

Råd for vegen videre



Sluttrapport

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen

Innholdsfortegnelse

Oppsummering	3
Innledning	4
Helsefremmende og forebyggende arbeid	5
Folkehelsesatsingen	5
Forebyggende helsetjenester	6
Den kommunale helse- og omsorgstjenesten	7
Spesialisthelsetjenesten	9
Helhetlige tjenester	10
Organisasjon, ledelse og kompetanse	12
Utdanning, forskning og innovasjon	13

Oppsummering

Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen peker i denne sluttrapporten på en rekke tiltak som bør vurderes for å nå målene i samhandlingsreformen om bedre folkehelse og bærekraftige, koordinerte helsetjenester av god kvalitet.

Nettverket gir følgende overordnede råd for å nå målene i reformen:

1. Folkehelse må sees tettere opp mot miljø og bærekraft, og kommuner må sikres tilgang til spesialisthelsetjenestens kunnskap innen forebygging og folkehelse.
2. Skal kommunene kunne ta ansvar for en større del av de samlede helse- og omsorgstjenestene må finansiering av tjenestene være i tråd med oppgaveoverføringen og det må etableres insentiv for at kommunene skal overta oppgaver fra sykehusene.
3. Spesialisthelsetjenesten må samarbeide tettere med kommunene for å sikre rett pasient på rett sted til rett tid, ved å bygge opp desentraliserte og ambulante tjenester som støtter opp under kommunale tjenester.
4. Kommuner og sykehus må utvikle helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem der også allmennlegetjenester og akutttilbud i kommunene er integrert.
5. Kommuner og spesialisthelsetjeneste bør samarbeide om brukermedvirkning for å bygge «Pasientenes helsetjeneste» og ta i bruk brukerundersøkelser på tvers av nivåene.
6. Ledere på alle nivå må bevisst arbeide med kultur, holdninger, kompetansebygging og rekruttering for å sikre oppfølging av målene i samhandlingsreformen.
7. Det bør innføres felles IKT-systemer som letter utvekslingen av pasientinformasjon på tvers av nivåene.
8. Sykehus og kommuner bør ha likelydende lovkrav til gjensidig veiledningsplikt, utdanning og forskning.
9. Kommunene bør etablere overordnede strukturer som gjør det mulig for den enkelte kommune å ta ansvar for forskning.
10. Utdanningssektoren må i dialog med kommunene og spesialisthelsetjenesten sikre at innholdet i grunn- og videreutdanningene er i tråd med praksisfeltets behov.

Innledning

I St. meld. Nr. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen beskrev regjeringen følgende hovedutfordringer: Helsetjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, pasientenes behov for helhetlige og koordinerte tjenester besvares ikke godt nok og demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet betyr at vi må endre måten vi yter helsetjenester på.

I Meld.St. 16 (2010 – 2011) Nasjonal helse og omsorgsplan konkretiserte regjeringen hvordan man ville møte utfordringene gjennom en rekke juridiske, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler. I sum skulle virkemidlene bidra til en nødvendig kursendring for kommuner, sykehus og utdannings situasjoner. Målet for samhandlingsreformen ble beskrevet som bedre folkehelse og bærekraftige, koordinerte helsetjenester av god kvalitet.

Reformen ble beskrevet som en retningsreform der man løpende måtte evaluere virkemidlene opp mot målsettingene. Med dette som bakgrunn inngikk KS og Helse- og omsorgsdepartementet i 2011 en avtale som blant annet beskrev etableringen av et nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen for perioden 2012 – 2015.

Det nasjonale nettverket har hatt som mandat å gi informasjon, råd og veiledning knyttet til gjennomføring av reformen til kommunesektor og spesialisthelsetjeneste. Nettverket har bestått av representanter fra KS sentralt og regionalt, fra ulike kommuner, fra de fire regionale helseforetakene, fylkesmennene og aktuelle departement og direktorat. Nettverkets medlemmer har møttes en hel arbeidsdag ca. 1 gang hver måned i perioden høsten 2011 – høsten 2015. Medlemmene har hver for seg deltatt på en rekke kurs og konferanser samt hatt møter med aktuelle aktører.

I 2015 har regjeringen lagt fram en rekke nye stortingsmeldinger som folkehelsemeldingen, primærhelsemeldingen og nasjonal helse- og sykehusplan. Disse meldingene beskriver virkemidler som skal bidra til å realisere pasientenes helsetjeneste, med økt brukermedvirkning og sammenhengende og koordinerte tjenester – i overensstemmelse med målene i samhandlingsreformen.

Endringer i oljenæringen og flyktnings situasjonen i Europa, medfører at behovet for endring og omstilling i helsetjenestene er større enn noensinne.

Denne sluttrapporten bygger på nettverkets statusrapport fra 2014 og kunnskap som er kommet frem gjennom nettverkets arbeid i perioden 2011 – 2015. Rapporten peker på gjenstående utfordringer knyttet til å nå samhandlingsreformens mål om folkehelse, kvalitet på helsetjenester og bærekraft og gir råd om hva som bør gjøres for å sikre en videre utvikling for å nå disse målene - og derigjennom realisere pasientenes helsetjeneste.

Trondheim 18. desember 2015

Tor Åm

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Folkehelsesatsingen

Utvikling i folkehelse er tett knyttet til politikk og velferdsutvikling. Ny lovgivning fra 2012 styrket kommunenes, sykehusenes og statens ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer. Den forskningsbaserte evalueringen av samhandlingsreformen viser at folkehelse er kommet høyere på dagsorden enn tidligere, men at effektene eventuelt først vil vises på lengre sikt. Nettverket har registrert at mål om økt satsing på folkehelse oppleves som nødvendig og riktig i kommunene.

Utfordringer

- Folkehelse sees ikke i tilstrekkelig grad som et sektorovergripende ansvar
- Kommunene mangler analysekompetanse for strategisk planlegging og prioritering knyttet til folkehelse
- Det mangler økonomiske insentiver for å prioritere folkehelsearbeidet høyere
- Utfordringer blant barn og unge kommer til syne gjennom høyt frafall i videregående skole (Norge har vesentlig høyere frafall enn gjennomsnittet OECD-landene)

Råd fra nettverket

1. Folkehelse må sees tettere opp mot miljø og bærekraft for å sikre tverrsektoriell ressursinnsats
1. Kompetanse og kunnskap om folkehelsearbeid må i større grad inn i grunnutdanninger
2. Det bør etableres læringsnettverk med deltakere fra kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner for å utvikle bedre kunnskapsgrunnlag for administrative og politiske beslutninger
3. Det bør utvikles økonomiske insentiver for å øke innsatsen, for eksempel en opptrappingsplan for folkehelse
4. Det bør sikres en tverrfaglig kjennskap til og oppslutning om direktoratenes felles satsning på «Samarbeid om bedre kordinerte tjenester for utsatte barn og unge under 24 år», også kalt 0-24 samarbeidet.

Forebyggende helsetjenester

Helsetjenestene skal ikke bare behandle syke, men også forebygge sykdom. Gode forebyggende helsetjenester er en forutsetning for å lykkes med reformens mål, og NCD-strategien (2013- 2017) vektlegger arbeidet med både primær – og sekundærforebyggende tiltak i helsetjenesten. Så langt er det etablert mer enn 220 frisklivssentraler i Norge, for blant annet å kunne gi råd og veiledning knyttet til ernæring, fysisk aktivitet og røyk. Noen av disse har også et utvidet tilbud knyttet til psykisk helse og rus.

Utfordringer

- Manglende dokumentasjon av frisklivssentralenes effekt er en utfordring med tanke på varig finansiering
- Det finnes ingen samlet database over forebyggende arbeid i regi av pleie og omsorg, fastleger, helsesøstre og andre som kan analyseres og danne grunnlag for satsing og prioritering
- Spesialisthelsetjenestens kunnskap om årsaker og konsekvenser av skader og sykdommer er ikke tilgjengeliggjort i stor nok grad
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste er ikke i tilstrekkelig grad prioritert lokalt, til tross for statlig styrking
- Det er manglende kompetanse på å avdekke hjelpebehov både blant barn i barnehage og hos eldre mennesker
- Det har vært lite fokus på forløp som omfatter forebygging
- Mange forebyggende tiltak gir først effekt etter mange år. Da er det viktig at vurderingen av hvilke tiltak man skal iverksette er kunnskapsbasert

Råd fra nettverket

1. Det må sikres relevante data som synliggjør effekter av forebyggende helsearbeid
2. Det bør etableres strukturer for å hente ut spesialisthelsetjenestens kunnskap på systemnivå (for eksempel videreutvikle helseatlas.no og andre databaser)
3. Primærhelsetjenestens og spesialisthelsetjenestens mulighet for å forebygge sykdom bør løftes frem
4. Det må stilles eierkrav til sykehusene om at de i dialog med kommunale helse- og omsorgstjenester skal bidra til å dempe behovet for helsetjenester
5. Sykehusene bør kunne bidra med kompetanse innen helsefremmende arbeid samt innen primær- og sekundærforebyggende tiltak
6. Det må etableres en nasjonal opptrappingsplan for forebyggende helsetjenester og tjenester med tidlig intervensjon for å dempe befolkningens behov for helsetjenester
7. Det må legges til rette for kompetanseoppbygging i barnehagene for å sikre tidlig innsats
8. Forebyggende hjemmebesøk for eldre bør etableres som standard
9. NCD-strategien bør brukes i større grad for å koble forebygging, behandling og rehabilitering på tvers av nivå

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene er det legevaktstjenesten som har vært tilgjengelig for øyeblikkelig hjelp 24/7. De øvrige helse- og omsorgstjenestene har tradisjonelt vært en «elektiv» tjeneste som man må søke om ved behov. Det gis i utstrakt grad 24/7-tjenester innenfor omsorgstjenesten men stort sett begrenset til pasienter med vedtak om tjenester.

Sentralt for lovkravet om kommunale øyeblikkelig hjelp-døgntilbud har vært å stimulere til en 24/7-kultur mht vurdering av behov, tildeling av alle typer kommunale helse- og omsorgstjenester og å kunne iverksette tjenestetilbudet straks når det er behov for dette. Først da vil kommunale helse- og omsorgstjenester kunne være reelle alternativ til øyeblikkelig hjelp innleggelse på sykehus.

I den forskningsbaserte evalueringen av samhandlingsreformen påpekes at pasienter som tidligere ble skrevet ut fra sykehus til hjemmet nå ofte legges inn på kommunale korttidsplasser før de kommer hjem og at forløpene på denne måten for enkelte pasienter kan ha blitt mer oppstykket enn før. I tillegg pekes det på at utfordringen med utskrivningsklare pasienter ikke er løst over alt, at antall reinnleggelser kan ha gått opp, at kommunale øyeblikkelig hjelp-senger mange steder ikke benyttes og at samarbeidsavtalene kanskje ikke har hatt noen særlig effekt.

Erfaringene som er delt i nettverket har gitt et bilde av at samarbeidsavtalene bør forenkles, men at avtalene og samarbeidsorganene har bidratt til et bedre samarbeid.

Utfordringer

- Det er for stort fokus på senger fremfor andre typer kommunale helse- og omsorgstjenester når det gjelder kommunens heldøgns akutttilbud som alternativ til sykehusinnleggelse. Noen ganger kan for eksempel ambulante besøk fra hjemmesykepleien være et godt alternativ til bruk av sykehus eller kommunale akutt døgntilbud.
- Det er lav utnyttelsesgrad av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser mange steder
- Fastlegene oppleves ikke å være en integrert del av helsetjenesten
- Fastlegeforskriften er ikke i tilstrekkelig grad kjent og tatt i bruk av kommunene som er ansvarlig for tjenestene
- Mange kommuner opplever at de har fått overført oppgaver og krav uten at finansieringen har stått i forhold til dette
- Etter bortfall av kommunal medfinansiering mangler det økonomiske virkemidler som stimulerer til å dempe bruken av sykehustjenester
- Det er fortsatt utskrivningsklare pasienter i norske sykehus som venter på et kommunalt tilbud og som forskyver andre pasienter
- Omsorgsbegrepet oppleves som et altomfattende og diffust begrep

Råd fra nettverket

1. Skal kommunene kunne ta ansvar for en større del av de samlede helse- og omsorgstjenestene må finansiering av tjenestene være i tråd med oppgaveoverføringen og det må etableres insentiv for at kommunene skal overta oppgaver fra sykehusene
2. Kommunale akutt-tilbud i hjemmet bør sidestilles med kommunale akutte døgnseger når kommunene nå får et lovpålagt ansvar for heldøgns akutttilbud
3. Kommuner og sykehus må i samarbeid bidra til at de kommunale akutte døgntilbudene avlaster spesialisthelsetjenesten, slik målet med disse tilbudene er
4. Kommuner og sykehus bør legge til rette for gode samarbeidsstrukturer mellom fastlegene, kommuner og helseforetak
5. Det bør utarbeides en veileder for oppfølging av fastlegeforskriften i kommunene
6. Det bør utarbeides en veileder i hvordan man kan sikre gode samarbeidsstrukturer mellom fastlegene, kommuner og helseforetak
7. Praksiskonsulentordningen bør forankres bedre i kommunene
8. Det bør vurderes å erstatte begrepet helse- og omsorgstjenester med for eksempel *helse- og velferdstjenester* eller kun *helsetjenester*

Spesialisthelsetjenesten

Nasjonal helse- og sykehusplan har søkt å legge pasientenes behov til grunn og Stortinget får i denne en tydeligere rolle i å fastsette overordnede prinsipper og ønsket utvikling. Planen legger opp til oppgavedeling, arbeid i nettverk og effektiv bruk av ressursene innen spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal sentralisere det som må sentraliseres og desentralisere det som kan. Dette vil få føringer for samhandling både internt og eksternt.

Gjennom samhandlingsreformen fikk sykehusene et nytt ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid, og det er klare forventninger til at spesialisthelsetjenesten skal bidra til at kommunehelsetjenesten skal kunne håndtere en større del av det samlede helsetjenestetilbudet.

Utfordringer

- Prioritering av tjenester, behandling og forløp på enkeltområder kan gå på bekostning av andre pasientgrupper
- Kompetansen følger ikke pasienten i tilstrekkelig grad ved utskriving fra sykehus til kommunehelsetjenesten
- Ambulant virksomhet er i liten grad finansiert
- Det er stor variasjon i behandlingstilbud, henvisningspraksis og utskrivningspraksis
- Internhenvisninger og kontroller gjør at spesialisthelsetjenesten selv rekrutterer pasienter som kunne vært hjulpet i kommunene

Råd fra nettverket

1. Arbeidet med å gi nasjonale føringer for prioriteringer bør forsterkes
2. Det må bygges opp forståelse både hos fagfolk og i befolkningen for nødvendigheten av overordnet prioritering for å bidra til realistiske forventninger til spesialisthelsetjenesten i årene som kommer
3. Spesialisthelsetjenesten må utvikle tjenester og samarbeide tettere med kommunene for å sikre rett pasient på rett sted til rett tid (egenomsorg, tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste eller tjenester på sykehus).
4. Det må etableres finansieringsordninger for ambulant virksomhet for å sikre kompetanseoverføring
5. Det bør bygges opp desentraliserte tilbud som støtter opp under de kommunale helse- og omsorgstjenestene
6. Tilgjengelige datakilder bør tas i bruk for «benchmarking» for å sikre rett prioritering ved det enkelte sykehus

Helhetlige tjenester

Gode helhetlige pasientforløp som beskriver både den kommunale delen av et forløp, forløpet i sykehus og overgangene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten vil bidra til at pasienter opplever god kvalitet og samhandling i tjenestene. Kommuner fra hele landet deltar i læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp (HPH), i regi av KS med bistand fra Kunnskapssenteret. Sykehusenes arbeid med pakkeforløp og standardiserte pasientforløp er en del av de helhetlige pasientforløpene.

Pasientenes helsetjeneste innebærer en ny og myndiggjort pasientrolle i helsevesenet, basert på at «ingen avgjørelse skal tas om meg, uten meg». All behandling av pasienten skal understøtte pasientens mestring av egen helse. Faktisk brukermedvirkning på systemnivå krever at brukerne settes i stand til å ha en reell påvirkning ut ifra et systemperspektiv og ikke kun egne erfaringer.

Utfordringer

- Brukers påvirkning på egen behandling er for lite i fokus og det er liten grad av brukermedvirkning i pasientforløpene og ellers i tjenestene
- Pasientforløp i sykehus har hatt fokus på forløpet innad i sykehuset
- Det er lite eller ingen dialog mellom de ulike brukermedvirknings-organene i kommuner og på sykehus
- Det er uklar ansvars – og oppgavefordeling på rehabiliteringsfeltet, og overføring av oppgaver har mange steder skjedd før kommunene har fått bygd tilstrekkelig kompetanse og kapasitet
- Manglende funksjonalitet på IKT er en begrensende faktor i samhandling, samtidig som at meldingsutvekslingen fungerer bra
- Samarbeidsavtalene mellom sykehus og kommuner er omfattende og lite kjent

Råd fra nettverket

1. Kommuner og sykehus bør etablere gode helhetlige pasientforløp som beskriver tjenestetilbudet både i kommunale helse- og omsorgstjenester, i sykehus og i overgangen mellom sykehus og kommune (helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem)
2. Helhetlige pasientforløp bør beskrive hvordan pasientsikkerhet, brukarmedvirkning og rehabilitering skal ivaretas
3. Det bør utvikles helhetlige pasientforløp innen psykisk helse og rus
4. Kommuner og spesialisthelsetjeneste bør samarbeide om brukarmedvirkning for å bygge «Pasientenes helsetjeneste» og ta i bruk brukerundersøkelser på tvers av nivåene
5. Ansvars- og oppgavefordelingen på rehabiliteringsfeltet må avklares, slik at veiledning sikres på systemnivå og ikke kun på individnivå
6. Det bør innføres felles IKT-systemer som letter utveksling av pasientinformasjon på tvers av nivåene. «En innbygger, en journal» må bety felles journalsystem både for kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten
7. Nasjonale myndigheter bør vurdere en forenkling av lovverket knyttet til samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, slik at godkjenningsprosedyrene er differensiert mellom overordnet avtale og tjenesteavtaler/retningslinjer
8. Kommuner og sykehus bør videreutvikle arenaene for dialog
9. Kommuner og spesialisthelsetjeneste bør ha likelydende lovkrav til gjensidig veiledningsplikt

Organisasjon, ledelse og kompetanse

Norsk helsetjeneste består av ca 230 000 årsverk hvor de ansatte skal yte tjenester til pasientenes beste. I et samhandlingsperspektiv, er det en utfordring at kommunenes helse- og omsorgstjeneste er organisert gjennom autonome kommuner, mens spesialisthelsetjenesten er organisert gjennom statlig eierskap. Dette krever god kunnskap om hverandres organisasjoner for å sikre god samhandling.

Den demografiske utviklingen betyr at både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenestene i årene som kommer må yte flere og bedre tjenester med relativt sett færre ansatte. En organisasjonskultur preget av heltidsstillinger virker positivt både i fht kvalitet, pasientsikkerhet og rekruttering. Effekten av dagens arbeidstidsordninger må vurderes og nye arbeidstidsordninger utvikles for å sikre en heltidskultur. Dette vil kreve en større innsats nasjonalt.

Utfordringer

- Prioritering av samhandling står i fare for å bli svekket når implementeringsperioden av samhandlingsreformen er slutt
- Det er store kulturforskjeller mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste
- Planlegging av tjenestene skjer i liten grad på tvers
- Siloorganisering vanskeliggjør koordinerte tjenester både internt og eksternt
- En stor andel deltidsansatte i helse- og omsorgstjenesten hemmer kontinuitet og kvalitet
- Det er manglende insitament til å jobbe i team både innad i tjenestene og mellom tjenestenivåene

Råd fra nettverket

1. Ledere på tvers av nivåene må arbeide bevisst med kultur, holdninger, kompetansebygging og rekruttering for å sikre oppfølging av målene i samhandlingsreformen
2. Det bør etableres en felles strategisk planleggingsarena mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, gjennom for eksempel et årlig strategimøte
3. Det bør innføres felles lederutvikling/lederutdanning for begge nivå
4. Gjensidig veiledningsplikt og krav til kunnskapsutveksling bør innføres, da kompetansebygging på tvers er avgjørende for videre utvikling
5. Det må iverksettes en nasjonal satsing for å etablere en heltidskultur i helse- og omsorgstjenesten – både i kommuner og sykehus

Utdanning, forskning og innovasjon

Forskningsbasert kunnskap er en forutsetning for å kunne møte sentrale utfordringer i helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer. Dette medfører at forskningskompetansen i kommunesektoren må økes, og forskning må inngå som en like naturlig del av samfunnsoppdraget til kommunene som hos spesialisthelsetjenesten. Forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester bør i større grad bli behovsdrevet og kommunene må derfor komme mer i førersetet mht hva det skal forskes på. Forskning på kommunale helse- og omsorgstjenester bør skje i regi av kommunen eller sammen med kommunen. Det bør etableres økonomiske insentiver for forskning i kommunesektoren.

Utdanningstilbudet i universitet og høyskoler må stå i samsvar med og møte utfordringene til både kommuner og helseforetak. Dette innebærer at innholdet i utdanningene må endres i takt med forventede behov i tjenestene. Det må også stimuleres til innovasjon i helsesektoren, gjennom økt kunnskap om dette i grunn- og videreutdanninger.

Utfordringer

- Mange kommuner er for små til å jobbe strategisk med utdanning, forskning og innovasjon, samtidig som det både er en forventning om og et behov for mer forskning i kommunesektoren
- Høgskolesektoren er i stor grad innrettet mot spesialisthelsetjenestens behov og i mindre grad mot kommunesektoren, og dette kan blant annet føre til at nyutdannede foretrekker spesialisthelsetjenesten
- Det er manglende samhandlingskompetanse hos fagfolk både i spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste
- Innovasjon er i stor grad rettet mot ny teknologi og i mindre grad mot effektivisering av tjenestene

Råd fra nettverket

1. Kommunene bør få ansvar for forskning og utdanning i tjenestene, tilsvarende spesialisthelsetjenestens ansvar
2. For at landets små og store kommuner skal kunne ta et slikt ansvar bør kommunene etablere regionale strukturer for forskning og utvikling som opererer i tett samarbeid med forsknings- og utdanningssektoren
3. Det bør utvikles kompetansebaser i kommunene som er knyttet til forskning og utvikling (som for eksempel DMS og lignende)
4. Innholdet i de helsefaglige utdanningene må sikre grunnleggende basiskompetanse og endres i takt med forventede behov i tjenestene
5. Utdanningssektoren må etablere videreutdanninger som er praksisrelevante, pasientnære og som har fokus på pasientforløp og samhandling
6. Nødvendig fag- og samhandlingskompetanse må sikres blant ansatte i tett samarbeid mellom tjenestene og utdanningssektoren
7. Dyktige praktikere fra kommunehelsetjenesten må inn i utdanningssektoren for å sikre kunnskapsoverføring
8. Kommuner, sykehus og utdanningsinstitusjoner må etablere arenaer der man kan utvikle utdanning og forskning i fellesskap