

Møtereferat

Møte i Helsedirektoratets sektorråd 30. november 2018
Helsedirektoratets lokaler, møterom 400, Vitaminveien 4, Oslo
Deltakere: Leder: Helsedirektør Bjørn Guldvog, Helsedirektoratet Forbundsleder Eli Gunhild By, Norsk sykepleierforbund Prosjektleder/ fremtidig rådmann Camilla Dunsæd, Kristiansand kommune (KS) Direktør Christine Bergland, Direktoratet for e-helse Direktør medisin og helsefag Jan Frich, Helse Sør-øst RHF Kommunaldirektør helse og velferd Helge Garåsen, Trondheim kommune (KS) Fungerende rådmann Nina Tangnæs Grønvold, Fredrikstad kommune (KS) Generalsekretær Tove Gundersen, Rådet for psykisk helse Administrerende direktør Lasse Hansen, KS President Marit Hermansen, Den norske legeförening Generalsekretær Lilly Ann Elvestad, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) Forbundsleder Mette Nord, Fagforbundet Administrerende direktør Stig A Slørdahl, Helse Midt RHF Områdedirektør Trygve Ottersen, Folkehelseinstituttet Fagsjef Tone Poulsson Torgersen, Nasjonalföreningen for folkehelsen President Tor Levin Hofgaard, Norsk Psykologforening
Forfall/ikke representert: Helse Nord RHF v/ adm dir Lars Vorland Helsedirektoratets brukerråd v/ leder Camilla Lyngen Helse Vest v/ adm dir Herlof Nilssen
Fra sekretariatet i Helsedirektoratet: Direktør virksomhetsstyring Nina Aulie Seniorrådgiver Nina Bachke Seniorrådgiver Tove Ringerike
Saksliste: Sak 04/2018: Samhandling – hvordan kan Helsedirektoratet bidra? Sak 05/2018: Oppfølging av tidligere saker Sak 06/2018: Eventuelt

Sak 04/2018 Samhandling – hvordan kan Helsedirektoratet bidra?

Som bakgrunn for diskusjonen ble det lagt fram følgende presentasjoner:

- "Samhandling status" – Marte Gerhardsen, divisjonsdirektør analyse og samfunn
- "Samhandling sett fra Folkehelseinstituttet" – Trygve Ottersen, områdedirektør FHI

- "Samhandling sett fra Direktoratet for e-helse" – Christine Bergland, direktør Direktoratet for e-helse
- "Tiltak og virkemidler" – Bjørn Guldvog, helsedirektør

Drøftingen av saken ble delt i to. I første omgang ble det bedt om rådsmedlemmenes vurdering av saksunderlaget og deres syn på de mer overordnede utfordringene. Hensikten med en slik runde var å se i hvilken grad det i rådet finnes en omforent oppfatning av hva som er de største utfordringene når det gjelder samhandling i helse- og omsorgstjenesten, samt hvordan medlemmene vurderer situasjonen opp mot intensjonen i samhandlingsreformen.

Det ble vist til at norsk helsetjeneste er organisert på en måte som skaper samhandlingsutfordringer. Tjenesten er fragmentert, og det er ikke i tilstrekkelig grad funnet ordninger som er i stand til å kompensere for det. Det finnes også mye intern samhandlingsproblematikk innenfor både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Som viktige eksempler ble nevnt manglende elektronisk samhandling i spesialisthelsetjenesten og utfordringen med fastlegerollen som lite integrert i resten av kommunehelsetjenesten. Også forvaltningen har tradisjonelt vært organisert i siloer som fordeler nivåene. Helse- og omsorgsdepartementet er fortsatt organisert slik.

Det er store forventninger i befolkningen og krevende å skulle innfri disse. Samtidig ser vi at det særlig er mest svikt i samhandlingen for de pasientene som i utgangspunktet trenger mest behandling og oppfølging, og som er minst i stand til selv å ha en aktiv rolle i eget pasientforløp.

Mange av rådsmedlemmene var opptatt av at samhandlingsreformen i for liten grad har og har hatt et kommune- og pasientperspektiv. Det er nødvendig å ruste kommunene til å være bedre i stand til å løse de oppgavene de er tiltenkt gjennom reformen. Mange steder er ressursene ikke tilstrekkelig til å kunne gjøre den jobben de har vært tiltenkt. Den demografiske utvikling fremover vil treffe kommunene enda sterkere enn i spesialisthelsetjenesten. Det ble også trukket fram at det har vært svakt kunnskapsgrunnlag for noen av de virkemidlene som har vært innført og at noen effekter kunne vært forutsett dersom en hadde foretatt grundigere analyser i forkant. Dersom det er aktuelt å innføre nye virkemidler må dette ha mer oppmerksomhet. Et manglende pasient- og brukerperspektiv kommer blant annet til syne gjennom lite fokus på involvering og informasjon til de som er brukere av tjenestene.

Flere trakk fram at det har vært en til dels "ukontrollert oppgaveoverføring" de siste årene, der oppgaver er flyttet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene uten at kommunene på sin side har vært i stand til å bygge opp eller yte de tjenestene det har vært forutsatt at de skal overta ansvaret for. Det er flere og kanskje ulike grunner til dette, men en konsekvens har vært at tilbudet til mange pasienter har blitt dårligere. Flere reagerer på at det i liten grad har vært interesse for å se på kommunenes utgangspunkt før det har vært tatt beslutninger om overføring av ansvar.

På en del områder er fordelingen av ansvaret mellom de ulike nivåene uklar. Flere trakk i diskusjonen fram behovet for en tydeligere sortering av ansvar mellom de ulike aktørene.

Det ble trukket fram at det fra myndighetenes side i liten grad er sammenheng i styringssignalene som blir gitt til spesialisthelsetjenesten og til kommunene. En rød tråd gjennom det som presenteres i oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene, kommuneproposisjonen og andre førende dokumenter vil kunne gi tydeligere prioriteringer og en sammenheng i det som forventes utført. En utvikling i fordeling av legeårsverk i tjenestene som ikke er i samsvar med hvordan oppgavene fordeles, ble trukket fram som et eksempel på at det er uklart hva tjenesten samlet styres etter og at det lett kan oppfattes å være manglende sammenheng.

Det ble understreket at det er behov for en mer systematisk gjennomgang for å identifisere hva som svikter i overgangene og hvorfor. Det er mye uønsket variasjon, ikke bare mellom kommuner og helseforetak, men også mellom sammenlignbare enheter hos samme aktør. En systematisk analyse av årsaker, gjerne supplert med styringsinformasjon fra pasientregistrene, vil kunne gi en bedre forståelse av hva som skjer og hvorfor.

Flere av rådsmedlemmene pekte på at det fortsatt råder et for tradisjonelt syn i helsetjenesten på hvordan et pasientforløp ser ut. For veldig mange dreier det seg ikke om å bli syk, bli innlagt og behandlet for så å bli skrevet ut som frisk, selv om helsetjenesten fortsatt har bygget sin organisering rundt at det er slik forløpene arter seg.

Det ble pekt på at selv om det kommer flere større endringer framover, særlig knyttet til digitalisering, er det nødvendig å jobbe parallelt med mindre grep.

Selv om diskusjonen i rådet særlig var knyttet til samhandling rundt pasientforløpene og overgangene i disse, var det flere som trakk fram at det er viktig hele tiden å ha med seg bærekraftsperspektivet når vi snakker om samhandling.

I del to av diskusjonen var målsettingen å se nærmere på virkemiddelbruken. Helsedirektoratet ønsket innspill til hvilke endringer i samhandlingsrelaterte tiltak og virkemidler som kunne være aktuelle.

Det var på forhånd listet opp noen områder som kunne være aktuelle, men forslag på andre områder enn de som var foreslått var velkommen. Blant disse ble det særlig løftet enkelte forslag knyttet til organisering:

- Spesialisthelsetjenesten må utføre flere av sine oppgaver utenfor sykehus, gjerne i kommunene og i samarbeid med kommunene. Det var et ønske om at Helsedirektoratet kunne ta en rolle i en slik omstrukturering
- For mye bruk av deltid i tjenestene gir mindre kontinuitet og stabilitet enn ønskelig
- Det er nødvendig å se styringssignalene opp mot hverandre og i en sammenheng
- Fastlegen må integreres bedre i resten av kommunehelsetjenesten
- Ønske om at Helsedirektoratet bidrar til å stimulere til flere ACT/FACT-team

I tillegg til disse innspillene var det mange som trakk fram viktigheten av god ledelse, og at det særlig bør rettes mer oppmerksomhet mot de mest pasientnære lederne.

Videre kom det innspill til flere områder der Helsedirektoratet enten har hovedansvaret eller spiller en mindre rolle i samarbeid med andre aktører.

Samhandlingsavtaler og -utvalg

- Behov for mer konkrete samhandlingsavtaler, med en tydeligere ansvarsfordeling
- Ønske om systematisk avvikshåndtering i fellesskap mellom partene
- Behov for mer samarbeid mellom partene på utøvende/klinisk nivå
- Behov for å utvikle samarbeidsutvalgene
- Viktig å gå gjennom samhandlingsutfordringene både på tvers i sektoren, men også å sørge for rutiner for gjennomgang internt hos den enkelte aktør
- Koble fastlegene på i samarbeidet

Økonomiske virkemidler

- Det er ubalanse når straffetiltakene retter seg kun mot kommunene

- Nødvendig at det er rom for å kunne teste ut nye modeller uten å bli straffet for det økonomisk
- Ønske om mer bruk av og utprøving av forløpsbasert finansiering
- Ønske om pasientrettet innovasjonsforløp
- Må treffe bedre slik at det stimuleres til økt aktivitet i kommunene på de områdene som skal bygges opp

Faglige råd

- Det må jobbes mer med å implementere rådene som publiseres
- Gruppene som skal utarbeide faglige råd må være representativt sammensatt
- Det bør gjøres noen vurderinger av gjennomføringsmulighet før det gis råd
- Dersom det er gjort vurderinger av at det rådene er gjennomførbare for mottaker, bør det være strengere oppfølging av de som ikke følger den faglige normeringen
- I større grad spre "best practice" når det gjelder samhandling

Styringsinformasjon

- Jobbe for økt bruk av kvalitetsindikatorene i det daglige arbeidet i tjenestene
- Jobbe for å finne gode mål for out-come
- Pasienttilfredshet er et sentralt mål i alle sammenhenger
- Det er mye som er vanskelig å måle, slik som "resultat av behandling" for noen pasienter og "trygghet", som er et godt mål for om en lykkes med samhandling
- Ønske om å få på plass indikatorer på at det finnes feedbacksystemer mellom pasient, behandler og ledelse
- Det er en stor fordel med det som fagmiljøene ute kan registrere selv, det gir eierskap og dermed bedre bruk

Digitalisering

- Ofte vil det være behov for å pålegge bruk av digitale verktøy dersom effekt skal oppnås
- Helsedirektoratet har en viktig rolle når det gjelder god semantisk samhandlingsevne; felles språk og gode meldingsdefinisjoner
- Helsedirektoratet må sørge for faglig eierskap til det som skal inn i digitaliseringsløsningene
- Pasienter/brukere og helsepersonell må involveres i digitaliseringsprosesser fra første dag
- Behov for bedre opplæring ute i tjenestene

Kompetanse

- Behov for mer opplæring og kompetanseheving generelt for å sikre god samhandling
- Særlig behov for å øke kompetansen i kommunene, som skal ivareta en stadig større andel eldre i kombinasjon med økt oppgavemengde og mer kompliserte medisinskfaglige oppgaver

Bjørn Guldvog oppsummerte drøftingen med at Helsedirektoratet vil jobbe videre med innspillene fra rådsmedlemmene og se om det kan være grunnlag for endringer i direktoratets virkemidler og tiltak knyttet til samhandling.

Sak 05/2018 Oppfølging av tidligere saker

Referat fra forrige møte i Helsedirektoratets sektorråd 8. juni 2018, godkjent per e-post 20. august 2018, ble tatt til orientering.

Under punktet om oppfølging av saken om Helsedirektoratets normerende produkter fra møtet i juni redegjorde divisjonsdirektør Geir Stene-Larsen for hvilke tiltak det nå arbeides med, og hvordan anbefalingene fra rådet har blitt fulgt opp. Det var på forhånd sendt ut en skriftlig redegjørelse.

Stene-Larsen redegjorde blant annet for at det vil bli innført en femårsfrist for det som produseres, slik at det etter fem år gjøres vurderinger av om produktet er utdatert, skal oppdateres eller avvikles. Alle nye retningslinjer produseres nå i digitalt format og flere av de eksisterende digitaliseres i forbindelse med revidering. Det blir da enklere å gjøre endringer og oppdatere. Slik er det eksempelvis med de fleste av Krefthandlingsplanene, som kan revideres når Beslutningsforum fatter vedtak som får konsekvenser for pasientforløp og behandlingsmåter.

Antall nye retningslinjer vil etter planen begrense seg til 2-3 stykker årlig. Til gjengjeld vil arbeidet med implementeringen av disse følges opp, og det er tenkt etablert kvalitetsindikatorer i tilknytning til enkelte anbefalinger. Dette vil muliggjøre en tettere oppfølging av effekt, variasjon og implementering. Samtidig ble det understreket at langt de fleste normerende produktene er bestillinger fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Et par rådsmedlemmer var opptatt av at det ikke må utarbeides retningslinjer som det er urealistisk for kommunene å gjennomføre. Det ble pekt på at det er et større samfunnsspørsmål hvem som skal ta ansvaret når det ikke er ressurser til å gjennomføre det som er faglig anbefalt fra nasjonale helsemyndigheter. Konsekvensen kan raskt være at de vanskelige beslutningene dyttes nedover. Andre rådsmedlemmer mente at svaret på denne utfordringen ikke er at Helsedirektoratet slutter å komme med faglige råd.

Sak 06/2018 Eventuelt

Det ble redegjort for at torsdag 11. april 2019 er neste møtedato for Helsedirektoratets sektorråd.

Etter innspill underveis i møtet trakk rådsleder fram Blankholmutvalgets utredning om prioritering i kommunehelsetjenesten, samt problemstillinger knyttet til Helsedirektoratets arbeid med persontilpasset medisin som mulige saker på neste møtet.