling som skal til, og at mange av dei tiltaka som blir foreslått kan gjennomførast utan store kostnader.

Utvalet lanserer mange og ulike forslag som det meiner vil gje betre samhandling i helsetenesta. Tiltaka gjeld tre hovudområde:

1) Styrking av pasientperspektivet

- Betre informasjon, medverknad og innflytelse
- Større fokus på heilskap og behandlingsforløp

2) Målretta tiltak for betre samhandling

- Styrke leiaransvaret
- Større funksjons- og kvalitetskrav til tenesteytarane
- Formaliserte samarbeidsavtalar og møteplassar mellom nivåa
- Større fleksibilitet i organisering av samarbeidsløysingar

3) Økonomiske insentiv

- Øyremerkte tilskot for å støtte samhandlingstiltak
- Justering av takstar og finansieringsordningar

Wisløff-utvalet har følgjande forslag om tiltak for betre samhandling:

Styrke pasientperspektivet

Gje større rom for brukarorganisasjonane sin kollektive medverknad og innføre like bestemmelsar om brukarmedverknad i kommunehelsetenestelova som i føretakslova

Individuell plan (IP)

Målretta informasjonsarbeid om individuell plan mot grupper av pasientar med store behov for samhandling. Kommunane skal vere ansvarlege for individuelle planar. Spesialisthelsetenesta har plikt til å medverke i arbeidet med individuell plan når det vert ytt tenester til pasientar som har slik rett/behov.

Lovverket om individuell plan må harmonerast innanfor somatikk og psykiatri.

Plikt til å delta i individuell plan tas inn i helsepersonellova og i regelverk som regulerer verksemda til andre kommunale, fylkeskommunale, statlege og private etatar/verksemder.

Det skal vere nasjonal rapportering på bruk av IP for alle kommunar og helseføretak.

Pasientansvarleg lege (PAL)

Kravet om pasientansvarleg lege må brukast for dei pasientgruppene som treng det mest. Utvalet tilrår at PAL vert fjerna som generelt krav, og at kravet vert avgrensa til pasientar med komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetenester.

Pasientombod

Utvalet tilrår pasientombod også for kommunehelsetenesta (gjeld i dag berre spesialisthelsetenesta). Dagens ordning vert tilrådd utvida til også å gjelde tenester etter kommunehelsetenestelova og tenester etter sosialtenestelova.

Tilsyn

Samhandlingsproblema i helsetenesta tilseier samla organisering av tilsyn med helsetenesta

Legetenester i kommunane

Utvalet tilrår at kommunane skal utnytte dei 7.5 timane som fastlegane etter regelverket kan tilpiklast å arbeide med offentlig legearbeid. Samfunnsmedisinsk arbeid bør styrkast, og kommunane bør gis høve til å bruke fastlegane innanfor ramma på 7.5 timar til slike arbeidsoppgåver.

Staten og Legeforeningen bør gjennom dei neste forhandlingane søkje å få til ei dreining av finansieringsordninga i retning av større basistilskott og respektivt lågare takstar og eigenandelar. Listelengde bør få mindre økonomisk betyding, og alderssamansetjinga bør gje større økonomisk utteljing

Forhandlingspartane vert tilrådd å arbeide for at pasientar med store og samansette behov vert betre ivaretatt i takstsystemet.

Anna privatpraktiserande helsepersonell

I avtalane med anna privatpraktiserande helsepersonell enn legar bør det også innarbeidast klare funksjons- og kvalitetskrav.

Formaliserte avtalar mellom HF og kommunar

Kommunar og føretak må påleggjas gjensidig plikt til å inngår samarbeidsavtalar med sikte på å oppnå heilskapeleg pasientbehandling. Slike avtalar skal vedtakast både av kommunestyre og føretaksstyre. Avtalane må innehalde gjensidig konsekvensutredning ved planlegging av større tiltak som vedkjem partane, og dei bør reviderast kvart fjerde år.

Tiltak for å styrke (re)habiliteringstenesta

Kommunar og føretak bør samarbeide for å få felles kriterium for planlegging og bruk av rehabiliteringstilbod.

Ei adresse for samhandling mellom kommunar og føretak

Både kommunar og føretak bør etablere ei klar adresse som kan vegleia og hjelpe ved samhandlingsbehov hos tenesteytarar.

Krav til leiing og oppfølging

Tiltaksforslaga er her mest retta mot føretaka. Utvalet viser til at ei rekke tiltak og krav ikkje er følgt opp, døme er IP, PAL, epikrisetid og vegleingsplikt. Derfor foreslår utvalet at det blir stilt resultatkrav på samhandlingsnivået, på alle plan. Resultatrapportering må koplart til nasjonale, regionale og lokale rapporteringssystem.

Informasjonsutveksling

Det må gjerast ei avklaring av korleis informasjon kan delast mellom tenesteytarar utan at teieplikta vert broten. Her må det takast omsyn til samhandlingsbehovet.

Kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring

Ein må prioritere ressursar til forskning retta mot samhandlingskrevjande pasientar. Satse på forskning på metodar for samhandling, som utvikling av behandlingsprogram for utvalde pasientgrupper.

Samhandling skal vere ein del av grunnutdanning og vidare- og etterutdanninga. Det settes krav til deltaking i ambulant verksemd for å verte spesialist i geriatri, psykiatri og fysikalsk medisin.

Kommunar og HF bør etablere gjensidige hospiteringsordningar.

Helseføretak bør utvida praksiskonsulentordninga, og i tillegg la den omfatte fleire yrkesgrupper.

Rettleiing

Det er eit problem at rettleiing er knytt til person, og er ikkje eit systemansvar. Utvalet vil endra kravet om rettleiing til "verksemd" i spesialisthelsetenesta, ikkje "person", er ansvarlege for rettleiing.

Rettleiingsplikta er todelt; i forhold til enkeltpasientar og i forhold til pasientgrupper. Det bør innførast likelydande bestemming i spesialisthelsetenestelova og kommunehelsetenestelova om gjensidig plikt til rettleiing.

Økonomiske og organisatoriske føresetnader

Utvalet meiner at deira forslag er innanfor dagens hovudstruktur av helsetenester, med organisatoriske og ansvarsmessige skilje mellom primærhelseteneste og spesialisthelseteneste. Utvalet meier likevel at det er behov for "justeringar", og kjem med forslag om ein utvida meny av organisatoriske modeller, samt enkelte forslag til endringar i takstar og refusjonssystem.

Utvalet vil opne for at kommunar kan delegere styring til interkommunale organ eller til andre kommunar (dette er ikkje heimla i dagens lovgjeving).

Utvalet foreslår å opne for at kommunar og helseføretak kan eige utførar-einingar i helsetenesta saman.

Utvalet foreslår å opne for forsøk med organisasjonsmodellar der kommunar og helseføretak overfører eigar- og styringsansvar til eit eige organ (sjølvstendig rettssubjekt).

Utvalet foreslår å opne for at kommunar kan overta det "sørge-for" ansvaret som staten via RHF har for spesialisthelsetenesta.

Lokal forankring av spesialisthelsetenester

434 kommunar og 5 RHF representerer stor asymmetri, og kan gjere samhandling vanskeleg. Det bør skapast ein arena mellom meir likeverdige partar. Utvalet foreslår derfor at Helse- og omsorgsdepartementet drøftar eit opplegg om eit landsdekkande avtale-system med KS.

Endringar i takst- og refusjonssystem

Utvalet ønskjer å fjerne insentiv til oppstyking av pasientforløp. Finansiering av vegleining og ambulant arbeid bør vurderast.

Ein må få til kostnadsnøytralitet ved dyr medikamentell behandling av alvorleg sjukdom, uavhengig av kvar pasienten er i helsetenesta.

Det bør etablerast ordning med statleg finansiering i form av refusjonar for tilstedevakt i interkommunale legevakter (gjere det kostnadsnøytralt å ha kommunal legevakt eller delta i interkommunalt legevaktssamarbeid).

"Friske pengar"

Utvalet foreslår ein milliard kroner til samhandlingstiltak over ein tidsperiode.

Det blir sett krav til formalisert avtale mellom kommune og føretak for utløyning av øyremerkte midlar til styrking av samhandling.

Det blir sett krav til at det skal ligge føre avtale om samarbeidstiltak før utløyning av statlege midlar frå opptrappingsplanen for psykisk helse.

Midlane skal brukast til delfinansiering av samarbeidsprosjekt, som også skal ha eigeninnsats frå begge partane.

Slike tilskott til samhandling skal kanalisert via kommunane og øyremerkast tiltak som kommunar og føretak i fellesskap har interesse av å etablere.

4. Utviklingstrekk i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, -oppgåver og samspill. Rapport om samhandling, Kommunenes Sentralforbund 2004

Rapporten er utarbeidd av Sintef Helse på oppdrag frå KS. Den skisserer sentrale utviklingstrekk for begge nivåa gjennom dei siste 10-15 åra. Detaljeringsgraden er til dels høg. Rapporten legg mest vekt på beskriving og analyse av utviklinga som bakgrunn for endringar i samhandling, og mindre vekt på tilrådingar.

I følgje rapporten er talet på liggedøgn i sjukehus stabilt, talet på sjukehusinnleggingar aukar, særleg reinnleggingar for eldre. Ventetidene er drastisk redusert. Liggetidene er redusert, oppgåver vert overført til dagbehandling og poliklinikk, pasientforløpa er meir oppstykk, sjukehusa har redusert talet på senger med sju prosent (ca.1000 senger) i perioden 1995-2003.

I kommunane er pleie- og omsorgstrengande personar overførte frå sjukeheims plassar til heimebaserte tenester, samtidig som open omsorg og sjukeheimstenestene er betre koordinert. Oppgåvene innan kommunale pleie- og omsorgstenester har auka sterkt. Psykiatri og rusmisbruk er truleg dei største utfordringane for kommunehelsetenesta. Samstundes vil talet på eldre pleietrengande pasientar auke sterkt i dei komande tiåra.

Rapporten slår fast at kapasitetspresset er stort i begge linjene. Spesialisthelsetenesta vert meir spesialisert og effektivisert i retning av organfokus og oppdeling av pasientforløpa, med mindre vekt på pleietid. Dette inneber korte liggetider og raskare utskriving til primærhelsetenesta.

Pleie- og omsorgstenestene i kommunane har fått større oppgåver, dels ved at dei mottok pasientar med større behandlings- og pleiebehov frå sjukehusa. I kommunehelsetenesta er det ei dreining frå langtids plassar til korttids plassar i sjukeheimar, og meir heimebaserte tenester. I kommunane er det behov for meir kapasitet og kompetanse for å dekke aukande behov hos visse grupper, særleg for eldre sjuke, pasientar med samansett kronisk sjukdom, psykiatri og rusmisbruk. Det er ei for enkel vurdering at det berre er overførte oppgåver frå sjukehus som fører til meir arbeid i kommunehelsetenesta. Både demografi og fagutvikling i kommunehelsetenesta er viktige faktorar som endrar oppgåver mellom linjene.

Fastlegane har framleis portnar- og koordinatoransvaret for sine pasientar. Dei har fått meirarbeid med utredning, behandling og koordinering av oppstykk pasientforløp som følgje av spesialisering i sjukehus, medisinsk teknisk utvikling og korte liggetider.

Samarbeid over grensesnittet mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta har auka, men er framleis oppstykk og for lite koordinert.

Sentrale drivkrefter bak utvikling og deling av oppgåver er i følgje rapporten:

- Statlege føringar og lovgjeving
- Demografi (eldrebølgja)
- Insidensendringar i sjukdom
- Endringar i familiestruktur, yrkesaktivitet og busetnad
- Endra oppfatningar av forventningar og syn på kva som er gode tenestetilbod
- Medisinsk-teknisk utvikling
- Effektivisering av sjukehusa

Det vert i intervjudelen hevda både av personale i primærhelsetenesta og i spesialisthelsetenesta at mangel på tid og ressursar er den største hindringa for å betra samspelet mellom fyrste- og andrelinjetenesta.

Rapporten inneheld forslag om samhandlingstiltak:

- Etablere legefaglege samarbeidsfora
- Gjensidig hospitering
- Ambulante spesialist-team
- Betre tilgjenge på telefon mellom legar
- Tilsyn ved sjukehuslegar for pasientar i sjukeheimar
- Betre struktur for vurdering av utskrivingsklare pasientar.

5. Overordna mål og strategiar for Helse Vest

5.1 Overordna mål

Det overordna målet er å skapa:

Eit samanhengande og heilskapeleg tenestetilbod der pasientar som har behov for tenester frå fleire tenesteyterar møtast med og opplever god intern samordning og samhandling i spesialisthelsetenesta og mellom nivåa i helsetenesta.

Med "heilskapeleg tenestetilbod" meiner det et samordna og koordinert tenestetilbod med kontinuitet i pasientforløpet utan unødig venting, oppstykking eller mangel på oppfølging og med faglig god kvalitet gjennom heile pasientforløpet. Omgrepet "pasientforløp" dekkjer pasientane sine kontaktpunkt med helsetenesta ved ei sjukdomsepisode, både i førstelinje og andrelinje.

Interessa for samhandling i helsetenesta har auka dei siste ti åra. Fokus på samhandling er aktualisert med sjukehusreforma, fastlegeordninga og den demografisk utviklinga.

Det har vært mange ulike forsøk og prosjekt med betring av samhandling som føremål. Likevel er det brei semje om at potensialet for å få til ei betre og meir samanhengande helseteneste er stort og det fortsett kan hentast ut positive resultat av satsing på dette området.

I Helse Vest er det døme på dei fleste kjente samhandlingstiltak som vi finn i dei gjennomgatte utredningane og som er presenterte i denne saka. Vi finn til dømes samarbeidsavtalar med kommunane og praksiskonsulentordning. Samarbeidet er noko ulikt formalisert og graden av detaljering av rutinar varierar. Det er også etablert ei rekkje samarbeidsforum for betre kommunikasjon, logistikk og kvalitet i pasientforløp. Det kan også nemnast fleire eksempel på elektronisk samhandling for å vidareutvikle gjeldande rutinar, sikre kvalitet og kostnadseffektiv informasjonsflyt.

Mål for samhandling i Helse Vest er å understøtte pasienten sine behov for ei heilskapleg helseteneste.

Eit godt samarbeid og ein god dialog mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta er ein grunnleggjande føresetnad for at pasientane skal oppleve ei samanhengande helseteneste. Samarbeidet må bygge på respekt, likeverd og ei gjensidig forplikting mellom helseføretaka og kommunehelsetenesta.

For at pasienten skal oppleva at behandlings- og tiltakskjeda er samanhengande må helsepersonell og andre utøvarar visa respekt for kvarandre. Pasienten sine interesser må koma fyrst og vera sentralt i måten tenestene blir organisert på. Dersom dei ulike tenestene utviklar seg uavhengig av kvarandre vil

det ofte oppstå gråsoner kor ingen tar ansvar og pasientane blir skadelidande. Derfor omfattar samhandling til pasientens beste også samhandling på administrativt plan mellom tenester og nivå.

Hovudutfordringa blir å operasjonalisera og utvikle dei tiltaka som allereie er etablerte og som det er semje om. Det er eit klart leiaransvar å sjå til at tiltaka blir følgt opp.

Dei strategiske tiltaka for samhandling i Helse Vest skal bidra til å sikre pasientane samordning, kontinuitet og fagleg god kvalitet gjennom heile pasientforløpet.

5.2 Overordna strategiar

5.2.1 Etablere arenaer for samhandling

Det er ein føresetnad for samhandling at dei som samarbeider møtest på felles "arenaer". Arenaer er her definert som reelle og virtuelle møtestader og kontaktpunkt for å legge til rette og praktisere samhandling mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta.

Samhandlinga bør være forpliktande på fleire nivå; politisk, administrativt og fagleg.

På slike arenaer vert kulturar, relasjonar, haldningar, perspektiv og praktisk samarbeid utvikla. Møteformer og målgrupper må tilpassast lokale behov og tradisjonar. Det er mange moglege arenaer. Døme på viktige møteplassar er:

- Møteplassar med regelmessige dialogmøter mellom HF og kommunar
- Praksiskonsulent-ordninga (PKO)
- Samhandling med pleie- og omsorgsektoren
- Ambulante team for geriatri, fysikalsk medisin og (re)habilitering, psykiatri og rus

5.2.2. Samarbeidsavtalar

Sjukehusa skal inngå avtalar om samarbeid med omliggande kommunar for pasientar som har behov for tenester frå begge nivåa, til dømes for eldre sjuke, personar med samansette kroniske sjukdomar, (re)habilitering, psykiatri og rusmiddelmissbruk.

Avtalane skal mellom anna vere om spesialopplæring av kommunalt helsepersonell og utskriving av pasientar. Det skal etablerast system for avviksrapportering for slike avtalar.

Avtalane må baserast på konkrete problemområde i samhandlinga mellom føretak og kommune i opptaksområdet.

Samarbeidsavtalane må forankrast både i dei einskilte kommunestyra og i føretaksstyra. Avtalane må m.a. innehalde gjensidig konsekvensutredning ved planlegging av større tiltak som får konsekvens for partane, og dei bør reviderast kvart fjerde år.

All samarbeidsutvikling må forankrast i leiinga på alle plan. Konsensus mellom samarbeidande partar er ein føresetnad for å utvikle og omsetje mål og strategiar til praktisk samarbeid.

Endringsprosessar må ha legitimitet hos helsepersonell for at endringar kan omsetjast til daglege rutinar. Legitimitet for samhandlingstiltak betyr at alle involverte partar finn at tiltaka er rette og rimelege. Det er naturleg å integrere samhandling i fagutviklingsarbeid, på alle plan.

5.2.3 Prioritering av pasientgrupper

Dei fleste oppgåvene og tilvisingane til helsetenesta blir løyst på ein effektiv og god måte innanfor dagens arbeidsform og oppgåvefordeling. Likevel har enkelte pasientgrupper problem som ikkje blir løyst på ein samanhengande og god måte og som opplever tilbodet fragmentert og lite effektivt.

Helseføretaka må sikre at pasientgrupper med størst behov for samordning av tenester vert høgt prioritert, og sørgje for at helseføretaka bidreg aktivt til at pasientar i desse gruppene får tilbod om individuell plan. Eksempel er sjuke eldre, rusmiddelavhengige og psykisk sjuke.

Døme på konkrete tiltak for å sikre god samordning av tenester er:

- Individuell plan (IP)

Sjukehusavdelingane skal medverke til utforming av IP for pasientar der dette er eit relevant tiltak. Det er kommunehelsetenesta som har hovudansvaret for IP.

- Pasientansvarleg lege (PAL)

Sjukehusavdelingane skal prioritere å oppnemne PAL for dei pasientane som har behov for eit koordinert helsetenestetilbod.

- Praksiskonsulentordninga (PKO)

Målet for PKO er å betra samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetenesta slik at pasientane opplever samanhengande helsetenester. PKO skal bidra til å betra pasientforløpa og informasjonsflyten mellom nivåa.

Helseføretaka bør utvida praksiskonsulentordninga, og i tillegg la den omfatte fleire yrkesgrupper. Helse Vest har som mål at alle sjukehusavdelingar skal ha etablert PKO innan 2007, jf. styringsdokumentet til helseføretaka.

5.2.4 Utvikle elektronisk kommunikasjon og informasjonsoverføring

Innføring av elektronisk kommunikasjon og meldingsutveksling i helsetenesta har gjort informasjonsutveksling enklare og raskare. Hovudoppgåva no er å utvikla ei informasjons og meldingsutveksling som ved behov kan gjera det mogeleg å utveksla relevant pasientinformasjon på tvers av einingar og nivå. Døme på elektronisk informasjonsutveksling:

- Elektronisk overføring av tilvisingar og epikriser
- Dialog om utredning og behandling
- Kliniske retningslinjer
- Medisinske databasar
- Aktiv bruk av Norsk helsenett

5.2.5 Kompetanseutvikling

Helseføretaka må ta initiativ til forskning retta mot forskingsprogram for samhandling. Satse på forskning på metodar for samhandling, som utvikling av behandlingsprogram for utvalde pasientgrupper.

Samhandling skal vere ein del av grunnutdanning og vidare- og etterutdanninga. Det settes krav til deltaking i ambulant verksemd for å verte spesialist i geriatri, psykiatri og fysikalsk medisin. Kommunar og HF bør etablere gjensidige hospiteringsordningar. Døme på samhandling som gjev kompetanseutvikling kan vera:

- Hospitering
- Undervisningsklinikkar i kommunale sjukeheimar, eventuelt også i større legepraksisar
- Systematisert læring av samhandling i grunnutdanninga og i vidare- og etterutdanninga
- Opplæring og rådgjeving til pasientar og pårørande.

5.2.6 Utvikle lokalt tilgjengelege tenester

Regjeringa presenterte i St. prp. Nr 1 (2004-2005) ein ny strategi for lokalsjukehusa. Styrking av lokalsjukehusa er også eit konkret punkt i revidert nasjonalbudsjett som blei lagt fram den 13. mai 2005.

Sentralt i strategien er at lokalsjukehusa i større grad må fokusera på tilboda til dei store pasientgruppene som treng nærleik til tenestene. Pasientar med kroniske lidingar og store sjukdomsgrupper med behov for tett oppfølging treng nærleik til spesialisthelsetenester og har behov for godt integrerte tenester. For tenester der det er fagleg og økonomisk forsvarleg, må infrastrukturen innrettast slik at tenestene kan gis nærast mulig der pasienten bur.

Dei regionale helseføretaka er i 2005 pålagt å utarbeida planar for lokalsjukehusa og omstille sjukehusstenestene i regionen i tråd med dei overordna politiske føringane. Basisoppgåvene til lokalsjukehusa skal vere dei store sjukdomsgruppene innanfor indremedisin, psykiatri, rehabilitering og tenester til sjuke eldre.

Dei store sjukehusa skal også ha lokalsjukehusfunksjonar, samordning av behandling på sjukehuset og kontakt og samarbeid med kommunane. Døme på slike samhandlingstiltak er nærsjukehus, distriktsmedisinske sentra, sjukestover, mobile team, forsterka sjukeheimstenester m.m.

I revidert budsjett er det foreslått 100 mill. kroner til planprosessar og tiltak for å forsere prosessen med styrking og omstilling av lokalsjukehusa og til realisering av samhandlingstiltak med primærhelsetenesta.

Helse Vest legg til grunn at det skal utviklast desentraliserte tenestetilbod og samhandlingstiltak saman med kommunane i nedslagsfeltet. Lokalsjukehusa skal, gjennom eigne tilbod og i samarbeid med primærhelsetenesta og meir spesialiserte tenestetilbod, kunne dekke dei behova store deler av befolkninga har. Lokalsjukehusa skal utnytta fordelene dei har med å være i nærleiken av pasientar, pårørande og primærhelsetenesta, og utvikle desentraliserte tenestetilbod og samhandlingstiltak til beste for pasientane.

Oppsummering

Ulike kartleggingar har vist at utfordringar med å sikre eit heilskapeleg tenestetilbod i særleg grad gjeld pasientar med kroniske sjukdomar og pasientar med behov for meir avanserte helsetenester som krev spesialkompetanse. Helse Vest ser dette som eit viktig fokusområde, og vil arbeida for at tiltak for betre samhandling mellom spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta vert gitt høg prioritet i helseføretaka.

I dei utredningane det er vist til i denne saka er det eit breitt register av samhandlingstiltak som vi i dag finn på mange område mellom helseføretak og andre instansar.

Innafor ramma av overordna mål og strategiar har helseføretaka ansvar for å utforma og setje i verk konkrete tiltak tilpassa dei lokale tilhøva. Helseføretaka må bygge vidare på dei tiltak som allereie er sett i verk, vidareutvikla dei og utfylla dei i tråd med dei føringane som er gitt regionalt og nasjonalt.

Helseføretaka må i samband med samhandling og desentralisering utvikla planar og strategiar for lokalsjukehusa og lokalsjukehusfunksjonen i tråd med nasjonale føringar.

Samhandling må og innarbeidast og bli vektlagt i avtalane med private spesialistar og andre private aktørar.

Forslag til vedtak

1. Styret legg forslag til overordna mål og strategiar til grunn for utvikling av tiltak for samhandling og desentralisering i føretaksgruppa og i høve til dei private utøvarane.
2. Helseføretaka skal med utgangspunkt i overordna mål og strategiar vidareutvikle eigne lokale samhandlingstiltak tilpassa dei lokale tilhøva.
3. Helseføretaka skal utvikla heilskapelege planar og strategiar for lokalsjukehusa og lokalsjukehusfunksjonen i tråd med nasjonale føringar. Helse Vest vil kome tilbake med nærare retningslinjer og plan for dette arbeidet etter behandlinga av revidert budsjett 2005.
4. Helseføretaka skal rapportere kva tiltak som er planlagt og sett i verk i årleg melding.