

Innkalling til møte i HelseDirektoratets sektorråd

Fredag 30. november 2018 kl 10-14.30

Rom 400, HelseDirektoratet, Vitaminveien 4 (Storo), Oslo

Saksliste:

Sak 04/2018 Samhandling – hvordan kan HelseDirektoratet bidra?

Sak 05/2018 Oppfølging av tidligere saker

Sak 06/2018 Eventuelt

Deltakere:

HelseDirektoratet	HelseDirektør Bjørn Guldvog Vara: Assisterende direktør Olav Valen Slåttebrekk
Helse Sør-øst RHF	Administrerende direktør Cathrine M Lofthus Vara: Direktør for medisin og helsefag Jan Frich
Helse Vest RHF	Administrerende direktør Herlof Nilssen Vara: Fagdirektør Baard-Christian Schem
Helse Midt RHF	Administrerende direktør Stig A Slørdahl Vara: Direktør helsefag Henrik A Sandbu
Helse Nord RHF	Administrerende direktør Lars Vorland Vara: Direktør Kristian Fanghol
KS	Administrerende direktør Lasse Hansen Vara: Direktør interessepolitikk Helge Eide
KS	Konstituert rådmann Nina Tangnæs Grønvold, Fredrikstad kommune
KS	Programleder/prosjekt rådmann Camilla Dunsæd, Nye Kristiansand kommune
KS	Kommunaldirektør helse og velferd Helge Garåsen, Trondheim kommune
Den norske legeforening	President Marit Hermansen Vara: Visepresident Christer Mjåset
Norsk sykepleierforbund	Forbundsleder Eli Gunhild By Vara: Nestleder Solveig Kopperstad Bratseth

Fagforbundet	Forbundsleder Mette Nord Vara: Leder helse og sosial Iren Mari Luther
Helsedirektoratets Brukerråd	Leder Camilla Lyngen (leder i Unge funksjonshemmede) Vara: Generalsekretær Synne Lerhol, Unge funksjonshemmede
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)	Generalsekretær Lilly Ann Elvestad Vara: Fagpolitisk leder Berit Therese Larsen
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Generalsekretær Lisbet Rugtvedt Vara: Fagsjef Tone Poulsson Torgersen
Rådet for psykisk helse	Generalsekretær Tove Gundersen Vara: Seniorrådgiver Hege Helene Bakke
Folkehelseinstituttet	Direktør Camilla Stoltenberg Vara: Områdedirektør Trygve Ottersen
Direktoratet for e-helse	Direktør Christine Bergland Vara: Juridisk direktør Birgitte Jensen Egset

I tillegg møter Helsedirektoratets direktør for virksomhetsstyring, Nina Aulie, som leder for Sektorrådets sekretariat.

Saksframlegg – Samhandling – hvordan kan Helsedirektoratet bidra?

Sektorrådets møte 30. november 2018

Møtesaksnummer: 04/2018

Innledning

I det første møtet i Helsedirektoratets sektorråd forhørte vi oss om hvilke problemstillinger rådsmedlemmene ønsker å drøfte. Temaet "samhandling" fikk klart størst tilslutning. Dette er ikke et entydig definert begrep, men temaet er sentralt for hvordan hele helse- og omsorgstjenesten fungerer.

Alle sider av helsetjenesten er i større og mindre grad avhengig av samhandling. Vi har ikke som ambisjon å dekke alt, men har valgt ut ett hovedområde vi mener har særskilte og erkjente utfordringer knyttet til samhandling. Dette er temaet "overganger i pasientforløp", forstått som overganger mellom tjenester og mellom forvaltningsnivåer. Vi ønsker å se hvordan ulike virkemidler spiller inn på de gode overgangene og å innrette virkemidlene for mest effekt ut av dem, i tillegg til å se overgangen så har vi spesielt valgt å se nærmere på fagområdet psykisk helse og rus for å utdype samhandlingsutfordringene og virkemiddelbruken innenfor ett av helsetjenestens fagområder.

Målet med denne drøftingen er dels å etablere en felles forståelse av utfordringsbildet, deretter å komme frem til mulige tiltak som Helsedirektoratet kan jobbe videre med for å tilrettelegge for styrket samhandling i sektoren. Vi ønsker at Sektorrådet sammen med oss skal:

- a) vurdere eksisterende tiltak og virkemidler med behov for forbedringer og
- b) vurdere nye tiltak.

Bakgrunn

Samhandling dreier seg om langt mer enn samhandlingsreformen, men vi finner det likevel naturlig å ta utgangspunkt i denne og det arbeidet som har vært gjort i tilknytning til reformen. Reformen (jf. St. meld. Nr. 47 2008-2009¹) ble iverksatt 1. januar 2012. Bærekraft for helsetjenesten var et overordnet mål, og en større del av helsetjenesten skulle ytes av kommunehelsetjenesten, slik at veksten i bruk av spesialisthelsetjenester ble dempet. Hovedutfordringene i helse- og omsorgstjenestene ble oppsummert slik:

- Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok.
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Når "samhandling" fortsatt utropes til en stor utfordring for sektoren, tyder det på at en ikke i tilstrekkelig grad opplever at disse hovedutfordringene er løst. Den politiske interessen for samhandling er i ferd med å komme tilbake ^{2,3}.

For å se om vi kan snevre inn hvilke utfordringer som er viktigst, tar vi utgangspunkt i noen vurderinger utført av andre enn oss selv.

Evalueringer av samhandlingsreformen og samhandling

Vi presenterer nedenfor kort Riksrevisjonens, Forskningsrådets og Helsetilsynets funn ved gjennomgang av samhandlingsreformens effekter.

Riksrevisjonen

Riksrevisjonen har gjennomført en forvaltningsrevisjon av samhandlingsreformen (Dokument 3:5 2015-2016)⁴. Riksrevisjonens undersøkelse viste at sentrale forutsetninger for å nå målene i samhandlingsreformen, bedre ressursutnyttelse og bedre kvalitet på helsetjenestene, ikke var på plass. Riksrevisjonens funn var:

- Kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet på sykehus.
- Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene.
- Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen.
- Samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok.
- Innenfor rus- og psykiatriområdet er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføring av samhandlingsreformen.

Riksrevisjonen anbefalte å vurdere hvordan bruken av øyeblikkelig hjelp-tilbudet kan bli mer i tråd med intensjonene, både med hensyn til belegg og målgruppe. I tillegg anbefalte Riksrevisjonen å øke kunnskapen om kvaliteten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste og vurdere tiltak som forbedrer samarbeidet mellom sykehusene og kommunen, og tiltak som styrker kompetansen i kommunehelsetjenesten. På området psykisk helsevern og rusomsorg anbefalte Riksrevisjonen å vurdere tiltak som sikrer at denne pasientgruppen får et egnet tilbud, og vurdere om oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er tilstrekkelig klargjort for denne pasientgruppen.

Forskningsrådet

Norges forskningsråd har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utført en større følgeevaluering (2012-2015) av samhandlingsreformen⁵. På overordnet nivå ble det i sluttrapporten konkludert med at kommuner og helseforetak, i hovedsak lojalt har fulgt opp intensjonene i samhandlingsreformen og søkt å realisere dem. Helsesektoren er dermed i noen grad blitt desentralisert. Det har foregått en klar utvikling i retning av noen av målene som lå til grunn for reformen, som reduksjon i liggetid i spesialisthelsetjenesten, bedring av akutt/øyeblikkelig hjelp-tilbudet, økt oppmerksomhet om folkehelsearbeid og forebyggende innsats i kommunene, og

² <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=73544>

³ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/10/30/vil-oppdatere-samhandlingsreformen/>

⁴ <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/documents/2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>

⁵ <https://www.forskningsradet.no/prognostikk-evasam/Forside/1253972204829>

forsterket og potensielt mer fleksibel samhandling mellom helseforetak og kommuner. I følge evalueringen er det derimot usikkert om reformen har gitt merkbar uttelling med hensyn til helhetlige pasientforløp. Det pekes på en rekke konkrete tiltak for å følge opp samhandlingsreformen, blant annet disse fire områdene:

- Samarbeidsavtalene mellom kommuner og foretak.
- Fastlegens rolle og plass i reformen.
- Hensynet til pasient-brukermedvirkning for å skape mer helhetlige pasientforløp.
- Bedre utnyttelse av digital teknologi i pasientkonsultasjoner.

Helsetilsynet

Helsedirektoratet har også bedt Helsetilsynet om å gi en status på området "Samhandling", og har mottatt deres tilbakemelding i form av deres vurdering og gjennomgang av ulike tilsyn⁶. I sin konklusjon skriver de at "I vårt arbeid har vi erfart at det er kommunikasjons- og samhandlingsutfordringer i overgangene mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det kan også være overganger mellom tjenester i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten; på ulike områder og ulike nivå. Risikoområder kan eksempelvis være kommunikasjon, koordinering, ansvarsfordeling og avklaring."

I 2015 hadde Helsetilsynet et landsomfattende tilsyn, "Samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen". I sitt sammendrag skriver de at "Overføring av informasjon mellom sykehus og kommune var det området hvor fylkesmennene fant flest lovbrudd og forbedringsområder. Dette handlet dels om måten informasjon ble oversendt på, men også om mangler ved innholdet, eksempelvis om pasientens helsetilstand, funksjonsvurdering og legemiddelinformasjon. Når vesentlig pasientinformasjon mangler eller er ufullstendig, kan det få alvorlige konsekvenser for den pasientbehandlingen kommunen skal yte."

Det er i tillegg flere tilsynssaker mot enkeltpersonell og virksomheter hvor samhandling har vært omtalt og vurdert i perioden 2015 fram til i dag. Fylkesmennene har også mange eksempler på saker hvor samhandling/samarbeid har vært omtalt, men der sakene er avsluttet/ferdigbehandlet uten at de har blitt sendt videre til Helsetilsynet.

Status

Den generelle utviklingen

Utfordringsbildet for helsetilstanden i Norge og mange andre vestlige land, dreier mot sykdommer vi lever med. Ikke-dødelig helsetap utgjør 52 % av sykdomsbyrden målt i helsetapsjusterte leveår. Spesielt muskel- og skjelettsykdommer, psykiske lidelser og ruslidelser er viktige. De siste ti årene har sykdomsbyrden sunket for mange tilstander som medfører tapte leveår, men ikke for tilstander som gir ikke-dødelig helsetap.

For sykdommer vi lever med, har bistand fra helsetjenesten stor betydning. På tross av at vi lever lenger og blir friskere, bruker vi stadig flere helsetjenester. Fra 2013 til 2017 økte befolkningen totalt med knapt 4 prosent, mens pasienter i somatiske sykehus økte med 8 prosent og mottakere av helsetjenester i hjemmet økte med 12 prosent⁷. Veksten i bruk av psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og fastlege var også større enn befolkningsveksten. En av årsakene til økt bruk av helsetjenester i Norge de senere årene, er økt andel eldre i befolkningen. De demografiske

⁶ Sendt til Helsedirektoratet i e-post 22. oktober 2018

⁷ Noe av økningen i mottakere av helsetjenester i hjemmet kan skyldes endret definisjon

endringene og alderssammensetningen varierer mellom kommuner. I små kommuner utgjør eldre over 67 år ca. 20 prosent av befolkningen, mot ca. 12 prosent i større kommuner.

Med forventet demografisk utvikling vil presset på styrking av samhandling øke.

Store utfordringer innen samhandling

Begrepet samhandling kan sannsynligvis gi ulike assosiasjoner for ulike aktører i sektorrådet. Vi vil rette oppmerksomheten mot **overganger i helsetjenesten**. God pasientflyt er viktig både for at "brukeren" av helsetjenesten skal føle seg ivaretatt og for å sikre riktig behandling og oppfølging til riktig tid. Problemstillingen og virkemiddelbruken blir noe utdypet på området **psykisk helse og rus**. Vi ønsker Sektorrådets innspill på hvilke tiltak og virkemidler dere mener vil være til størst nytte for å skape bedring og utvikling i riktig retning.

Gjennomgangene fra Forskningsrådet, Riksrevisjonen og Helsetilsynet gir alle uttrykk for at det er rom for forbedringer. Deres undersøkelser er i stor grad basert på innsamlet data fra perioden før 2016. Er deres hovedkonklusjoner gyldige gitt dagens situasjon?

En overordnet problemstilling er knyttet til i hvilken grad vellykket samhandling kan oppnås ved hjelp av de virkemidlene som allerede eksisterer, ved at disse benyttes bedre. Vil forbedret bruk, forsterket dialog og ledelsesoppfølging knyttet til dagens lovverk og virkemidler være tilstrekkelig eller er det behov for et sett av nye virkemidler og eventuelt større endringer knyttet til finansiering, lovverk og organisering?

- Bruker kommuner og helseforetak de eksisterende mekanismene for samhandling på en god, likeverdig og effektiv måte?

Overganger mellom tjenester og mellom forvaltningsnivåer

De organisatoriske og finansielle strukturene som helsevesenet er bygget på, kan skape barrierer for effektive behandlingsforløp av god kvalitet. Pasientgrupper med behov for helhetlige og sammenhengende tjenester på tvers av strukturene kan være særlig sårbare for svakheter i helse- og omsorgstjenesten. Eldre og personer med kroniske sykdommer er spesielt utsatt.

Antall liggedager for utskrivningsklare pasienter, definert som pasienter som er ferdig behandlet på sykehus, men som har behov for et kommunalt tjenestetilbud etter utskrivning, gjøres som et mål på om overgangen til kommunene fungerer. Foreløpige tall for 2018 indikerer en betydelig vekst i liggedager for utskrivningsklare pasienter i 2018 på 15-16 prosent. I 2017 var veksten om lag 30%. Det er stor variasjon mellom helseforetakene. Veksten i liggedager for utskrivningsklare pasienter skyldes ikke at hver pasient ligger lengre på sykehus, men skyldes at flere pasienter registreres som utskrivningsklare. Dette kan på den ene siden forstås som at informasjonsutvekslingen mellom sykehus og kommuner om pasientene har økt, men kan også forstås som en innskjerping av praksis på hva kommunene skal betale for⁸.

Liggetiden på sykehus før pasientene meldes utskrivningsklar har blitt betydelig redusert. I 2012 lå utskrivningsklare pasienter i gjennomsnitt 8,8 dager på sykehus før de ble meldt utskrivningsklare, mens tilsvarende i 1. tertial 2018 var 7,4 dager.

Akutte reinnleggelser på sykehus kan være en stor belastning. Det er store variasjoner i graden av reinnleggelser, men slike variasjoner kan skyldes både dårlig behandling og god behandling med tilbud om åpen retur. Reinnleggelser er derfor ikke et entydig mål for kvalitet.

⁸ Analysenotat 5/2018 Samdata kommune

Hva er det som svikter i overgangene?

Når målet om rett behandling til rett tid ikke nås, er det ofte i overgangene det svikter. Faktorer som mangelfull informasjon og kommunikasjon går igjen. Det kan være snakk om informasjon til pasient og pårørende for å sikre gode brukeropplevelser, men også kritisk informasjon mellom tjenesteytere knyttet til den medisinske oppfølgingen. Kritiske faktorer er svikt når det gjelder henvisninger, epikriser og legemiddelinformasjon.

I noen tilfeller tilbys ikke den behandlingen som er forespeilet og anbefalt fordi tjenestetilbudet ikke er tilgjengelig. Dette kan skyldes manglende kapasitet eller kompetanse hos de som er forutsatt å tilby tjenesten.

Jo flere ulike aktører og tjenesteytere som er knyttet til et pasientforløp, jo større utfordringer. Deler av tjenestene er lite integrert. I en kommune involveres gjerne flere avtalespesialister og fastlegen i et forløp, i tillegg til kommunens egne tjenester. Undersøkelser viser at det er en utfordring for kommunene å integrere fastlegen i den øvrige helse- og omsorgstjenesten, og benytte de nødvendige virkemidler for å få til dette⁹. Det kan være en utfordring å lykkes med samlet ledelse for de ulike tjenestene i kommunen. På samme tid er det overført mange nye oppgaver til kommunene, også oppgaver som det forutsettes at fastleger og private aktører er involvert i. Også innenfor spesialisthelsetjenesten kan det oppstå samordningsutfordringer knyttet til at flere ulike aktører er involvert. I noen tilfeller innehas svak kunnskap om hvordan terrenget ser ut i de kommunene pasientene skrives ut til.

Hva er utfordringer for å få til gode overganger?

- Det er utfordrende å få til dialog på tvers, grunnet ulik tilgjengelighet (arbeidstid, vakter, vikarer) og samhandlingsverktøy (deling av data, sikre kommunikasjonsløsninger)
- Det er utfordrende å få til kompetanseoverføring
- Det er vanskelig å samkjøre behov for ressurser, slik som standby kapasitet, personell, sengeplasser (hvem skal ut når nye kommer inn?)
- Det foregår lite systematisk avvikshåndtering i fellesskap

Har vi de rette virkemidlene?

Da Samhandlingsreformen ble iverksatt kom det også endringer i lovverk¹⁰. Ny folkehelselov og endringer i spesialisthelsetjenesteloven inneholder bestemmelser som pålegger regionale helseforetak og kommuner plikt til å legge til rette for samhandling og samarbeid som er nødvendig for å yte forsvarlige tjenester til befolkningen. Helse- og omsorgstjenesteloven innførte også en ny plikt til å inngå **samarbeidsavtaler** mellom regionale helseforetak/helseforetak og kommuner. Lovpålagte samarbeidsavtaler er et viktig verktøy i gjennomføringen av samhandlingsreformen. Lovens §6 gir bestemmelser om disse samarbeidsavtalene og hva de som et minimum skal regulere (11 obligatoriske avtalepunkter). Det er ikke noe i veien for å inngå mer detaljerte og omfattende avtaler enn det som er lovens minimum. Avtalepartene skal årlig gjennomgå avtalene. I §6-6 åpnes det for at departementet kan pålegge samarbeid mellom kommuner når det anses påkrevd for en forsvarlig løsning av oppgaver innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste, herunder gi bestemmelser om hvilke oppgaver det skal samarbeides om og fordeling av utgifter.

⁹ Rapport "Kommunal legetjeneste – kan den ledes?". Agenda Kaupang 2016.

¹⁰ Lovverk er tilgjengelig på www.lovdata.no

I forkant av at de første avtalene skulle inngås i 2012, utarbeidet Helse- og omsorgsdepartementet en veileder som skulle gjøre det enklere å utforme avtaler mellom partene¹¹.

Deloitte har, på oppdrag fra KS, gjennomført en undersøkelse i 2014 for å kartlegge hvordan samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak fungerer. Det er undersøkt hvorvidt intensjonene og forpliktelsene i avtalene etterleves. Undersøkelsen viser at avtaleverket oppleves som omfattende og at det er store variasjoner når det gjelder hvorvidt avtalenes innhold er kjent, både i kommunen og i helseforetaket. Funnene tyder på at områder som er konkretisert og tydeliggjort i avtalene, i hovedsak etterleves. Derimot er det tegn på at områder med uklare eller utilstrekkelige beskrivelser av oppgave- og ansvarsfordeling i avtalene, kan være til hinder for etterlevelse. På områder der ansvars- og oppgavefordelingen er uklar preges avtalene av vage og runde formuleringer. Særlig gjelder dette innenfor rehabilitering, psykisk helse og rus. Selv om avtaler oppleves som et nødvendig verktøy, er de ikke tilstrekkelige for at intensjonene og forpliktelsene etterleves. Strukturelle og prosessuelle forhold er av stor betydning, både for avtalenes utforming og etterlevelse¹².

Det er ikke formelle krav til hvordan helseforetakene og kommunene skal drøfte samhandling. Ulike **samhandlingsarenaer** er etablert, men det er variasjoner i hvem som deltar og hva som drøftes. Det er eksempelvis ulikt i hvilken grad Fylkesmannen deltar.

Også når det gjelder samarbeid på strategisk nivå, knyttet til felles planlegging av hvordan partene best kan utnytte den samlede kapasitet og kompetanse, er det få steder dette er systematisert.

- *Bør ansvars- og arbeidsfordeling tydeliggjøres i samhandlingsavtalene?*
- *Er det behov for en ny veileder?*
- *Bør det komme krav om at det skal etableres samhandlingsarenaer rundt hvert helseforetak, eventuelt med krav til å drøfte kvalitetsavvik på samhandlingsområdet?*
- *Har man tilstrekkelig grad av strategisk samhandling og planlegging mellom aktørene som i fellesskap skal levere tjenester når det gjelder spørsmål som utnyttelse av kapasitet, ressurser og personell?*

Flere av Helsedirektoratets **retningslinjer og pakkeforløp** sier noe om hvem som har ansvar på ulike punkter av pasientforløpet og praktiske tips om henvisningsrutiner.

- *Er de faglige anbefalinger og råd som kommer fra Helsedirektoratet i tilstrekkelig grad rettet mot overgangene i sektoren?*
- *Er det tilstrekkelig kunnskap i sektoren om hva som er god samhandlingspraksis eller bør det utarbeides tydeligere faglige råd på dette området?*

Det er viktig at de **økonomiske virkemidlene** støtter opp under koordinerte pasientforløp og pasientens behov for et helhetlig tilbud. I dag finansieres ulike deler av helsetjenesten på ulike måter og fra ulike kilder.

Presiseringer i ISF-regelverket for 2017 gjør det tydeligere at RHF og kommuner kan samarbeide om gjennomføring av spesialisthelsetjenester uten at dette medfører reduksjon av aktivitetsbasert finansiering for disse tjenestene. Det finnes også en egen rapport om dette¹³. Dette løser imidlertid

¹¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb/id661886/>

¹² Rapport "Bruk av samarbeidsavtaler i et utvalg kommuner og helseforetak – en kvalitativ studie av erfaringer med avtalene". Deloitte 2014.

¹³ [ISF for spesialisthelsetjenester utført av kommunale aktører. Svar på oppdrag i tildelingsbrev for 2016. Referanse: 16/40261](#)

ikke utfordringen med at partene samlet sett mister aktivitetsbasert finansiering dersom de gjennomfører tiltak innenfor rammen av kommunale helse- og omsorgstjenester, noe som gjør behovet for spesialisthelsetjenester mindre eller overflødig.

Som del av samhandlingsreformen ble kommunal medfinansiering innført. Noe av hensikten var å gi kommunene insentiv til å utvikle alternative tilbud til sykehusbehandling. Forskningsrådet skrev i sin evaluering at "Noen styringseffekt av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester er ikke påvist". Ordningen ble senere avvirket. Det betyr at betaling for utskrivningsklare pasienter er eneste gjenværende av de store finansieringsgrepene som skulle fremme samhandling i reformen.

Bruk av tilskudd kan være et insentiv til samhandlingstiltak. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordninger med budsjett på 16 milliarder kroner. Av de rundt 160 ordningene er det få som går spesifikt på "samhandling". Det finnes ordninger for å styrke kompetanse eller stimulere tilbud i kommunene for å legge grunnlag for et bedre samarbeid med helseforetaket.

- *Er det økonomiske virkemidler som er til hinder for samhandling?*
- *Er det behov for å innføre andre finansieringsmodeller for å oppnå bedre samhandling?*
- *Bidrar kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter til smidigere pasientoverganger? Er det eventuelt andre virkemidler som kunne fungert bedre?*
- *Har dere forslag til tiltak som ville lette samhandling og overganger, som med fordel kunne understøttes av økonomiske virkemiddel?*
- *Er informasjon om tilskuddsordningene og mulighetene godt nok kjent? Hvordan kan de eventuelt forbedres? Kan det tenkes andre tilskuddsordninger?*

Den kommunale **veiledningsplikten** ble innført fra 1. januar 2018. Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger nå personell i helse- og omsorgstjenesten å gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver. Plikten tilsvarer i all hovedsak den veiledningsplikten som spesialisthelsetjenesteloven pålegger personell i den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

- *Er det andre former for regulering som kunne lettet kompetanse- og informasjonsutveksling mellom tjenester og nivåer?*

IKT-verktøy kan være viktig for å fremme samhandling. Eksempelvis vil samhandling i team rundt og med pasient forutsette behandlingsplaner og oppfølgingsplaner som kan deles av flere, og at en bruker felles kodeverk og terminologi for felles strukturert dokumentasjon.

Bruk av IKT er sentral del av løsningen for nye arbeidsformer som prøves ut, både Primærhelseteam, Oppfølgingsteam og gjennomføring av arbeidet med pakkeforløp. Det er også relevant for utvikling av selvbetjeningsløsninger og digitale innbyggertjenester der pasient og pårørende selv er med på å gi informasjon, sikre at korrekte opplysninger er registrert og får kunnskap om oppfølging og behandling. Digitalisering og bruk av IKT er anerkjent som viktig virkemiddel for å bedre forløp, kapasitet, samhandling og pasientmedvirkning. Feltet utvikles med stor tyngde, utfordringen ligger i kompleks ledelse av mange interessenter og aktører, samt kapitalkravet.

Dagens digitale samhandlingsmønstre er basert på 3 hovedmønstre. Det er (1) meldingsutveksling, hvor en aktør sender informasjon slik at den som mottar meldingen kan utføre tjenesten, (2) dokumentdeling, hvor man får tilgang til å lese slik som i prosjekt hvor man får tilgang til egen journal, og til slutt (3) sentralisert datalager, hvor man samler informasjon man ønsker å dele slik som i kritisk info i kjernejournal.

God digital samhandling består likevel minst like mye av andre faktorer som må være på plass, slik som prosess, organisasjon, ledelse, kultur, helsefaglig standardisering etc.

- *Hvordan sikrer vi at data som deles er av god nok kvalitet?*
- *Er hensynet til samhandling mellom ulike aktører godt nok integrert i de lokale og nasjonale digitale satsingene?*

Fra 2016 fikk kommunene plikt til å sørge for **kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (ØHD)**. Det er en målsetting at tilbudet skal avlaste innleggelser i sykehuset, særlig for øyeblikkelig hjelp-innleggelser uten behov for operasjon. Videre har også innføringen av ØHD som hensikt å gi pasientene bedre behandling og tilby tjenester nærmere hjemmet. Riksrevisjonen pekte på at ordningen ikke ble benyttet etter intensjonen.

Aktiviteten i ØHD-enhetene har gradvis økt fra år til år, og i 2017 ble det rapportert inn 34 662 opphold og 96 591 estimerte liggedager. I perioden 2013-17 var det en tilsvarende nedgang på omtrent 100 000 liggedøgn for øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten. Det er likevel ikke mulig å konkludere med at ØHD-tilbudet er en direkte årsak til nedgangen i liggedager for øyeblikkelig hjelp på sykehus.

I 2017 kom 87 prosent av innleggelsene i ØHD fra hjemmet, 7 prosent fra spesialisthelsetjenesten og kun 15 prosent ble skrevet ut til spesialisthelsetjenesten. Disse andelene har holdt seg stabile siden 2012-13. At kun 15 prosent av pasientenes sendes videre til spesialisthelsetjenesten, kan bety at omfanget av innleggelser i spesialisthelsetjenesten reduseres som følge av det kommunale ØHD-tilbudet.

Med tanke på å sikre god utnyttelse av tilgjengelige ressurser, er det viktig at kapasitetsutnyttelsen ved det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp er god nok. Tidligere analyser har vist at beleggprosenten har vært lav ved flere ØHD-enheter, og dette har bidratt til å stille spørsmål om sykehusene kunne ha utnyttet ressursene bedre.

- *På hvilken måte kan Helsedirektoratet bidra til hensiktsmessig bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (ØHD)?*

Som utgangspunkt for kunnskapsbasert dialog, oppfølging og planlegging har aktørene behov for nødvendig **styringsinformasjon**. Norsk pasientregister (NPR) inneholder informasjon om behandling i spesialisthelsetjenesten for hele landets befolkning. Etablering av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) betyr at informasjon om behandling hos primærlege og øvrige førstelinjetjenester også blir samlet i et nasjonalt register. Bruk av fødselsnummer gjør det mulig å koble data mellom tjenestenivåene.

Gode kvalitetsindikatorer gir informasjon om helsetjenestenes kvalitet og er/kan være en viktig del av forbedringsarbeidet i helsetjenesten. Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten.

Utvikling og variasjon i bruk av kommunale helsetjenester har vært fulgt gjennom prosjektet SAMDATA Kommune siden 2016. SAMDATA-prosjektene og systemet for nasjonale kvalitetsindikatorer er godt etablert. Bedre forståelse av utfordringer knyttet til systemer og prosesser for pasienter med behov for tjenester på ulike nivå vil imidlertid kreve forløpsanalyser, dvs. analyser hvor data både fra spesialisthelsetjenesten og fra de kommunale tjenestene inngår. Etableringen av KPR vil i løpet av kort tid (våren 2019) kunne gjøre det mulig å følge pasienter med kroniske sykdommer, utskrivningsklare pasienter og andre pasienter med behov for helhetlige

tjenester etter utskrivning for å se hvilken oppfølging de får. Dette gir også nye muligheter for å utvikle kvalitetsindikatorer som måler kvalitet i overganger mellom tjenestenivåene.

- Er det samhandlingsrelevant styringsinformasjon aktørene har behov for som ikke er tilgjengelig i dag?
- *Hvilke parametere er det viktigst å få på plass slik at registerdataene får bidratt med informasjon om overganger som kilde til forbedringsarbeid?*
- *Er det nye nasjonale kvalitetsindikatorer som kan være relevante for å følge utviklingen av samhandling og som kan gi informasjon om de vanskelige overgangene?*

Psykisk helse og rus

Psykiske plager og lidelser utgjør en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge. Prioritering av psykisk helse og rus er et sentralt helsepolitisk mål. Helse- og omsorgsdepartementet har iverksatt flere tiltak for at arbeidet skal prioriteres i spesialisthelsetjenestene og kommunene, herunder innføring av det gylne regel som innebærer at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en høyere årlig vekst enn somatikken. Til tross for dette er det indikasjoner på at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten fortsatt ikke er god nok og at kommunen ikke har styrket tjenestetilbudet innen psykisk helse og rus i tråd med samhandlingsreformen og i takt med nedbyggingen av spesialisthelsetjenesten. Undersøkelser peker på manglende klargjøring av oppgave- og ansvarsfordeling, at samarbeidet rundt enkeltpasienter ikke alltid fungerer like godt og at kunnskapsgrunnet på fagområdet ikke er godt nok.

Hva er utfordringer innen psykisk helse og rus?

- Mange pasienter med behov for oppfølging av psykiske lidelser eller rusproblematikk, trenger også oppfølging av somatiske tilstander.
- Pasientene her har ofte langvarige behov for koordinerte tjenester fra til dels andre tjenesteytere enn pasienter som utelukkende har somatisk sykdom.
- Behovene til disse pasientene går ofte på tvers av den tradisjonelle organiseringen av helse- og omsorgssektoren.

Har vi de rette virkemidlene?

Det finnes nasjonale **faglige retningslinjer** på ulike deler av psykisk helse og rus-området. Flere av disse tar inn i seg at det er ansvar fordelt på flere aktører og beskriver både ansvarsdeling og overganger. Fra 1. januar 2019 trer også flere **pakkeforløp** i kraft innenfor området psykisk helse og rus. Eksempler er "Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)" og "Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge".

Polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB er omfattet av aktivitetsbasert finansiering (ISF). Helsedirektoratet har ulike typer **tilskuddsordninger** som er relevante inne psykisk helse og rus. Det gis støtte til for eksempel støtte til ACT og FACT¹⁴-team, mens "Rask psykisk helsehjelp" og "Psykologer i kommunene" er andre eksempler. Evalueringer har vist at disse ordningene har gitt gode resultater.

- *Er det andre tiltak spesielt innrettet for målgruppen psykisk helse og rus som ved hjelp av tilskudd ville bidratt til bedre samhandling?*

¹⁴ ACT, assertive community treatment, en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer. Teamene er tverrfaglig sammensatt. FACT er en tilpasning av ACT-modellen.

- *Er det andre økonomiske virkemidler som kunne stimulere til økt samhandling?*

Det finnes flere måter en kan gjøre endringer i **finansieringsordningene** for å understøtte integrerte tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivåene. Tilpasning av spesialisthelsetjenestens aktivitetsbaserte finansieringsmodell slik at integrerte tjenester hensyntas på en spesifikk måte, er en tilnærming som kan tenkes benyttet i større grad for tjenester innenfor området psykisk helse og rus. Den forløpsbaserte modellen for oppfølging av pasienter gjennom ACT-team og lignende ambulante oppsøkende team, er et eksempel. Den aktivitetsbaserte finansieringen er beregnet ut fra spesialisthelsetjenestens gjennomsnittlige ressursinnsats, og det er kun spesialisthelsetjenesten som mottar finansiering basert på modellen. Men det er integrasjon av tjenestetilbudet i samarbeid med kommunen som utløser finansieringen. Således øker insentivene i spesialisthelsetjenesten til å inngå i slikt arbeid. Det er innenfor dagens rammeverk mulig å utvide dette konseptet også til andre typer tjenester, herunder teambaserte løsninger.

En del av arbeidet med å **øke kompetansen** er å tilrettelegge for møteplasser for erfaringsutveksling og samhandling. Høsten 2017 opprettet Helsedirektoratet, i samarbeid med Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, "Forum for fag- og kompetanseutvikling i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid". Forumet er både en lyttepost og en arena for dialog og erfarings- og kunnskapsutveksling mellom representanter fra kompetansesentrene, kommunene, bruker- og pårørendeorganisasjoner, Fylkesmannen, Folkehelseinstituttet og direktoratene.

Helsedirektoratet har som oppgave å **følge med** på utviklingen innenfor sitt ansvarsområde. Det gjøres ved å fremskaffe statistikk og data, samt utvikling av måleinstrumenter som indikatorer, initiering av evalueringer og innhenting av kunnskap, inklusive oversikt over gode modellforsøk og resultater fra tilsyn. Kunnskapsgrunnlaget, som skal danne grunnlag for direktoratets forvaltning og faglig normering, har også potensial til å identifisere områder med behov for kompetansehevede tiltak.

- *Hvilket format er mest hensiktsmessig for at de data og erfaringer Helsedirektoratet samler inn også kan nyttiggjøres til kompetanseheving i sektoren? Og hvordan skal vi best mulig få introdusert den økte kompetansen inn i videre tjenesteutvikling?*

Deling av informasjon og journalopplysninger mellom psykisk helsevern og somatikk er ikke alltid like godt tilrettelagt. Det utfordrer kommunikasjon om pasienter i en av de brukergruppene som sannsynligvis er mest avhengig av tett samhandling mellom et bredt spekter av aktører. Helsedirektoratet jobber for at digitalisering skal legge til rette for bedre kommunikasjon.

- *Vurderer sektorrådet dagens forhold knyttet til deling av informasjon til hinder for samhandling på riktig nivå?*

En siste oppfordring

Vi har nå presentert noe av det som Helsedirektoratet ser på som utfordringer og noen av de sentrale virkemidlene på området og virkemidler vi har til rådighet. I møtet vil temaet bli utdypet noe mer fra direktoratets side.

Vi oppfordrer Sektorrådets medlemmer til å gi innspill på hvilke virkemidler/tiltak som bør prioriteres for at Helsedirektoratet i størst grad skal kunne hjelpe sektoren med å få til bedre samhandling.

Saksframlegg – Oppfølging av tidligere saker

Sektorrådets møte 30. november 2018
Møtesaksnummer: 05/2018
Vedlegg: Tilbakemelding på sak om normerende produkter

1. Referat fra møtet 8. juni 2018

Referat fra møte i Helsedirektoratets sektorråd 8. juni 2018 ble sendt ut 29. juni 2018, og godkjent per e-post 20. august 2018.

Referatet sendes ikke ut på nytt, men kan lese på <https://helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/helsedirektoratets-sektorrad>.

2. Oversikt prioriterte temaer for fremtidig drøfting i rådet

I møtet 8. juni ble det etterspurt hvilke temaer og problemstillinger rådsmedlemmene mente ville være mest nyttig å drøfte i Helsedirektoratets sektorråd. Med bakgrunn i forslag og avkryssninger på omdelte ark foretok sekretariatet en opptelling.

Temaene samhandling, personell/kompetanse, uønsket variasjon, nye arbeidsmåter i primærhelsetjenesten og prioritering i helsetjenesten fikk alle svært god oppslutning.

Temaene fastlegeordningen, kvalitetsindikatorarbeidet, rehabilitering, digitalisering og folkesykdommer (NCD) fikk også tilslutning fra flere av medlemmene.

Denne oversikten vil ligge til grunn når dagsorden besluttet. Det er likevel ingen ting i veien for at medlemmene i rådet kan komme med forslag til saker de ønsker å sette på dagsorden i rådet, gjerne også mer konkrete, avgrensede problemstillinger knyttet til de allerede foreslåtte temaene.

3. Arbeid med oppfølging av sak om Helsedirektoratets normerende produkter (behandlet juni 2018)

I juni behandlet Helsedirektoratets sektorråd saken "Trenger vi Helsedirektoratets normerende produkter?". Vedlagt følger en foreløpig redegjørelse for hvordan Helsedirektoratet følger opp rådene fra Sektorrådet, og hvordan det arbeides videre på dette området.

Orientering til Sektorrådet som oppfølging av drøftingen i sak 02/2018 fra møte 8. juni 2018 – "Trenger vi HelseDirektoratets normerende produkter?"

Her redegjøres kort for fokus for direktoratets arbeid med normerende produkter. Dette som en oppfølging på drøftingen på sak 02/2018 fra forrige møte.

Færre og mindre produkter og tilrettelegging for løpende oppdateringer

I forbindelse med innføring av ny digital innholdsplattform, skal det over en periode gjøres en "generaloppdydding" slik at alle produkter blir å finne på strukturert digitalt format. Alle PDF-publikasjoner publisert før 2014 skal gjennomgå med tanke på utfasing. Innhold fra slik eldre produkter som fortsatt er aktuelt og relevant, skal vurderes for revidering og inkludering i nye digitale produkter.

Kortere retningslinjer med færre anbefalinger

Ny digital innholdsplattform innebærer også at det innføres en ny publiseringsløsning på helseDirektoratet.no. Her vil søkefunksjonene bli vesentlig forbedret i forhold til dagens løsning. Selv om alt nå etter hvert digitaliseres, vil det fortsatt være slik at alle publikasjoner kan skrives ut.

Retningslinjer som prioriteringsmekanisme

HelseDirektoratet erkjenner prioriteringsmekanismen som ligger i hva vi adresserer i nasjonale faglige retningslinjer. Derfor er det viktig å ha en systematisk og transparent vurdering av tema og problemstillinger der disse vurderingene også inkluderer prioriteringskriteriene. Vi forsøker å gjøre det i dag og ønsker å bli enda klarere og mer eksplisitt på dette i fortsettelsen. HelseDirektoratets systematiske vurdering av behov for retningslinjer opp mot gitte kriterier vil måtte skje innenfor den totale kapasiteten og oppgavemengden direktoratet har. Oppdrag fra HOD beslaglegger en stor andel av ressursene. Vi ønsker å få til et årlig møte med fremlegg for kommune, brukerne og spesialisthelsetjenesten for å diskutere fagområder og problemstillinger relevante for nasjonale faglige retningslinjer.

Oversettelse av utenlandske retningslinjer

Nyere internasjonale retningslinjer fra anerkjente institusjoner vil bestandig være første kilde til dokumentasjon når vi reviderer eller lager nye retningslinjer. Dette gjelder særlig fremskaffelse av det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget. I de fleste tilfeller vil det likevel være nødvendig å ha en egen prosess på utformingen av anbefalingene. Lokal kontekst vil kunne medføre at fagmiljøer og pasienter i Norge gjøre andre vurderinger og legger andre hensyn til grunn. En slik prosess vil også sikre forankring og implementering.

Normering på overgangene i helsetjenesten, inklusive overgangen fra barn til voksen

Dette er notert som et perspektiv vi i større grad bør få med i våre retningslinjer.

Normerende produkter må erstattes med et annet begrep

Dette er et godt poeng. Vi søker et nytt begrep som favner alle retningslinjer, veiledere, pakkeforløp og faglige råd. Det skal for øvrig opplyses at selv om noen produkter er forankret i lov, så har ikke

våre normerende produkter ulik juridisk status. Ingen av våre anbefalinger er rettslig bindende, uansett i hvilket produkt de står, men de angir god og forsvarlig praksis. Hvis direktoratet sier "vi anbefaler at..." Så er det en sterk anbefaling, uansett i hvilket produkt anbefalingen står. Sier vi "man kan..." eller "vi foreslår..." så er det tilsvarende en svak anbefaling.

Økt fokus på implementering

Implementering av retningslinjer, veiledere og pakkeforløp er en utfordring. Spesielt når direktoratet her kun har et "legge-til-rette-for" ansvar. Forhold som typisk vil støtte en god implementering er knyttet til digitalisering der innholdet vårt blir tilgjengelig i helsepersonellens arbeidsflater. Omfanget, både i antall produkter og antall anbefalinger innen ett produkt, bør også gå ned slik at vi adresserer de få og særskilt viktige problemstillingene.

I fortsettelsen skal vi bli bedre til å følge med på hva som skjer i tjenestene og med pasientene når vi publiserer nye retningslinjer. For særlig kritiske anbefalinger vil vi knytte eksplisitte koblinger til indikatorer og andre data slik at vi kan følge med utviklingen og gjøre systematiske evalueringer som kan gi grunnlag for feedback til tjenestene og oss selv. Videre vil vi søke å forsterke implementering av slike anbefalinger gjennom å støtte opp med tilgrensende virkemidler som for eksempel tilskudd, kampanjer, og lignende. Dvs. at vi i større grad vil tilstrebe en koordinering og samling av de virkemidlene direktoratet har til rådighet.

Saksframlegg – Eventuelt

Sektorrådets møte 30. november 2018

Møtesaksnummer: 06/2018

Neste møte i HelseDirektoratets sektorråd

Torsdag 11. april kl. 10 – 14.30