

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF
DATO: 01.04.2016
SAKSHANDSAMAR: Hans K. Stenby
SAKA GJELD: **Oppfølging av samhandlingsreforma**

ARKIVSAK: 2013/7
STYRESAK: **064/16**

STYREMØTE: **04.05. 2016**

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret tar saka til orientering.

OPPSUMMERING

I saka vert det gitt oversikt over status i samhandlingsreforma. Utgangspunkt er St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid og ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og endringar i spesialisthelsetenestelova med iverksetting frå 01.01.12.

Det blir sett på effekt av ulike verkemiddel som lovpålagte avtalar, kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar, kommunal medfinansiering, oppbygging av kommunale plassar for øyeblikkeleg hjelp, elektronisk meldingsutveksling, samhandlingstiltak, ulike oppsummeringar og samhandlingsstatistikk.

Spesialisthelsetenesta si rettleiingsplikt og helseføretaka sin planar og aktivitetar knytt til kompetanseoppbygging og –utveksling med kommunane er særskilt omtalt .

Samla sett har samhandlingsreforma hatt avgrensa effekt dei første 4 åra. På nokre områder som reduksjon av talet på utskrivingsklare pasientar og elektronisk meldingsutveksling, har det vore klare effektar. Elles har reforma medført små endringar. Oppbygging av kommunale plassar for øyeblikkeleg hjelp har gitt liten effekt på innleggingar i sjukehus og medfører såleis eit auka krav om effektivisering i spesialisthelsetenesta.

Intensjonane i reforma ligg likevel fast og tenestene må fortsatt utviklast i tråd med reforma.

FAKTA

Styret har bedt om ein statusrapport for arbeidet med samhandlingsreforma med plan for kompetanseoverføring til kommunane, jf. sak 138/14.

Styret blei sist orientert om samhandlingsreforma under administrerande direktør si orientering i møte 07.04.15.

Med utgangspunkt i mål og nasjonale strategiar og verkemiddel, blir det her gitt ein oppdatert status for reforma, m.a. med bakgrunn i samhandlingsstatistikk og evalueringar som er gjort. Det blir her særleg vist eksempel på korleis helseføretaka samarbeider med kommunane om kompetanse. Det blir til slutt peika på viktige oppgåver og utfordringar i den vidare oppfølginga.

St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid, er utgangspunkt for samhandlingsreforma.

Stortingsmeldinga blei følgt opp med ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester og endringar i spesialisthelsetenestelova med iverksetting frå 01.01.12. Ny lov om folkehelse tredde også i kraft frå same tidspunkt.

Sentrale verkemiddel var:

- lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunar og helseføretak
- kommunal medfinansiering av innbyggjarane sin bruk av spesialisthelsetenester
- kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasientar i sjukehus
- plikt til å etablere øyeblikkeleg hjelp døgntilbod i kommunane (opptrapping frå 2012 og plikt frå 01.01.16).

KOMMENTARAR

MÅL MED SAMHANDLINGSREFORMA

Målet med samhandlingsreforma er å skape ei helseteneste med god kvalitet og som er berekraftig i framtida. Dei viktigaste utfordringane blei i St. melding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, presentert som:

- pasientane sitt behov for koordinerte tenester blir ikkje møtt godt nok
- tenestene er prega av for liten innsats for å redusere og førebygge sjukdom
- demografisk utvikling og endring i sjukdomsbilete gir utfordringar som vil kunne truga samfunnet si berevne

Reforma kvilar såleis både på eit pasientperspektiv og eit samfunnsøkonomisk perspektiv.

Det er både ei samhandlingsreform og ei folkehelsereform. Det må leggjast meir vekt på:

- førebygging av sjukdom og sjukdomsutvikling
- tidleg hjelp/intervensjon
- koordinerte og heilskapelege tenester
- gode pasientløp med rask og god diagnostikk og behandling/rehabilitering

Fleire pasientar må få tilbod i kommunane og presset på spesialisthelsetenesta må reduserast. Pasientane må bli sett i stand til å ta større ansvar og betre meistre eigen sjukdom. Dette vert forventa samla å gi ei meir berekraftig helseteneste.

NASJONALE STRATEGIAR OG VERKEMIDDEL

Samhandlingsreforma er ei retningsreform der viktige verkemiddel tredde i kraft frå 01.01.12:

- Ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester
- Endringar i spesialisthelsetenestelova for å understøtte samhandlingsreforma
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta og kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar

I reforma er følgjande strategiar/tiltak sentrale:

- sterkare føringar for samhandling – lovpålagt avtaleregulering mellom kommunane og spesialisthelsetenesta – ”gråsoner” må byggast igjen med avtaler og samarbeidstiltak
- kommunane må forsterke tenestetilbodet sitt også med døgntilbod ved behov for øyeblikkeleg hjelp
- kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar
- kommunal medfinansiering av indremedisinske pasientar (avvikla frå 2015)
- stimulere til utvikling av ulike typar samhandlingstiltak mellom helseføretak og kommunar

Spesialisthelsetenesta må bidra til kompetanseoppbygging i kommunane.

OPPFØLGINGA AV REFORMA

I Helse Vest er reforma organisatorisk følgt opp ved at det i alle helseføretaka er personar som har særskilt ansvar for oppfølging av intensjonane i reforma. Det er etablert eit regionalt prosjekt leia av Helse Vest RHF der m.a. alle samhandlingssjefane deltek. Samhandlingskoordinator hos fylkesmennene i regionen deltek også.

Det blei også etablert eit eige prosjektstyre innan IKT for å understøtte samhandlingsreforma kva gjeld meldingsutveksling og elektronisk kommunikasjon. Dette blei avvikla og overført til oppfølging i drifta frå 01.01.16.

Helse Vest laga ein intensjonsavtale med KS i regionen og har saman med KS kvart år halde ein konferanse for toppleiarer i føretaka og KS.

Nasjonalt blei det oppretta eit nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreforma der KS/kommunar, fylkesmennene, dei regionale helseføretaka, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet deltok. Dette nettverket blei avvikla på slutten av 2015.

Det var også ei nasjonal koordineringsgruppe leia av Helse- og omsorgsdepartementet.

Ulike «følgje med» opplegg, m.a. ulike forskingsprosjekt, er også sette i verk.

Det har fram til 2016 i Helse Vest vore sett av eigne midlar til å understøtte ulike samhandlingstiltak mellom helseføretaka og kommunane.

ERFARINGAR MED REFORMA

1. Samarbeidsavtalane

Helseføretaka har inngått dei lovpålagte avtalane med sine kommunar. Utfordringane er knytt til:

- implementering og oppfølging av avtalane
- innhenting og systematisering av erfaringar med avtalane som grunnlag for
- revidering og forbetring

Det er med basis avtalane oppretta gode arenaer for samhandling mellom helseføretaka og kommunane i opptaksområda.

Erfaringa så langt er at avtalane er nyttige reiskap som blir brukt til regulering av samhandling på ulike område. På den andre sida er avtalereguleringa relativt omfattande og krevjande å følge opp. Det må vurderast om neste generasjon avtalar bør vere enklare og meir overordna men likevel forpliktande.

2. Kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar

Innføringa av kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar gav nokså rask effekt. Talet på liggedøgn for utskrivingsklare pasientar blei kraftig redusert. Frå 2013 til 2014 har det likevel auka noko.

Færre liggedøgn for pasientar som er utskrivingsklare er eit klart mål og kommunane har vore gode til å ta imot pasientar som er meldt utskrivingsklare same dag. Det ser ut som om kommunane særleg har auka talet på korttidsopphald og tenester i heimen. Kommunane rapporterer om auka press på eigne tenester. Når talet på liggedøgn for utskrivingsklare no stig, kan det tyde på at kapasiteten i kommunane er tatt ut.

Det er særleg to problemstillingar som her blir løfta fram. Betyr meir bruk av korttidsopphald i kommunane ei oppstyking av løpet for pasientane?

Det andre er om sjukehusa skriv pasientane for raskt ut, og at det kan forklare ei auke i reinnleggingar, særleg for dei som blir tidleg tatt imot i kommunane. I kva grad dette er uønska reinnleggingar som kunne vore førebygd, må undersøkast nærare i samarbeid med kommunane. Reinnleggingar kan også ha samheng med tilbodet i kommunane og om overføringa er god nok. For meir utfyllande drøfting blir det vist til pkt. 8.

3. Kommunalt døgntilbod om øyeblikkeleg hjelp

Kommunane har ansvar for øyeblikkeleg hjelp (t.d. legevakt). Dei har likevel ikkje hatt plikt til å ha eit døgntilbod. I ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester blei det lagt til grunn at kommunane frå 2016 ville få ei plikt til også å ha eit døgntilbod.

I samhandlingsreforma blei det lagt opp til ei gradvis innføring av eit slik tilbod i kommunane fram til 2016. Det var søknadsfrist kvart år 1. mars for tilskot frå Helsedirektoratet til kommunane. Det var ei todelt finansiering der eine halvdelen blei fordelt via Helsedirektoratet og den andre direkte frå helseføretaka (alt var trekt ut av ramma til spesialisthelsetenesta).

Plikta til å etablere øyeblikkeleg hjelp senger er no tredd i kraft. Dei alle fleste kommunane i vår region har oppretta ØH- plassar i eigen kommune eller i samarbeid med nabokommunar. Nokre få kommunar vil ikkje ha tilbodet på plass før ut i året. Det gjeld m.a. Bergen kommune, som for Helse Bergen og Haraldsplass diakonale sjukehus er den viktigaste kommunen.

Den største utfordringa er likevel stadig den låge bruken av tilbodet i kommunane. Kapasiteten blir ikkje nytta og etableringa har så langt avgrensa effekt på innleggingar i sjukehus. Dei siste tala blir vist i pkt. 8.

Ei hovudforklaring er at kommunane i for liten grad har vore gode til å involvere fastlegane og gi tryggleik for at tilbodet er forsvarleg.

Frå 2016 er midlane i sin heilskap (1084 mill. kr – 2012 kr) trekt ut av spesialisthelsetenesta og blir fordelt direkte til kommunane.

Det vil framover vere svært viktig at alle kommunane får eit ØH-tilbod på plass, at bruken av plassane vert auka og at etableringa gir eit redusert press på innleggingar i sjukehusa.

4. Kommunal medfinansiering

Ordninga med kommunal medfinansiering innebar at kommunane måtte betale 20 % av kostnaden ved bruk av spesialisthelsetenesta, først og fremst ved indremedisinske sjukdommar. Ordninga blei avvikla i 2015 utan at det blei innført noko tilsvarende verkemiddel.

Den kommunale eigenbetalinga var låg og kommunane utvikla i liten grad alternative tilbod sjølve. Eigenbetalinga har likevel vore viktig fordi dei fleste kommunane har blitt mykje meir bevisst på eigne innbyggjarar sin bruk av spesialisthelsetenester og har nytta dette til samanlikning med andre.

5. Elektronisk meldingsutveksling

For å understøtte samhandlingsreforma er det investert mykje i å utvikle elektroniske ordningar for utveksling av m.a. meldingar.

Sjølv om det ikkje har gått så raskt som ønskjeleg er dei fleste kommunane og fastlegane knytt opp mot spesialisthelsetenesta og det har vore ein kraftig auke i talet på meldingar. Dette lettar samhandlinga.

Det er likevel stadig utfordringar. Sjølv om Helse Vest har lagt stor vekt på samordning av sine system, har kommunane og fastlegane vore lite samordna, med mange ulike system og versjonar som gjer den elektroniske utvekslinga krevjande.

Det er etterlyst sterkare nasjonale grep for å bygge ein felles infrastruktur, jf. etablering av eit eige direktorat for E-helse.

Utvikling og bruk av telemedisin har også eit stort potensiale.

6. Stimulering av ulike samhandlingstiltak

I samarbeid med kommunane har helseføretaka initiert ei mengd samhandlingstiltak til beste for pasientane og for å understøtte intensjonane i reforma.

Helse Vest har kvart år fram til og med 2015 sett av 10 mill. kr til samhandlingstiltak mellom helseføretaka og kommunane.

7. Sluttrapport frå Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreforma

Det nasjonale nettverket laga ein oppsummeringsrapport til departementet og peikte i denne på ei rekke tiltak som burde bli vurdert for å nå måla i samhandlingsreforma om betre folkehelse og berekraftige, koordinerte helsetenester av god kvalitet.

Det var m.a. at:

- spesialisthelsetenesta må bidra overfor kommunane med kunnskap innan førebygging og folkehelse
- det må etablerast insentiv for at kommunane skal overta oppgåver frå sjukehusa
- spesialisthelsetenesta må samarbeide tettare med kommunane for å sikre pasientane tilbod på rett stad til rett tid ved å bygge opp desentraliserte og ambulante tenester som støttar opp under kommunale tenester
- kommunar og sjukehus må utvikle heilskaplege pasientløp frå heim til heim, der også allmennlegetenester og akutttilbodet i kommunane er integrert
- kommunar og spesialisthelseteneste bør samarbeide om brukarmedverknad og ta i bruk brukarundersøkingar på tvers av nivåa.
- det bør innførast eit felles IKT-system som lettar utveksling av pasientinformasjon
- sjukehus og kommunar bør ha likelydande krav til gjensidig rettleiingsplikt, utdanning og forskning
- kommunane må etablere overordna strukturar som gjer det mogleg for einskildkommunar å delta i forskning
- innhaldet i grunn- og vidareutdanningane må rettast inn mot praksisfeltet sine behov

8. Samhandlingsstatistikk 2014/15

Helsedirektoratet offentleggjorde i februar 2016 Samhandlingsstatistikk 2014-15 (Rapport IS-2427). Her blir utviklinga frå 2011 til 2014/15 vist på sentrale område. Det blir her gitt ei kortfatta oppsummering.

1) Utviklingstrekk kostnader og aktivitet

Kostnader:

- sterkare vekst i primærhelsetenesta enn i spesialisthelsetenesta
- førebyggjande arbeid i kommunane har hatt ein stor kostnadsvekst men utgjer i sum eit lite beløp
- all vekst i spesialisthelsetenesta kom siste år

Aktivitet:

- vekst i tal pasientar og kontaktar på poliklinikkane
- innan psykisk helse og rus har det vore ein sterkare vekst i omfanget av pasientar som blir behandla hos fastlegen enn i det psykisk helsevernet (spesialisthelsetenesta)
- vekst i korttidsopphold og moderat vekst i heimesjukepleie

Årsverk:

- auka kompetanse og meir kvalifisert personell
- sterkare vekst i sjukepleiarårsverk i omsorgstenesta
- fleire legar i både spesialist- og kommunehelsetenesta

2) Utskrivingsklare pasientar og reinnleggingar

Betalingsordninga for utskrivingsklare pasientar ga ein stor effekt i å redusere talet på utskrivingsklare pasientar, særleg i 2012. Effekten har stort sett halde seg i Helse Vest mens det har vore ein liten stigande trend frå 2012 i dei andre regionane.

Det er nedgang i liggetid både før og etter at pasientane er meldt utskrivingsklare. Pasientane ligg stadig kortare på sjukehus.

På den andre sida har talet på reinnleggingar auka for dei som blir meldt utskrivingsklare, særleg for dei som blir motteke i kommunane same eller neste dag. Det er ein liten nedgang i 2015 samla men Helse Vest har også i 2015 ein auke og ligg høgt (20,3 %). Alle helseføretaka i Helse Vest ligg relativt høgt. Det synes å vere ein viss samanheng mellom liggetid og tal på reinnleggingar, men det kan elles vere vanskeleg seie kva årsaka er. Kan det tyda at pasientane ikkje får ei grundig nok og heilskapleg vurdering på sjukehuset, at dei ligg for kort, at det er svikt i overføringa eller at tilbodet i kommunen ikkje er godt nok osv.

Reinnleggingar for pasientar som ikkje blir meldt kommunen (fordi dei ikkje har behov for kommunale tenester) har gått ned i perioden.

Det er korttidsopphald som har auka mest i kommunane. Det har ikkje vore nokon vekst i langtids plassar. Det er såleis også ein fare for at pasientane som blir meldt utskrivingsklare og tidleg motteke i kommunane, får eit meir oppstykk pasientløp.

3) Status for kommunalt døgntilbod for øyeblikkleg hjelp

Det var i 2015 fortsatt ein stor del av kommunane som ikkje hadde starta opp tilbodet. Det var flest i Helseregion Vest. Det har vore ein gradvis auke i innleggingar/liggedagar i perioden 2012 til 2015. Beleggsprosenten i 2014-15 for dei kommunane som hadde hatt minst eitt års drift varierte frå 32 til 47 % (36 % i Helseregion Vest). Pasientane kjem i hovudsak frå heimen (90 %) og blir skrivne ut til heimen igjen (63 %). Det er i tråd med intensjonane med tiltaket. Kommunane har i stor grad lokalisert tilbodet ved ein sjukeheim (64 %).

4) Redusert tal på liggedagar i sjukehus

Samla sett har talet på liggedagar på sjukehus blitt redusert med 240 000 liggedagar frå 2011 til 2015. Omtrent halvdelen kan knytast til verkemiddel i samhandlingsreforma, fordelt med ein reduksjon på 60 000 liggedagar for utskrivingsklare pasientar og tilsvarande knytt til oppretting av kommunalt døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp.

9. Plikt til rettleiing av den kommunale helse- og omsorgstenesta

Spesialisthelsetenesta si rettleiingsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstenesta er heimla i spesialisthelsetenestelova § 6-3. Innhaldet i plikta er nærare utdjupa i Rundskriv I-3/2013. Plikta gjeld først og fremst rettleiing og oppfølging av enkeltpasientar og deira helsetilstand. Det vil seie rettleiing som er naudsynt for at den kommunale helse- og omsorgstenesta skal kunne løyse oppgåva si etter lov og forskrift. Plikta ligg på det enkelte helsepersonell, men det er og eit ansvar for helseføretaka å organisere og legge til rette verksemda slik at helsepersonell blir i stand til å halde plikta.

Alle helseføretaka legg til rette for slik rettleiing knytt til enkeltpasientar.

Plikta omfattar i prinsippet også generell rettleiing som er naudsynt for at den kommunale helse- og omsorgstenesta skal kunne løyse dei lovpålagde oppgåvene. Det kan gjelde område der det er nære grenseflater mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenester. Slik rettleiing vil vere viktig for at kommunane skal kunne utføre meir kompliserte tenester, slik samhandlingsreforma krev.

Samhandlingsreforma kviler m.a. på at fleire skal få tilbod i kommunane. Då må kommunane og styrke kompetansen sin, og spesialisthelsetenesta har ei sentral rolle i å bidra til kompetanseoppbygging i kommunane.

Helseføretaka har ikkje nedfelt dette i eigne planar, men først og fremst nytta deltenesteavtale nr. 6 om retningsliner for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling for faglige nettverk og hospitering, til å regulere dette. Det blir nedanfor gitt oversikt over ulike tiltak i kvart av helseføretaka etter innspel frå føretaka.

Helse Stavanger:

I Helse Stavanger er partane samde om at følgjande tiltak blir vidareført og vidareutvikla som arenaer for kunnskapsoverføring. (Henta frå deltenesteavtale 6)

Kontakttelefon i Helse Stavanger HF

Eksempel på dette er:

- Rettleiing til legar ved spørsmål om innlegging av pasientar
- Sjukepleiefagleg rådgjeving
- TIPS - tidleg avdekking og behandling av psykose

Ambulante team

Ambulante team utgått frå Helse Stavanger HF skal samarbeide med tilsette og fastlegar for å sikre kompetanseheving i kommunane.

Praksiskonsulentordninga (PKO)

Ordninga er eit nettverk av fagpersonar som har til hensikt å fremje samarbeidet mellom fastlegar, øvrig kommunal helse- og omsorgsteneste og spesialisthelsetenesta til beste for enkeltpasientar. I dag er legar og sjukepleiarar omfatta av ordninga. Ordninga bør utvidast til å gjelde fleire faggrupper, sjå i tillegg overordna samarbeidsavtale pkt. 7.3.

Kompetansesenter i regi av Helse Stavanger HF

Eksempel på dette er:

- SESAM - Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling
- KORFOR - Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning
- NKB - Norsk kompetansesenter for bevegelsesforstyrrelser
- RAKOS – Regionalt akuttmedisinsk kompetansesenter

Gjensidig hospiteringsordning

Dagens hospiteringsordning er eit tilbod til alle tilsette med helse- og sosialfagleg bakgrunn i kommunane og Helse Stavanger HF. Ordninga bør oppretthaldast og vidareutviklast. Hospitering kan også nyttast som eit tilbod ved rettleiing kring enkeltpasientar.

Faglege nettverk

På bakgrunn av erfaring med eksisterande nettverk på fleire fagområde vert nettverk som ein reiskap anbefalt for kompetanseutveksling mellom kommunane og Helse Stavanger HF.

Utviklingscenter for sjukeheim og heimetenester

Utviklingscenter for sjukeheim og heimetenester skal vere ein pådrivar for kunnskap og kvalitet i eige fylke. Partane er samde om at samarbeid mellom utviklingscenter og Helse Stavanger HF vert ført vidare.

Delavtale 7 som gjeld samarbeid om forskning er også viktig for å styrke kompetanse og kunnskap både i kommunane og helseføretaket.

Helse Fonna

Hospiteringsordning:

Ansvar: Inngår i samarbeidsavtalane i Helse Fonna-området og er ei ordning for alle partane.

Ordninga no (gjeldande frå 1.1. 2016) legg til rette for målretta kompetanseoverføring og utveksling av erfaringar.

Den er:

- Flexibel, både når det gjeld tidspunkt for hospitering og lengde.
- Har elektronisk søknad og handsaming
- Registrerer hospiteringa slik at ein får oversikt over kven som hospiterer kor hen.
- Gjeld alle faggrupper
- Involverer Høgskolen Stord/Haugesund
- Ein kan ønske seg/bestille ein ressursperson til sin organisasjon.

ØH-hjelp kompetansepakke; vert arrangert for alle kommunar som startar opp tilbud.

Ansvar: FOUSAM i samarbeid med Helse Fonna og aktuell kommune. ØH-hjelp døgn-erfaringsdag er under planlegging (etter ønske frå kommunane). FOUSAM er eit samarbeid mellom Helse Fonna, kommunane og Høgskolen Stord/Haugesund.

NBO-opplæring (Newborn Behavior Observation):

Ansvar: Familieambulatoriet arrangerer opplæringa i samarbeid med BUP og FOUSAM. Kurset går over 1 år (teoridagar kombinert med praksis), fagpersonar frå spesialsthesetenesta og kommunar deltek i same opplæring, dette bidrar til felles språk i møtet med dei minste barna og familiane deira.

FAS -kurs (fødtalt alkoholsyndrom – tilstand hos barn som følgje av rusmisbruk hos mor under svangerskapet)

Kurs for tilsette i kommunar og føretak.

Ansvar: Familieambulatoriet i samarbeid med FOUSAM.

Helsepedagogikk:

Ansvar: LMS og FOUSAM; kurs over fire dagar med deltakarar frå både kommune, spesialisthelseteneste samt brukarrepresentantar. Vert arrangert årleg.

Kurs i ernæring for kommunetilsette:

Ansvar: Helse Fonna og FOUSAM.

Sped- og småbarnsdagane:

Ansvar: BUP og FOUSAM. Vert arrangert årleg.

Opplæring for brukarrepresentantar: som skal medverke i brukarutval, prosjekt, tenesteutvikling samt pasient- og pårørandeopplæring/lærings- og meistringkurs. Ansvar: FOUSAM i samarbeid med Helse Fonna og Lærings- og meistringsteamet.

Prosjektleiarkurs og samling for prosjektleiarar:

Ansvar: FOUSAM

Erfaringskonferanse og forskingskonferanse vert arrangert årleg.

Plan for tiltak for kompetanseoverføring i kommunane frå koordinerande eining (KE) i Helse Fonna :

- Avtalte fellessamlingar for KE i alle kommunane med innføring og undervisning om faglege tema og føringar for arbeidsoppgåver.
- Regionvise samlingar i våre tre sjukehusområde for KE i kommunane og sjukehus med drøfting av lokale faglege behov for rettleiing og oppfølging.
- Arrangement i nasjonal Rehabiliteringsveke 2016 for alle KE- samt samarbeidspartnarar i sjukehus og kommunane samt private rehabiliteringsinstitusjonar med avtale med Helse Vest
- Løypande tilbod til alle kommunar om rettleiing i praksisfeltet (ambulant funksjon)

Undervisning/kurs for primærhelsetenesta

Det er elles ei mengd kurs og undervisningsopplegg, også innan psykisk helsevern. Både dei barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkane og DPS driv ei omfattande oppfølging av kommunane, med rettleiing, fagdagar, kurs og konferanserar osv.

Helse Bergen

Helse Bergen har sin Kompetansestrategi for Helse Bergen HF 2015-2030 med tilhøyrande tiltaksplan.

Dei prioriterte føretaksovergrepande innsatsområda i strategien er:

- Læring, utvikling og forskning
- Rekruttere og behalde medarbeidarar
- Brukarmedverknad
- Kapasitet og oppgåveløysing
- Samhandling

Sentralt innan innsatsområdet «samhandling» er:

- vidareutvikling av modellar for og innhald i gjensidig kompetanseutveksling med kommunane
- utvikle medarbeidarar med samhandlings- og relasjonskompetanse som sikrar god kommunikasjon med kollegaer, pasientar og pårørande

Eksempel på samhandlingsprosjekt:

<p>Saman om kompetanseløft- 5 årig prosjekt</p>	<p>Felles kompetanseløft mellom Helse Bergen, Haraldsplass diakonale sjukehus og Bergen kommune, etat for alders- og sjukeheim</p> <p>Mål:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at pasienten får rett og trygg utgreiing, behandling, pleie og omsorg uavhengig av tenestenivå • Unngå unødige innleggingar og reinnleggingar frå sjukeheim til sjukehus • Bidra til auka kompetanse hos medarbeidarar på kommunale og private sjukeheimar i Bergen kommune • Bidra til å auke kompetansen i sjukehusa om det kommunale tilbodet og den pasientgruppa som er i sjukeheim • Utvikle metodar for kompetanseutveksling mellom sjukehus og sjukeheim • Kartlegge sjukehusinnleggingar hos sjukeheimspasientar og beskrive desse etter samhandlingsreforma (forbruksperspektiv) • Utgreie og utvikle metodikk for ein reell database for pasientforløp for sjukeheimspasientar
---	--

«Jordmor heim i Fjell, Sund og Øygarden	Etablere og utvikle ei moderne, trygg og tilgjengeleg barselomsorg i kommunane, som ivaretek kontinuitet og kvalitet med familien i fokus.
Utvikling av et «AFR jobbteam»	Ei effektiv arbeidsinkludering for ruspasientar krev samtidige og samordna tenester der behandling og arbeidsrehabilitering er integrert, med ordinært arbeid som felles mål. Ei slik integrert teneste vil også styrke behandlingsresultatet. Dette krev etablering av nye samarbeidsformer mellom helsesektoren og NAV, for eit betre tilrettelagt og heilskapleg jobbredda behandlingstilbod.
SATS Norge på legevakt	Teste ut om SATS Norge er eit nyttig vurderings- og prioriteringsverktøy i legevakt. Dersom legevakt, ambulanseneste og akuttmottak kan nytte same verktøyet ved vurdering og prioritering av pasientar, vil det betre kommunikasjon og samhandling kring den akutt sjuke pasienten.
Tverrfagleg ambulerande akutt team	Formålet er å utvikle eit tverretatleg ambulerande akutt team. Arbeidet er i ein tidlig fase og i 2015 er målet å få oversikt over klientløp i ulike etatar og undersøke korleis desse kan samordnast.
Sårbehandling	FELLES SÅRSENTER – kartlegging av no-situasjon og utgreiing av modell for mogleg tverrfagleg samhandlingsprosjekt for ivaretaking av kroniske sårpasientar
Psykisk helse barn og unge: Tiltakskjede mellom Bergen kommune og PBU for barn med atferdsvanskar	Utarbeide tiltakskjede mellom Bergen kommune og PBU, Helse Bergen, for barn med atferdsvanskar. I PBU vil i første omgang dette arbeidet gjelde for opptaksområdet for BUP Åsane (bydelene Åsane og Arna).
Avansert teknisk sjukepleie i kommunane og kompetanseutveksling og rettleiing via telemedisin	Styrke kompetanse innan avansert teknisk sjukepleie i kommunehelsetenesta. Utprøving av ambulante team. Vidareutvikle kompetanseutveksling og rettleiing mellom sjukehus og kommune via telemedisinske løysingar
Hovudprosjekt: Trygge kvinner i ei moderne barselomsorg	Hovudprosjekt: Trygge kvinner i ei moderne barselomsorg Delprosjekt: Oppretting av kommunale jordmortenester i barseltid etter utvida «Nærjordmorsenter-modell»
Kompetanseutveksling i samband med etablering av øyeblikkeleg hjelp – døgntilbod i kommunane	Samarbeide om, utarbeide og gjennomføre opplegg for kompetanseutvikling, m.a. fagdagar, hospitering, kurs og simuleringstrening.

Terma – terapeutisk meistring av aggresjon	Kurs til kommunale tiltak
Prosjekt levevanar – utvikling av tiltak på tvers retta mot levevanar, ernæring, fysisk aktivitet. Målsetting å styrke psykosepasienten si somatiske helse	Utvikla på Kronstad DPS for psykosepasientar. Kronstad DPS og bydelane Bergenhus og Årstad er saman om tiltak. Læring frå DPSet vert vidareført i kommunen
Seprep utdanning -tiltak knytt til pasientar med psykose og rus,	Sikrar kompetanseutvikling og -overføring mellom forvaltningsnivå.
Utvikling av pasientløp - kompetanseoverføring	Pasientløp for psykose – sikre ein gjennomgåande modell for oppfølging – føreset overføring av kompetanse frå spesialisthelsetenesta slik at pasientane kan leve livet sitt utanfor institusjon
Pasientløp for rus og psykiatri	Utvikling av pasientløp på tvers av psykiatri/rus og kommunane

Praksiskonsulentordninga (PKO) arbeider kontinuerleg med kompetanseutveksling mellom fastlegar og sjukehus. I år med følgjande fokusområde: Innhald i meldingsutveksling, tilvisingstips, pakkelop, arrangør for tematiske smågrupper som går inn i etterutdanning av fastlegar, arrangør av faste møte mellom sjukehus og fastlegar, jamleg utsending av PKO-nytt mm.

Helse Førde

Helse Førde har planar og ei mengd aktivitetar retta mot kommunane:

- Samarbeidsavtalar der rettleiing og opplæring og annan form for kompetanseoverføring er innteke som mål og tiltak. Dette ligg inne i dei fleste samarbeidsavtalane. Elles er det grunn til framheve spesielt:
 - Delavtale om kunnskapsoverføring og erfaringsutveksling.
 - Delavtale om forskning og utdanning.
 - Fleire avtalar om felles nettverk.
 - Delavtale om gjensidig hospiteringsordning.
- Samhandlingsfora. Eitt av føremåla med samhandlingsfora, som koordineringsrådet, fagrådet og forum for helse, omsorg og folkehelse, er kompetanseoverføring mellom partane.
- Konferansar. Faste konferansar som den årlege samhandlingskonferansen, erfaringskonferanse om utskrivning av pasientar (annakvart år) og regionale konferansar om felles avvikssystem (annakvart år) skal bidra til kompetanseoverføring.

- Fagnettverk/læringsnettverk. Følgjande nettverk er m.a. etablert:
 - Nettverk for ressursjukepleiarar innan kreftomsorg og lindrande behandling.
 - Nettverk for habilitering og rehabilitering (møteplassen)
 - Fagnettverk innan eldremedisin og eldreomsorg
 - Nettverk for sjukepleiarar i høve diabetes
 - Nettverk i høve oksygenbrukarar og lungesjuka

Det blir vidare etablert nettverk med kommunane innan pasienttryggleiksarbeidet etter behov.

- Nettverk som metode. Det er gjennomført eit felles prosjekt med mal for nettverk som metode for kompetanseoverføring og utvikling.
- Traineeordning for sjukepleiarar. Denne er etablert som eit samarbeid mellom Helse Førde og kommunane Førde og Flora. Gjennom ordninga får sjukepleiarar innsikt og kompetanse i både spesialist- og kommunehelsetenesta.
- Hospiteringsordning. Denne har sin bakgrunn i felles prosjekt og delavtale, og gjeld primært for sjukepleiarar og hjelpepleiarar/omsorgsarbeidarar. Blir starta opp i løpet av 2016.
- Praksisplassar. Helse Førde deltek i utdanninga av sjukepleiarar gjennom tilrettelegging for praksis. Dette kjem også kommunane til gode fordi ein del av sjukepleiarane får tilsetning der. Helse Førde tilset ikkje helsefagarbeidarar sjølv, men har tilbod om praksis for kommunale lærlingar i helsearbeidarfaget.
- Tilrettelegging for kommunal deltaking i Helse Førde sine opplæringstiltak. Dette skjer ved videooverførte kurs (fredagsundervisninga i Helse Førde, deltaking i den kommunale tysdagsundervisninga i Nordfjord m.m.). Det skal også skje ved at Helse Førde sine e-læringskurs blir gjort tilgjengeleg for kommunane. Det skjer i løpet av 2016.
- Opplæring og rettleiing i smittevern. Blir gjennomført regelmessig etter plan og avtale. Kommunane kjøper tenestene frå Helse Førde.
- Opplæring i akuttmedisin. Helse Førde legg til rette for kurs der kommunane kan delta. Det blir no etablert eit felles fylkesforum for akuttmedisin som skal drøfte vidareutvikling av dette.
- Felles beredskapsøvingar. Det er lagt ein plan for felles beredskapsøvingar med kommunane i fylket.
- Samhandlingsbarometeret. Dette skal vere eit felles verktøy for tilgjengeleggjering av relevant kunnskap om tenesteutvikling og samhandling. Det er etablert system rundt

dette for analyse og refleksjon. Data i Samhandlingsbarometeret kan gi grunnlag for forskning, og forskingsresultat skal formidlast via barometeret.

- Samarbeid om forskning. Det er gjennomført eit felles prosjekt som tilrår at kommunane deltek i Senter for helseforskning i Sogn og Fjordane (samarbeid mellom Helse Førde og høgskulen). Dette er ikkje realisert enno.
- Tilrettelegging av bistand og rettleiing via video/telemedisin. I tillegg til kurs (jfr ovanfor) kan spesialist ved sjukehus gi bistand ved konsultasjonar hos fastlege eller gjennomføre drøfting med kommunalt helsepersonell kring enkeltpasientar.
- Praksiskonsulentordninga. Praksiskonsulentane formidlar kunnskap, faglege retningslinjer m.v. til kommunale legar og gjennomfører samlingar og opplæringstiltak. Eiga nettside er etablert.
- Helse Førde sine nettsider. Desse skal vidareutviklast til å gi meir informasjon også til kommunalt helsepersonell. Det er etablert ei eiga nettside for samhandling.
- Samhandlingsnytt. Dette blir utgitt kvar månad og gir ny, relevant informasjon frå sentralt hald og frå fylket, med aktuelle lenker.
- Samarbeid med Utviklingssenter for sjukeheim og heimetenester. Det er etablert god kontakt med senteret og Helse Førde deltek i utviklingstiltak, opplæringstiltak og informasjon til kommunane.
- Lærings- og meistringssenteret. Senteret tilbyr bistand til kommunane, og personell derfrå kan delta på aktuelle kurs. Det er under gjennomføring eit eige prosjekt med føremål å heve kompetansen i helsepedagogikk i helseføretaket og i kommunane. Ein tek sikte på at dette skal bli ei permanent ordning, eventuelt i samarbeid med Høgskulen i Sogn og Fjordane.
- «Dagleg» rettleiing kring enkeltpasientar skjer på alle tenesteområde.

OPPSUMMERING OG UTFORDRINGAR

Samhandlingsreforma er ei retningsreform. Det er no fire år sidan reformstart der dei formelle/lovmessige rammene blei lagt. Mange av problemstillingane og utfordringane som samhandlingsreforma omfattar, er likevel ikkje nye. I ei evaluering av reforma så langt er det såleis vanskeleg på fleire område å avgjere om endringar er resultat av reforma eller andre tilhøve.

Ein generell konklusjon er at reforma har klar effekt på nokre område men at det elles er små endringar.

Riksrevisjonen konkluderte med at samhandlingsreforma har ført til små endringar i kommunane sin kapasitet, at kommunalt døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp ikkje blir nytta effektivt og at samarbeidet mellom kommunar og helseføretak kan bli betre. Samstundes blir det peika på at kommunane i stor grad har tatt ansvaret for pasientar som tidligare låg utskrivingsklare på sjukehus. (Dokument 3:5 (2015-16))

Forskringsrådet si mellombels evaluering konkluderer også med generelt liten effekt (lagt fram i sept. 2015). Det blir likevel peika på kraftig auke i meldingsutveksling mellom kommunar og helseføretak med betre og enklare kommunikasjon mellom partane. Kommunane er blitt meir opptekne av helsefremming. Færre utskrivingsklare pasientar på sjukehus samt døgntilbodet for øyeblikkeleg hjelp i kommunane har hatt ei viss effekt i å avgrensa innleggingar i sjukehus.

Samhandlingsstatistikk både frå åra 2011 til 2014 og til 2015 viser på overordna nivå ei utvikling i helse- og omsorgstenestene som understøttar måla i samhandlingsreforma.

Det er litt større vekst i primærhelsetenesta enn i spesialisthelsetenesta. Kommunane har m.a. fått høgare kvalifisert personell. Kommunane bygger ut døgnplassar for øyeblikkeleg hjelp og tar imot utskrivingsklare pasientar tidligare. Kommunane etablerer frisklivsentralar for å førebygge og understøtte pasientane si eigenmeistring.

Det er eit tettare og betre samarbeid mellom kommunane og spesialisthelsetenesta, og viktige samhandlingsarenaer er oppretta.

Saka viser at det er omfattande aktivitet i alle helseføretaka knytt til kompetansebygging og kompetanseutveksling med kommunane.

Spesialisthelsetenesta er engasjert i ei mengde utviklingstiltak saman med kommunane. Reforma har så langt likevel ikkje ført til noko klart skifte i bruken av spesialisthelsetenester.

Utbygging av t. d. kommunale plassar for øyeblikkeleg hjelp har så langt først og fremst medført auka krav om effektivisering i spesialisthelsetenesta.

Samstundes har også spesialisthelsetenesta ein veg å gå for å innretta tenestene i tråd med intensjonane i reforma.

Ei særleg utfordring for både spesialisthelsetenesta og kommunane er at fastlegane i praksis i stor grad står fram som ein eigen part som har vore for lite integrert i reformarbeidet. Sidan fastlegane utfører kommunale oppgåver, er dette eit ansvar for kommunane, men det har likevel konsekvensar for heile samarbeidet.

Sidan dei økonomiske verkemidlane har vore knytt til somatikk, har det vore mindre merksemd på psykisk helse og rus. Innan psykisk helsevern har utviklinga allereie før samhandlingsreforma i stor grad vore i tråd med intensjonane i reforma. Dette er likevel område som må få større merksemd framover. (Jf. også forslag om betalingsordning for

utskrivingsklare pasientar og oppbygging av øyeblikkeleg hjelp plasser på desse områda, mogleg frå 2017.)

Kva så med den vidare oppfølginga?

Det er ikkje noko i utviklinga etter 2012 eller i nyare nasjonale dokument som tilseier at den utviklingsretninga som blei trekt opp i samhandlingsreforma, ikkje er like aktuell framover.

Det er såleis viktig å halde fast ved intensjonane i reforma, sjølv om det fortløpande må vurderast om det er grunnlag for å justera noko på kursen og verkemiddelbruken.

Ei meir heilskapleg helseteneste med vekt på å gi hjelp tidleg og nært, vil vere i tråd med helseministeren sitt ønskje om å skape «pasientens helseteneste».

Det er i utgangspunktet heller ikkje nokon motsetnad mellom ei helseteneste som i større grad vektlegg pasientperspektivet og ei berekraftig helseteneste. Ei helseteneste med godt tilrettelagde tenester som møter pasientane tidleg og nært, vil oftast også vere ei effektiv teneste som nyttar ressursane godt.

Konklusjon

Det er fortsatt viktig å utvikle og innrette tenestene i tråd med intensjonane i samhandlingsreforma.

Det grunnlaget som er lagd i dei første 4 åra må nyttast til å:

- understøtte kommunane sitt arbeid med å redusere og førebygge sjukdom
- bidra til tidleg hjelp både i kommunane og spesialisthelsetenesta
- sikre koordinerte og heilskaplege tenester og pasientløp med kvalitet i overgangane mellom nivåa
- gjennom kompetanseoppbygging og -utveksling bidra til at kommunane blir betre i stand til å yte tenester
- auke den gjensidige forståinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunane

Det bør framleis stimulerast til utvikling av ulike samhandlingstiltak på ulike område og særleg knytt til pasientgrupper som har behov for tenester frå begge nivåa over tid.

Det er viktig at kommunane aukar bruken av dei kommunale øyeblikkeleg-hjelp plassane. Dette vil redusere presset på innleggingar i spesialisthelsetenesta.

Nærare analyse av talet på reinnleggingar må m.a. nyttast til å sikre betre kvalitet i overgangane mellom spesialist- og kommunehelsetenesta.

Det er viktig med auka merksemd på korleis psykisk helsevern og TSB kan utviklast vidare i tråd med intensjonane i samhandlingsreforma.