

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS



Overordnet samhandlingsplan

Akershus universitetssykehus og tilhørende kommuner

Overordnet samhandlingsplan for Akershus universitetssykehus og tilhørende kommuner

Innhold

1.	Innledning.....	3
1.1	Nasjonale føringer.....	3
2.	Rammebetingelser for samhandling mellom kommuner og sykehus.....	4
2.1	De demografiske utfordringene.....	4
2.2	Styringsformer og rammebetingelser.....	5
	Ahus.....	5
	Kommunene.....	6
2.3	Finansieringssystemenes betydning for samhandlingen.....	8
3	Overordnet mål for samhandlingen.....	9
3.1	Samhandling om forebyggende og helsefremmende arbeid.....	9
3.2	Samhandling for gode pasientforløp.....	9
3.3	Virkemidlene for samhandling.....	10
3.3.1	Avtalene videreutvikles med tydelig delegering til operativt nivå.....	10
4	Forankring og oppfølging av vedtatte satsingsområder.....	11
4.1	Sammenhengende tilbud psykisk helse og rus.....	12
4.2	Kommunalt øyeblikkelighjelp døgntilbud i tråd med intensjonen (KAD/ØHD).....	13
4.3	Samarbeidet med fastlegene - informasjonsutveksling.....	13
4.4	Ambulante tjenester.....	14
4.5	Reinlagte pasienter.....	14
4.6	Kompetanse.....	14
4.6.1	Innovasjon og kompetanseutvikling.....	15
5	Nødvendig endringsarbeid.....	15
6	Kvalitetsmål – brukermedvirkning – pasientens helsetjeneste.....	16
7	Effektmål.....	16
8	Handlingsplan/gjennomføring.....	16

1. Innledning

Akershus universitetssykehus (Ahus) og tilhørende kommuner har lange samhandlingstradisjoner, men med samhandlingsreformens innføring i 2012 fikk sykehus og kommuner nye føringer for samhandlingen seg i mellom. I reformen står det blant annet at «det skal lønne seg for sykehus og kommuner og spille på lag.»

Reformen sier det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner. Gode samarbeidsavtaler og samlokalisering i lokalmedisinske sentra kan bidra til det.

Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 6, forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Ahus og kommunene har inngått samtlige lovpålagte avtaler, deriblant en overordnet samarbeidsavtale. Overordnet avtale ivaretas av et administrativt samarbeidsutvalg (ASU) bestående av representanter fra sykehusets øverste ledelse og 2 rådmenn fra hver av regionene i sykehusets nedslagsfelt.

I tråd med avtalen har ASU vedtatt å utarbeide en overordnet samhandlingsplan for Ahus og kommunene i Ahus sykehusområde, også kalt partene. Planen viser nasjonale føringer som har innvirkning på samhandlingen, og partenes rammebetingelser for samhandling i form av demografi, styringsformer, virkelighet- og utfordringsbilde. Videre vil planen kort beskrive hovedtrekk ved partenes finansieringssystem som har innvirkning på samhandlingen. Med dette som bakteppe presenteres to hovedmålsettinger for samhandlingen, status for samhandlingen pr i dag og noen strategiske satsingsområder for måloppnåelse. Satsingsområder vil også være i tråd med nasjonale føringer.

Samhandlingsplanen skal være et ledelsesverktøy for å styre samhandlingen best mulig, og være et grunnlagsdokument for flere handlingsplaner.

Oppfølging og operasjonalisering av strategier innenfor satsingsområdene delegeres til helse og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (SU). SU utarbeider strategisk handlingsplan for samhandlingen mellom Ahus og tilhørende kommuner, for perioden 2017-2019 (Vedlegg 1: "Handlingsplan for samhandlingen mellom AHUS og tilhørende kommuner 2017-2019"). Handlingsplanen vil inneholde konkrete tiltak for hvert satsingsområde, med ansvar og frister for iverksetting.

Ytterligere bakgrunnsmateriale for valg av strategier og satsingsområder finnes i vedlegg 2: *Vedlegg overordnet samhandlingsplan_20160414* utarbeidet av konsulentfirma Skagerak.

1.1 Nasjonale føringer

Samhandlingsreformen står fortsatt sentralt i de føringene som påvirker samarbeidet mellom sykehuset og kommunene. I Nasjonal helse- og omsorgsplan¹ understrekes det at:

«Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles. Utredning og behandling av hyppig forekommende sykdommer og tilstander, skal desentraliseres når dette er mulig. Utredning og behandling av sjeldne sykdommer og tilstander skal sentraliseres der det er nødvendig for å sikre god kvalitet og god ressursutnytting.»

¹ Nasjonal Helse- og omsorgsplan: Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), side 7.

Med samhandlingsreformen ble det innført konkrete virkemidler for samhandlingen mellom sykehus og kommune, i form av økonomiske incitamenter og lovpålagte avtaler.

Følgende **økonomiske incitamenter** foreligger for behandling på rett nivå:

- Betaling for de døgn pasienten blir liggende utskrivningsklar i sykehuset
- Kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud (innført 01.01.2016).

Virkemidlet som lå i kommunal medfinansiering er avviklet. Hensikten med, og målet for disse økonomiske incitamentene kan tolkes som:

- Redusere liggetid for ferdigbehandlede, eldre pasienter med behov for kommunale tilbud.
- Redusere innstrøm av pasienter som kan få et kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud som alternativ til sykehusinnleggelse.

Konsekvensene av de statlige rammebetingelser for spesialisthelsetjenesten er betydelige forskyvninger i oppgaver fra sykehus til kommune.

De **lovpålagte samarbeidsavtalene** skal fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen, samt etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Samarbeidsavtalene er juridisk bindende for avtalepartene og skal revideres årlig.

De nasjonale føringene stiller krav til endringsarbeid i kommuner og sykehus relatert til pasientenes sykehus- og helse og omsorgstjenester.

2. Rammebetingelser for samhandling mellom kommuner og sykehus

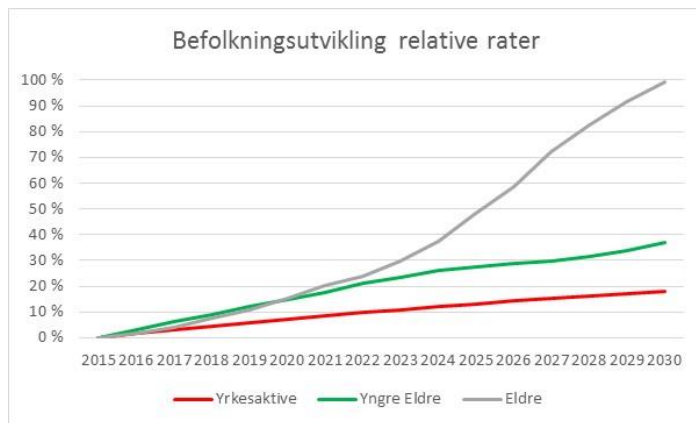
I arbeidet med planen er det lagt stor vekt på å skape økt forståelse for de ulike rammebetingelsene kommuner og sykehus har for samhandlingen. Demografien er en del av partenes rammebetingelser.

2.1 De demografiske utfordringene

Regionene i Ahus sitt sykehusområde kjennetegnes av relativt høy befolkningsvekst. Samlet sett for sykehuset har SSB beregnet veksten (middels nasjonal vekst) til å øke fra i underkant av 500 000 innbyggere i 2014 til ca. 600 000 i 2030, noe som innebærer en vekst på drøyt 20 %. Veksten er stor for yngre eldre (67-79 år, 37 % vekst) og spesielt stor for eldre over 80 år som fordobles frem til 2030. Veksten av innvandrere har de 6 siste årene vært 23 967 (52 %). Flerkulturell innvandring har utgjort nesten 39 % av dette.

Framskrivning (kilde:) viser at befolkningsveksten også vil gi en kompetanseutfordring. Veksten medfører økt press på kapasitet i alle deler av kommune- og sykehustjenesten.

Figur 1: Befolkningsutviklingen for antall eldre og antall yrkesaktive.



Figuren over viser at det blir stadig færre yrkesaktive i forhold til antall eldre i befolkningen.

Sintef kapasitetsanalysene for HSØ fra 2012 til 2030, avdekker at en rekke folkesykdommer øker mer enn befolkningsveksten. Sykdomsgrupper som forventes å stige mer enn befolkningsveksten tilsier, gjelder bl.a.:

- Hjertesykdommer
- Hjerneslag
- Kols og astma.
- Kreft

2.2 Styringsformer og rammebetingelser

Ahus og kommunene er ulikt innrettet når det gjelder styringsform og finansielle rammebetingelser. For begge parter styres dette av nasjonale føringer.

Ahus

Ahus er et helseforetak hvis virksomhet eies av staten alene, og hvor helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven er førende for drift og ansvar. Foretaket ledes av et styre og en daglig leder. Foretaket skal ha en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet. Ahus er et helseforetak i Helse Sør Øst regionale helseforetak (HSØ).

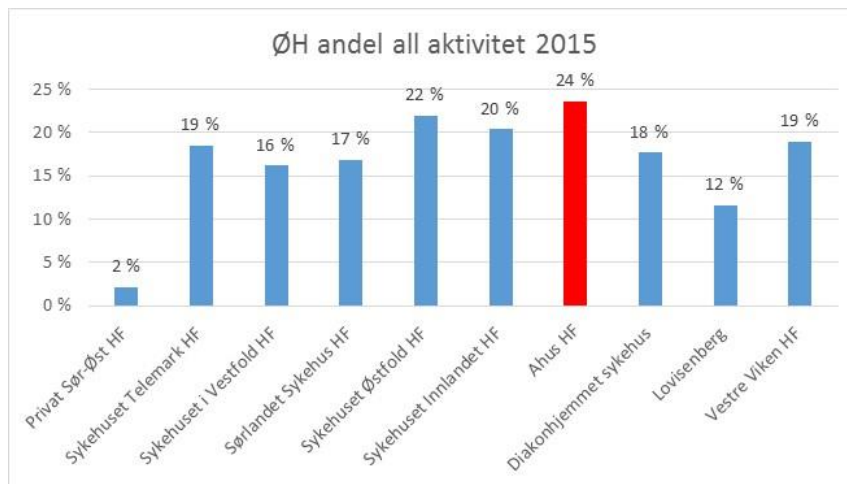
Ahus HF har en detaljert bestilling fra HSØ gjennom et oppdragsdokument (Oppdrag og bestilling 2016 Helse Sør Øst RHF). Helseforetaket har en øvre ramme på inntekter og aktivitet definert i oppdragsdokumentet. Videre har helseforetakene spesifiserte krav om aktivitet på alle omsorgsnivå. Helseforetaket har dessuten et lovmessig krav om å prioritere øyeblikkelig hjelp framfor planlagt behandling.

Aktiviteten ved sykehusene beskrives i et system med Diagnose Relaterte Grupper (DRG). DRG er et poengsystem for å beregne pris for et pasientopphold i somatikken. DRG er ikke betaling pr. døgn. Prisen er den samme om man ligger 2 eller 20 døgn, om man undersøkes mye eller lite. Langliggere kan få tillegg. DRG prøver å håndtere en kompleks virkelighet, hvor pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger. Alle pasienter kan klassifiseres ved dette systemet. I stedet for antall opphold, brukes antall DRG-poeng som aktivitetsmål. (Kilde: Helsedirektoratet.)

Helseforetakets lovmessige krav om å prioritere øyeblikkelig hjelp framfor planlagt behandling innebærer at Ahus' kapasitet prioriteres mot øyeblikkelig hjelp, og deretter planlagt behandling innenfor de rammene som er satt for aktiviteten. Ahus' kjerneoppgaver er pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring. Sykehuset har de fleste somatiske spesialiteter, og leverer spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern, rus og avhengighetsbehandling. Ahus'

utviklingsplan legger en detaljert målsetting om standardiserte behandlingsforløp og at tilbud om diagnostikk og behandling samles rundt pasienten etter sentermodellen. Målsettingen er å utvikle sammenhengende pasientforløp i og mellom kommuner og sykehus.

Figur 2: Andel aktivitet innenfor øyeblikkelig hjelp sammenliknet med andre sykehus



Sammenliknet med andre sykehus i Helse Sør Øst har Ahus:

- Høyest andel øyeblikkelig hjelp - 25 % av all aktivitet i 2015 mot 19 % for Vestre Viken HF og 16 % for Sykehuset Vestfold HF (som vist i figuren over).
- Laveste innleggelsesrater
- Høyest kapasitetsutnyttelse i HSØ.

Ahus har lavere egendekningsgrad (den andelen av pasientene fra sykehusområdet som får sin behandling ved områdesykehuset) enn de øvrige områdesykehusene i HSØ. Egendekningsgraden er spesielt lav for planlagt (elektiv) kirurgisk virksomhet. Dette settes først og fremst i sammenheng med den geografiske nærhet til Oslo universitetssykehus og andre spesialiserte sykehus i Oslo-området.

De siste årene har Akershus universitetssykehus dreid tilbudet innen psykisk helsevern over fra hovedsakelig sykehusbasert behandling til desentraliserte tilbud ved fire distriktpsikiatriske sentre (DPS), samt fra døgntilbud til dag-, polikliniske og ambulerende tilbud. Denne utviklingen er i tråd med føringene i nasjonal helse- og sykehusplan og utviklingen nasjonalt.

Kapasitet

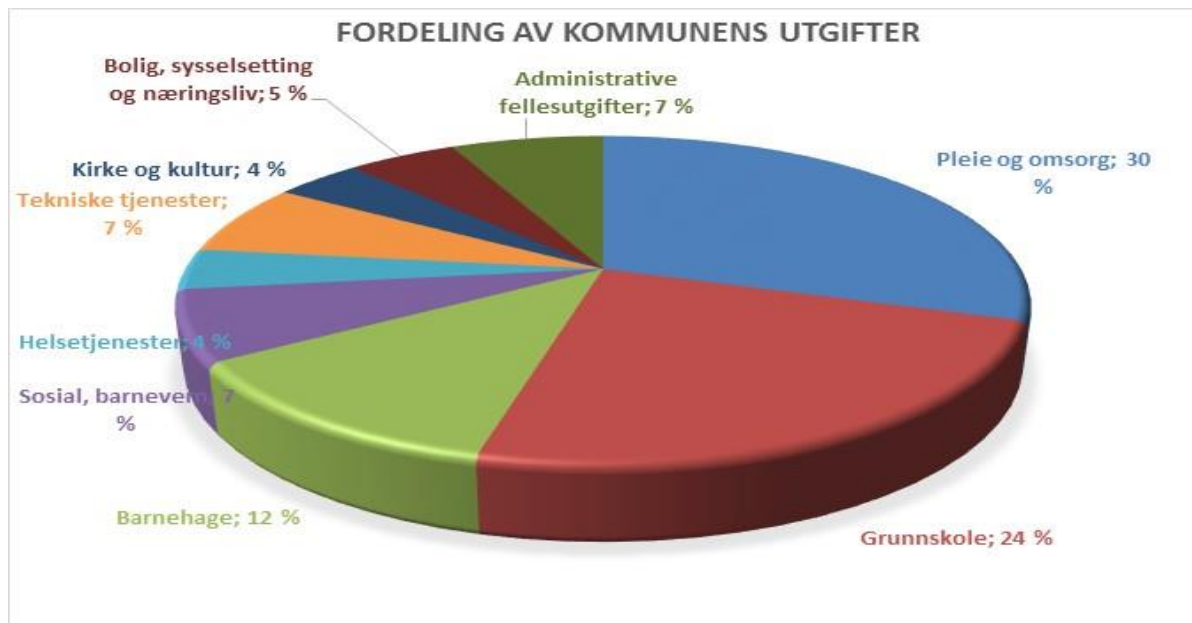
Den demografiske utviklingen som er beskrevet for regionen, vil ha avgjørende betydning for behovet for spesialisthelsetjenester i opptaksområdet. Det er ventet at befolkningsveksten i Akershus sykehusområde vil føre til ca. 30-35 prosent økning i aktivitet, forutsatt at dagens virksomhet og behov ikke endres (SINTEF, 2014). Ved framskrivning av kapasitetsbehov må det dessuten tas hensyn til driftsmessige omstillinger samt til forventet endring i virksomheten på grunn av medisinsk fagutvikling, nye IKT- og e-helse-systemer, nye samarbeidsformer, livsstilsendringer og endret brukerrolle.

Kommunene

Kommunenes oppgaver fremgår dels av kommuneloven, dels av særlovgivninger som Helse- og omsorgstjenesteloven, for øvrig har kommunen en grad av selvstyre gjennom lokale folkevalgte.

Den overordnede målsettingen med inntektssystemet i kommunene er å utjevne kommunenes økonomiske forutsetninger, slik at forholdene legges til rette for et likeverdig tjenestetilbud til innbyggerne over hele landet. Det betyr ikke at alle kommuner skal ha like inntekter, men at alle kommuner skal ha forutsetninger for å gi innbyggerne et likeverdig tjenestetilbud. I dagens inntektssystem blir ulikheter i utgiftsbehovet til de enkelte kommuner kompensert i utgangspunktet fullt ut gjennom et komplekst system av kostnadsnøkler. Når det kommer til kompensasjon for ulikheter i inntekter, er det bare en delvis utjevning av skatteinntektene gjennom inntektskompensasjonen.

Figur 3: Kommunen utgifter fordelt på ulike tjenesteområder og funksjoner.



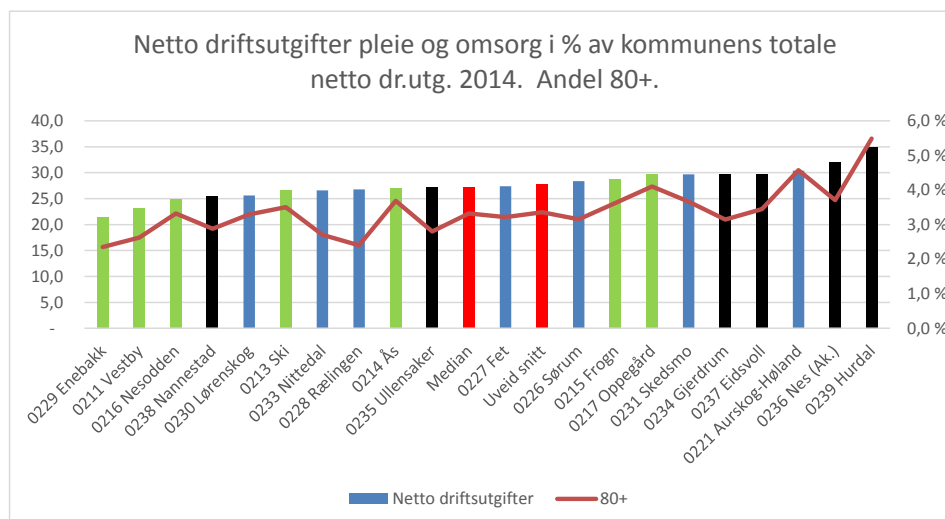
Figuren viser at helserelaterte tjenester utgjør over 1/3 del kommunenes utgiftsposter.

Relatert til Ahus har kommunene ansvar som omfatter det sykehus/fylkeskommune «ikke skal gjøre», ref. § 3-1 i helse og omsorgstjenesteloven:

«Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune».

Figur 4 på neste side viser pleie- og omsorgsutgifter i forhold til andel i befolkning 80+ år for kommunene i Ahus sitt sykehusområde. Den samme variasjonen ser vi i forhold til kommunenes prioritering av psykisk helsevern og rusomsorgen.

Figur 4: Netto driftsutgifter innen pleie og omsorg for kommunene i Ahus sitt sykehusområde



Kommunene er i økende grad styrt av individuelt rettighetsvern knyttet til områder som barnevernstjenester, funksjonshemmede og andre yngre hjemmetjenestebrukere og tilbud innen psykisk helsevern og rus- og avhengighetsbehandling.

Med veksten i eldrebefolkningen framover vil en fortsettelse av denne trenden skape et betydelig gap mellom tilgjengelige ressurser, dagens praksis og befolkningens behov.

Kommunene i Akershus har en betydelig vekst i bemanning og økt kompetanse, i motsetning til fleste andre av landets kommuner:

Kommunegruppe	Vekst i gruppen fra 2010-2014			Befolkningsvekst	
	Leger, psykologer mm	Høyskoleutdannede	Helsefag på vgs.	Totalt	80+
Nedre Romerike	175 %	32 %	14 %	7 %	10 %
Øvre Romerike	28 %	36 %	8 %	9 %	5 %
Follo	98 %	33 %	33 %	7 %	15 %

Tabellen viser at det er store ulikheter mellom regionene, og underliggende tall for tabellen viser at de minste kommunene har lavest vekst i forhold til de to høyeste kompetansegruppene. Nedre Romerike har flest leger, psykologer mv. og høyskoleutdannede i forhold til befolkning 80+.

2.3 Finansieringssystemenes betydning for samhandlingen

Sykehusene er delvis rammefinansiert og delvis aktivitetsfinansiert (innsatsstyrt finansiering ISF), mens kommunen i hovedsak er rammefinansiert. Det ligger et insitament for sykehusene å behandle flest mulig pasienter og derved også et visst press på færrest mulige liggedøyer pr. pasient. Fra kommunenes side kan de frykte at pasientene skrives for tidlig ut, og medføre økt omsorgsbyrde.

Konsekvensene av de statlige rammebetingelsene for spesialisthelsetjenesten er forskyvninger i oppgaver fra sykehus til kommune. Dette medfører reduserte inntekter til sykehuset, og en tilsvarende økning i den økonomiske rammen til kommunene. Som følge av nye tildelte oppgaver etterspør kommunene i økende grad bistand (ambulante tjenester) fra sykehuset for å utføre de nye oppgavene. I tillegg på den nye reformen innføring av betaling for utskrivningsklare pasienter som et økonomisk incitament. Betalingsplikten virker direkte inn i den daglige samhandlingen mellom sykehus og kommune.

For kommunene er det økonomisk gunstig å satse på forebyggende tiltak som i stor grad kan forhindre at innbyggerne blir pasienter. Dette er også ønskelig for Ahus for å kunne redusere presset på sykehuset, mens forebyggende tiltak ikke gir noen direkte økonomisk gevinst for sykehuset.

Det foregår arbeid rettet mot både forebyggende helsetiltak og ambulante tjenester i sykehuset, men finansieringssystemene stimulerer og fremmer ikke felles satsing og samhandling med kommunene på disse områdene.

Finansieringssystemet for fastlegene har også betydning for deres rolle i samhandlingen mellom kommunene og sykehuset. Fastlegene er selvstendig næringsdrivende med en form for stykkpris finansiering. (KS FoU R9010)

3 Overordnet mål for samhandlingen

Mål for samhandlingen:

- Samhandle om forebyggende og helsefremmende arbeid
- Gode pasientforløp

Kvalitetsmål: Brukermedvirkning - **Pasientens helsetjeneste** - hvor pasienter og pårørende er aktivt deltagende i beslutninger om egen helse og behandling.

Effekt mål:

- Reduserte øyeblikkelig hjelp innleggelser i sykehus,
- Redusert press på kommunale tjenester
- Mer fornøyde pasienter/brukere
- Økt innsats/ressursbruk på området forebygging for begge parter.

Statistiske resultater rapporteres til ASU.

Mål for samhandlingen bygger på nasjonale føringer i samhandlingsreformen om rett behandling på rett sted til rett tid, samt fokus på å forebygge framfor å reparere. I denne planen er det satt opp satsingsområder med tiltak for å nå målene om «**Samhandling om forebyggende og helsefremmende arbeid**» og «**Gode pasientforløp**».

3.1 Samhandling om forebyggende og helsefremmende arbeid

Begge parter jobber med forebyggende og helsefremmende arbeid pr idag, men har et potensiale for å videreutvikle samarbeid på dette området til det beste for befolkningen.

Med økt fokus på helsefremmende arbeid innenfor hvert av de prioriterte satsingsområder vil partene i fellesskap kunne bidra til den nytenkning og innovasjon på dette området, som forventes av sentrale myndigheter.

I det videre arbeidet med tiltak og implementering har SU ansvar å løfte frem spesielt hvilke potensiale for forebygging og helsefremming som finnes innenfor hvert av satsingsområdene. Alle fagforumene skal vurdere forebyggende og helsefremmende muligheter innen sitt delavtaleområde.

3.2 Samhandling for gode pasientforløp

Tiltakene for gode pasientforløp innebærer blant annet at det jobbes for en samhandling som gir bedre koordinering i pasientens behandlingsforløp og forhindrer fragmenterte tjenester. Samhandlingsarbeidet mellom partene er basert på et partssammensatt arbeid på alle nivåer, fra

ASU og til og med arbeidet med våre felles pasienter og pårørende. Avgjørelser vedrørende samhandling fattes i henhold til ansvar/fullmakter og konsensusprinsippet

Som beskrevet under nasjonale føringer (kap 1.1) skal de lovpålagte samarbeidsavtalene fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Planen presenterer hvordan avtalene kan være et virkemiddel for måloppnåelse.

3.3 Virkemidlene for samhandling

Samarbeidsavtalene som verktøy og virkemiddel for samhandling, skal bidra til en tydeliggjøring av ansvar- og oppgavefordeling mellom partene. Både kommuner og sykehus har understreket betydningen av gode avtaler. Statens Helsetilsyn har vurdert samarbeidsavtalene og påpeker:

«Samarbeidsavtaler og retningslinjer vil være en sentral del av styringssystemet for å sikre samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten»

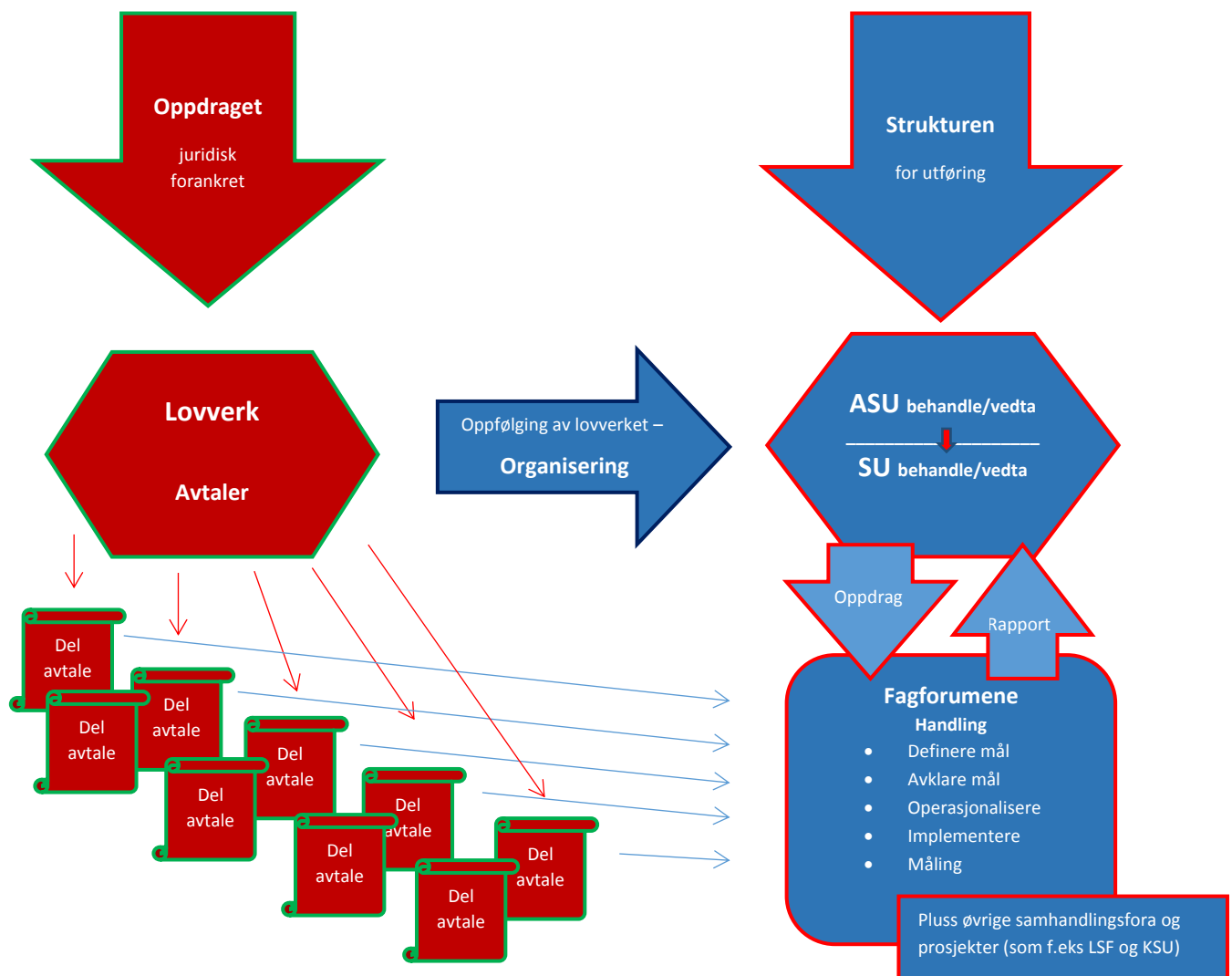
- Bruke lovpålagte samarbeidsavtaler som virkemiddel for samhandlingen
 - Videreutvikle avtalene med tydelig delegering (fra ASU – SU – fagforum/*KSU/LSF)
- Partene støtter det endringsarbeid som er nødvendig for god samhandling
- Partene skal jobbe systematisk med innovasjon og kompetanseutvikling for å realisere målene.

(* KSU = klinisk samarbeidsutvalg, LSF = ledersamarbeidsforum psykisk helse og rus voksne og barn)

3.3.1 Avtalene videreutvikles med tydelig delegering til operativt nivå/fagmiljøene

Ahus og kommunene har 10 samarbeidsavtaler. Overordnet samarbeidsavtale (for ASU) regulerer det generelle samarbeidet mellom partene, mens de øvrige delavtalene er på områder loven foreskriver. Ansvarlige for arbeidet med den enkelte avtale er SU. For å sikre operasjonalisering og revidering av avtalene, vedtok ASU i mai 2015 at SU skulle opprette ett fagforum for hvert av samarbeidsområdene som defineres i avtalene mellom sykehus og kommunene. Hvert fagforum arbeider relatert til *en* delavtale, og jobber for å utvikle samarbeidet innenfor avtalens fagområde. Fagforumene skal være selvstendige arbeidsgrupper som utfører sitt arbeid på oppdrag fra SU og rapporterer til dem årlig. Alle fagforumene skal ha representanter fra regionene og sykehuset med relevant faglig bakgrunn for forumets samarbeidsområde. Strategien er å bygge videre på det beste i eksisterende avtaler, og videreutvikle avtalene med delegasjonsmuligheter til fagmiljøene i sykehus og kommuner. Avtalene følges opp på operativt nivå, som fokuserer på ansvar og resultat. Dette innebærer en tydelig delegering fra ASU via SU til operativt nivå.

Figur 5: Samhandlingsstruktur for Ahus og tilhørende kommune tilknyttet fagforum og samarbeidsavtalene



Kommuner og sykehus identifiserer og tilfører ressurser fra relevante fagmiljøer. Fagmiljøene gis delegerte fullmakter innenfor den enkelte av partenes ressursrammer og skal rapportere til SU på utvalgte parametere. Overordnet rapportering fra SU til ASU på prioriterte områder.

For å bidra til god rapportering på utvalgte parametere har ASU og Direktørmøte mellom Ahus og bydelene besluttet etablering av et felles statistikkforum. Forumet skal bidra til at partene får tilgang til løpende statistikk og oversikter av betydning for samhandlingen.

4 Forankring og oppfølging av vedtatte satsingsområder

Ahus og kommunene har som beskrevet tidligere i planen rammebetingelser som påvirker samhandlingen, og som legger føringer for hvordan partene i felleskap kan utvikle de gode pasientforløpene. Under utarbeidelsen av samhandlingsplanen har partene gjennomgått relevant statistikk og analyser som grunnlagsmateriale (se vedlegg 2: Vedlegg overordnet samhandlingsplan_20160414). Ut fra rammebetingelsene og gjennomgang av grunnlagsmaterialet

har ASU pekt ut noen satsingsområder for prioritert oppmerksomhet i planperioden. (ASU vedtak av 17.12.2015, sak 26/15). Punktene under beskriver kort de utpekte satsingsområdene. Øvrig bakgrunnsmateriale med utfordringer og anbefalte tiltak foreligger i vedlegg 1: «Bakgrunnsmateriale for overordnet samhandlingsplan, med strategisk handlingsplan for samhandlingen mellom Ahus og tilhørende kommuner, 2017-2019». SU er ansvarlig for utarbeidelse av handlingsplanen.

Faglige satsingsområder:

- Psykisk helse og rus
- Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KAD/ØHD)
- Samarbeidet med fastlegene
- Ambulante tjenester
- Reinnleggelser
- Gjensidig kompetanseoverføring

4.1 Sammenhengende tilbud psykisk helse og rus

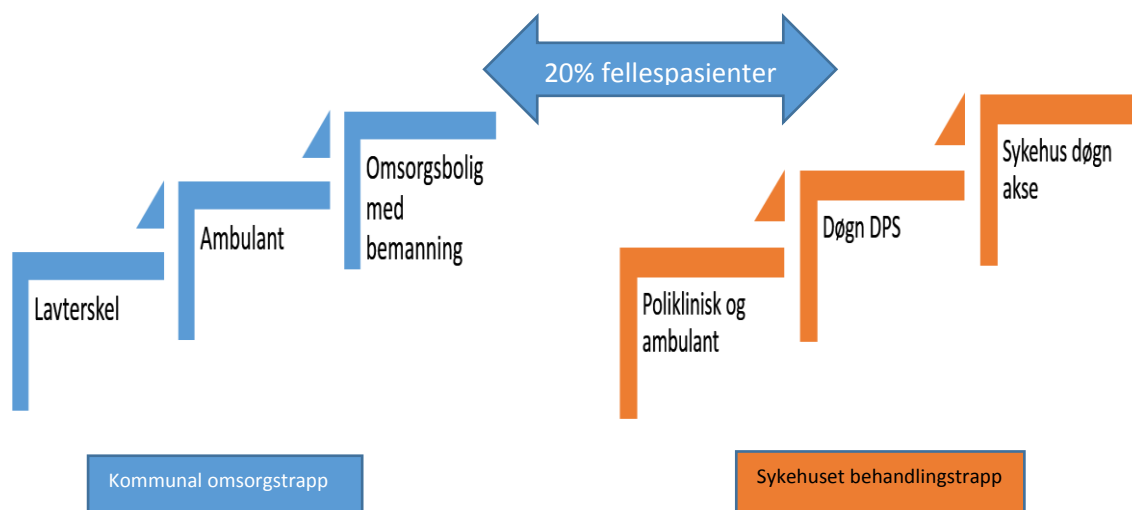
I Stortingsmelding 26: Fremtidens primærhelsetjeneste – Nærhet og helhet kapittel 22, «Tjenester til personer med psykisk helse- og rusproblemer», understrekes det at kommunene har ansvar for å tilby nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle pasientgrupper, også personer med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer.

Tilsvarende fremkommer Ahus sitt ansvar i St meld 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), hvor det fremgår at «Regjeringen vil prioritere behandlingstilbudet til mennesker med psykiske helseutfordringer og rusavhengighet», og at disse «brukerne skal oppleve helsetjenesten som én tjeneste på tvers av fagområdene».

Det er store forskjeller på kommunenes prioritering av rus og psykisk helse området. Kommunene som prioriterer feltet lavt (Kostra netto driftsutgifter til personer med rusproblemer) forbruker mer tjenester i spesialisthelsetjenesten. En undersøkelse fra Ahus og Skedsmo viser at ca. 21 % av pasientene og brukerne i pasientforløp rus og psykisk helse, er felles. Undersøkelsen viste at spesialisthelsetjenesten behandler noe mer enn 3 ganger flere pasienter, enn rus og psykisk helsetjenester i kommunen. Videre viste undersøkelsen at det er betydelig større samhandling mellom kommune og DPS, enn mellom kommunen og sykehuset forøvrig.

Figuren på neste side viser innholdet i behandlingsnivåene/trappa i kommune og sykehus, men det fremgår ingen sammenheng mellom forløp eller behandlingstrinn mellom partene.

Figur 6: Pasientforløp for psykisk helse og rusbehandling i kommunen og sykehuset



Det er pr i dag ikke god nok sammenheng i behandlingsforløpene for de 20 % av pasientgruppen som partene samhandler om. Usammenhengende behandlingsforløp er en av flere utfordringer tilknyttet samhandlingen mellom sykehus og kommune relatert til personer med psykiske lidelser eller rusproblemer.

Det er utarbeidet anbefalinger fra Helsedirektoratet for å bedre forholdene, ut fra erfaringer fra tiltak som virker.

4.2 Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i tråd med intensjonen (KAD/ØHD)

KAD eller ØHD er opprettet med intensjon om å bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelses i spesialisthelsetjenesten. Oppgaver overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene som skal ivareta pasienter som tidligere ville blitt lagt inn akutt i sykehus.

En analyse av kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud² viser at innføring av KAD/ØHD har hatt effekt, men også at effektene varierer med hvordan KAD/ØHD-ene er organisert. Tilbudene som har vist effekt på antall innleggelses er samlokalisert med legevakt og har god legeberedskap. KAD/ØHD som har annen organiseringen enn dette har i gjennomsnitt ingen effekt av etableringen av tilbudet, men det er store variasjoner på kommunenivå.

Flertallet av Ahus' kommuner har organisert tilbudet etter mest effekt modell, men tilbudet er nytt og har fungert i kort tid for de fleste av kommunene i sykehusområdet. Øvrige anbefalte tiltak vil bli prøvd ut og effekter vil bli rapportert med bistand fra statistikkforum.

4.3 Samarbeidet med fastlegene - informasjonsutveksling

Fastlegene har en nøkkelrolle når det gjelder samhandlingen om pasientene. Det er legene som beslutter om pasienten skal henvises til sykehuset, og det er legene som følger opp den medisinske behandling for alle pasienter som skrives ut fra sykehus med behov for dette. 10 % av alle pasienter(konsultasjoner) som tas hånd om av fastlege/primærlege henvises videre til spesialisthelsetjeneste, noe som tilsvarer ca. 1,9 millioner henvisninger per år for landet.

² Jayson Swanson, Nina Alexandersen og Terje P. Hagen Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, 2016

Dette viser at fastlegene, som er lokalisert i kommunen, er en betydelig samhandlingspart for spesialisthelsetjenesten. Det er viktig å etablere et mer helhetlig samarbeid mellom sykehuset og kommunen om fastlegenes praktisering av samhandlingen.

Statlige tilsyn har vist at områder med potensiale for forbedring er blant annet henvisningspraksis, oversikt over legemiddellister før og etter sykehusopphold og epikriser.

Et anbefalt tiltak som har vist bedring er økt bruk av elektronisk meldeordning for kommunikasjon mellom fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten. E-meldingen kan redusere sårbarheten ved informasjonsoverføring. Gjeldende retningslinjer for kvalitetssikring av pasientforløpsavtalen løfter fokus på rutiner for inn- og utskriving og betydningen av kvaliteten på dokumentasjonen som følger pasienten begge veier. Arbeidet med å implementere retningslinjen med de virkemidlene som følger av denne, må prioriteres av kommunene og sykehuset.

4.4 Ambulante tjenester

De ambulante tjenestene sykehuset tilbyr er omfattende, og fra kartlegging i kommunene beskrevet som det tilbudet som best støtter samhandlingen mellom sykehus og kommune. Det er viktig å se disse teamene i lys av de lave innleggelsesratene sykehuset har. Det er sannsynlig at disse teamene bidrar til de lave innleggelsestallene.

For Ahus er det merutgifter knyttet til ambulante tjenester. Dette har ført til ulike løsninger. Noen av de ambulante tilbudene dekkes ved "spleiseordninger" mellom sykehus og kommuner, og noe av den ønskede ambulante tjenesten prioriteres ned på grunn av mangel på finansiering. I Nasjonal helse – og sykehusplan fremkommer det forventning en om at spesialisthelsetjenesten skal ha ambulante tjenester for å bidra til å lage pasientens helsetjeneste. Det er rettet henvendelse til sykehuseier for å bedre de finansielle løsningene.

Videre bør Ahus og kommunene sammen kartlegge hvilke ambulante tjenester fra sykehuset det er behov for, og hvordan disse kan drives og finansieres. Målet må være at ambulant virksomhet kan bidra til bedre tjenester for pasienten. De bør bidra til kompetanseutveksling og godt samarbeid, for å hindre unødig innleggelse og sikre god oppfølging av den enkelte pasient etter utskriving.

4.5 Reinlagte pasienter

En reinnlagt pasient er en pasient som legges inn som øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskriving. Statistikken fra Ahus (februar-desember 2015) viser at 7,4 % av pasientene som skrives ut fra sykehus reinnlegges. Dette tilsier i antall 2956 pasienter. Reinnleggelse er kostbart, HelseDirektoratet opererer med nasjonale kostnader på > 2 milliarder kr/år. Pasienter med hyppige reinnleggelser har økende liggetid på sykehus og økende behov for pleie- og omsorgstjenester i kommunene.

Kommuner og sykehus har betydelig muligheter for å identifisere risikogrupper ut fra prediktiv adferd, og igangsette forebyggende tiltak systematisk. Fagområder med høyt fokus på forebygging viser at det er mulig å redusere 80 % av reinnleggelsene gjennom samhandlingsstrategier. Det er en rekke eksempler på at ambulante tilbud i høy grad kan reduserer reinnleggelser for utvalgte pasienter, eks. kols-pasienter der det kan vises til reduksjoner i innleggelser med 40-70%.

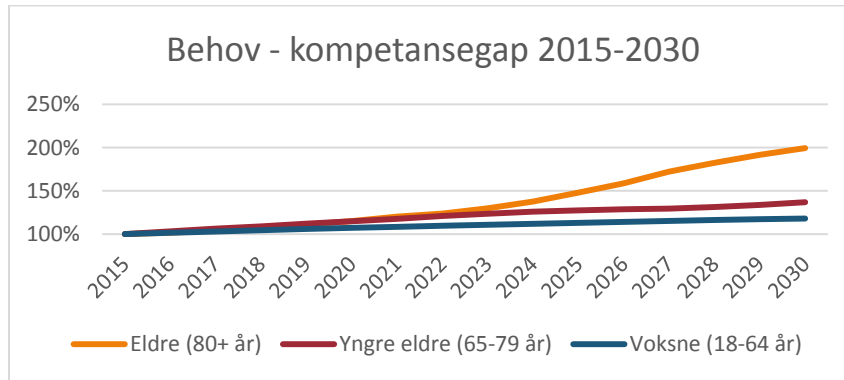
4.6 Kompetanse

Kommuner og sykehus er alle kompetansebedrifter. Det vil si at de er avhengige av å ha riktig kompetanse, det må være et visst volum av kompetansen.

NAV påviser at både kommuner og sykehus i Akershus mangler sykepleiere og legespesialister. Samtidig utdannes det 45% færre helsefagarbeidere i dag enn i 2007.

Framskrivningene under viser at den eldre del av befolkningen øker i langt sterkere grad enn den yrkesaktive delen av befolkningen og at denne økningen slår til for fullt for kommunene etter 2022.

Figur 7: Framskrivningsmodell for befolkningsveksten i antall eldre sammenlignet med veksten i antall yrkesaktive



Den yrkesaktive delen av befolkningen vil gå fra 4,14 yrkesaktive pr 80+ i 2015 til bare 3,23 yrkesaktive pr 80+ i 2030 i Ahus sykehusområde. Både sykehusene³ og kommunene⁴ har utviklet framskrivningsmodeller for bemanning og kompetanse. Modellene viser at behovet, om vi ikke korrigerer for standarder, er minst dobbelt så stort som befolkningsøkningen i yrkesaktiv alder. Utviklingen forutsetter betydelige effektiviseringer i forhold til dagens løsninger. Om utviklingen slår til innebærer dette at stort sett all vekst i sysselsettingen i framtiden skal styres mot offentlig sektor spesielt sykehus/helse og velferd i kommunene.

Utviklingen tilsier betydelig fokus på samhandling, riktig bruk av kompetanse og at framtiden vil bli preget av betydelige effektiviseringer. Videre forventes endringer i kompetansesammensetning og nye tiltak i forhold til arbeidstidsordninger og arbeidsrettsområdet. Nye teknologiske løsninger vil komme, og ha stor betydning for kompetansebehov og organisering av tjenester.

4.6.1 Innovasjon og kompetanseutvikling

Utvikling av ny teknologi vil kunne påvirke måten å arbeide og samhandle på fundamentalt. Særlig vil den økende bruk av pasientrettet og enkel teknologi kunne endre bruk av helse- og omsorgstjenester. Internasjonalt anvendes teknologi for å endre behov for f.eks. kontrollkonsultasjoner. EU har igangsatt omfattende forskningsprosjekt innen dette området.

Hvor raskt ny teknologi innføres vil blant annet være avhengig av den kompetansen som arbeidsstyrken innehar, og den viljen aktørene selv har til å ta i bruk de mulighetene som ligger i teknologien. For helseområdet påpeker Sintef at mulighetene er svært store, men det vil stille krav til kompetanseutvikling hos de ansatte for å kunne ta ut potensialet.

5 Nødvendig endringsarbeid

Samhandling via nye samarbeidsarenaer som blant annet fagforum, innebærer et planlagt og systematisk endringsarbeid hos begge parter, med forebygging og gode pasientforløp som

³ Nasjonal bemanningsmodell, Helse Vest 2015.

⁴ Helsmod SSB 2015 analyse

overordnet mål. Endringsarbeidet må være forankret i ledelsen hos partene, og vil kunne utfordre eksisterende kulturer og handlingsmønstre.

6 Kvalitetsmål – brukermedvirkning – pasientens helsetjeneste

Brukermedvirkning reguleres ulike steder i sosial- og helselovgivningen. Definisjon på bruker/pasientmedvirkning:

«De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud». (*Stortingsmelding nr. 34-1996-97*).

Målet er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Det er kun brukeren som opplever hele tjenesteforløpet og som kan gi nyttig informasjon om hva som bør forbedres og på hvilke måter. For å utvikle og forbedre tjenestene i tråd med det brukeren opplever som kvalitet, er vi derfor avhengige av å involvere brukerne i disse aktivitetene.

Både sykehuset og flere kommuner i sykehusområdet deltar i det nasjonale prosjektet «Hva er viktig for deg?». Prosjektet setter bruker og pasient i sentrum, der tjenestene skal tilpasse seg det som er viktig for brukerne. Målet er å gjøre dem i stand til å greie seg mest mulig selv, og utvikle tjenester som er helsefremmende og tar utgangspunkt i brukernes perspektiv.

7 Effektmål

For å få en bekreftelse på om iverksatte tiltak gir ønsket effekt, skal samhandlingsutvalgene rapportere til SU og ASU på indikatorer som er relevante for gode pasientforløp og forebyggende og helsefremmende arbeid. Et viktig arbeid i denne sammenheng vil være oppfølgingen av retningslinjen for kvalitetssikring av pasientforløpsavtalen. En annen indikator for at forebyggende og helsefremmende tiltak har effekt kan være redusert innleggelse i Ahus via akuttaksen. Nyopprettet statistikkforum vil kunne fungere som et redskap for å hente ut tall på indikatorene som forteller om tiltakene gir ønsket effekt. SU vil ha ansvaret for å etterspørre relevante indikatorer for rapportering innen hvert av satsingsområdene.

8 Handlingsplan/gjennomføring

Utarbeidelse og oppfølging av strategier og tiltak for hvert av satsingsområdene delegeres til helse og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (SU). Konkrete tiltak for hvert satsingsområde, med ansvar og frister for iverksetting utarbeides av SU, og oppsummeres kort i en handlingsplan i tabellform. For alle tiltakene skal det utarbeides indikatorer for måloppnåelse relatert til gode pasientforløp og forebyggende arbeid.

En forutsetning for effekt av tiltakene i handlingsplanen er at de innarbeides i berørte parters virksomhetsplaner og konkretiseres i egne tiltaksplaner.

Vedlegg til overordnet samhandlingsplan for Akershus universitetssykehus og tilhørende kommuner:

- 1) *"Handlingsplan for samhandlingen mellom AHUS og tilhørende kommuner 2017-2019"*
- 2) «Vedlegg overordnet samhandlingsplan_20160414» utarbeidet av konsulentfirma Skagerak.