

Innkalling til møte i HelseDirektoratets sektorråd

Fredag 6. september 2019 kl 10-14.30

Ytringsrommet (i møtesenteret), HelseDirektoratet, Vitaminveien 4 (Storo), Oslo

Saksliste:

Sak 04/2019 **Styrke sammenkobling av psykisk helse og somatikk**

Følgende vil innlede til saken:

- Divisjonsdirektør Linda Granlund, HelseDirektoratet
- Seksjonsleder Jon Tomas Finnsson, Helse Nord RHF
- En av rådsmedlemmene fra KS
- Generalsekretær Tove Gundersen, Rådet for psykisk helse

Sak 05/2019 **Pakkeforløp kreft**

Følgende vil innlede til saken:

- Divisjonsdirektør Johan Torgersen, HelseDirektoratet

Sak 06/2019 **Erfaringsrefleksjoner rundt HelseDirektoratets sektorråd**

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	Rådmann Nina Tangnæs Grønvold, Fredrikstad kommune
KS	Programleder/prosjektrådmann 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: Arnfinn Aarnes, FFO
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)	Generalsekretær Lilly Ann Elvestad Vara: Fagpolitisk leder Berit Therese Larsen
Nasjonalforeningen for folkehelsen	Generalsekretær Mina Gerhardsen 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 er Norsk Psykologforening og Kreftforeningen invitert inn i møtet som observatører.

Direktør for virksomhetsstyring Nina Aulie, møter som leder for rådets sekretariat.

Seniorrådgiver Nina Bachke og seniorrådgiver Tove Ringerike utgjør rådets sekretariat.

Styrke sammenkobling av psykisk helse og somatikk

Helsedirektoratets sektorråd - møte 6. september 2019

Møtesaksnummer: 03/19

Helsedirektoratet ønsker å rette oppmerksomheten på behovet for å styrke sammenkoblingen av psykisk helse og somatikk og gjennom det bidra til et tydeligere helhetlig perspektiv i helsetjenestene. Målet er at pasienter og brukere med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem, og pasienter med somatisk sykdom og samtidige psykiske utfordringer, skal oppleve hjelpen og behandlingen som helhetlig. Instansene som tilbyr tjenestene skal legge til rette for nødvendig samhandling, og pasientenes og brukernes ressurser støttes på en slik måte at deres helhetlige helse og livskvalitet bedres.

Helsedirektoratets beslutning om å styrke sammenkoblingen av psykisk helse og somatikk, vil kreve bistand fra eksterne etater og fag- og brukermiljøer.

Dette notatet presenterer kort utfordringsbildet på noen felt i dag, og peker samtidig på mulige tiltak for å komme nærmere en helsetjeneste som ser fysisk og psykisk helse i sammenheng.

- Pasienter med psykiatrisk lidelse har 15-20 år kortere forventet levetid
- Endret sykdomsbilde øker behovet for helhetlige tjenester
- Overlappende risikofaktorer: Både psykisk og somatisk sykdom påvirker og forsterker risikofaktorer
- Helhetlige tjenester forutsetter tverrfaglig kompetanse og samhandling
- Utdanningssystemer med økt tverrprofesjonell samarbeidslæring
- Harmonisering av finansieringsmodellene for å hindre økonomiske barrierer
- Eksempler på nye grep: Klinisk helsepsykologiske tjenester
- Helhetlig helseperspektiv i andre arbeider; Pakkeforløp for psykisk helse og rus og ny NHSP

Rådet for psykisk helse, KS og de Regionale helseforetakene er bedt om å presentere utfordringsbildet sett fra deres ståsted. **På bakgrunn av dette notatet og presentasjonene i møtet, inviterer vi Sektorrådet til å drøfte:**

Utfordringsbildet

Er beskrivelsene av utfordringsbildet dekkende?

Tilstrekkelig kunnskap og faktagrunnlag er sentralt for å kunne gjøre de riktige prioriteringene.

- Hvordan sikrer vi kunnskaps- og forskningsgrunnlag på nasjonalt nivå?
- Har vi tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å bestemme hvilke pasientgrupper det vil være særlig viktig å rette innsatsen mot?

Mulige endringsgrep (organisatoriske, finansielle, kompetanse, kulturelle, oa.)

- Hvilke nye tiltak er det behov for? Er det *pågående* tiltak som bør styrkes?
- Hvordan kan vi styrke tverrfaglig integrert utredning og behandling i spesialist- og kommunale helse- og omsorgstjenester?
- En tydelig og definert ansvarsoverføring ved overgang fra spesialisthelsetjeneste til kommunale helse- og omsorgstjenester er viktig. Hvilke tiltak vedrørende helsetjenestenes organisering vil være viktige?

Nasjonal konferanse / rådslag

- Vurderer sektorrådet at en nasjonal konferanse eller et rådslag med bred deltakelse fra aktuelle fagmiljøer er et nyttig tidlig tiltak i det videre arbeidet?

Bakgrunn

*For pasientene henger kropp og sinn sammen. Det må også helsetilbudet gjøre*¹. Formuleringen i Nasjonal sykehusplan 2016-2019 beskriver essensen i Helsedirektoratets hovedprioritering for kommende periode; å styrke sammenkoblingen av psykisk helse og somatikk.

Det er fortsatt slik at vi ofte snakker om fysisk og psykisk helse som to forskjellige helsetilstander. Samtidig vet vi at de henger nøye sammen, både med tanke på årsakssammenhenger, og på hva som har betydning for tilfriskning og livskvalitet.² Regjeringens strategi for god psykisk helse; "Mestre hele livet" fremhever at fysisk og psykisk helse skal sees i sammenheng. I Pakkeforløp for psykisk helse og rus presiseres det at psykisk helse og rusproblemer og somatisk helse henger sammen og bør behandles under ett.

Norge har forpliktet seg på WHO's mål om å redusere prematur død (30-70 år) av NCD-sykdommene med 1/3 innen 2030. WHO utvidet i september 2018 NCD-agendaen fra opprinnelig fire risikofaktorer (tobakk, alkohol, kosthold, fysisk aktivitet) og fire sykdomsgrupper (kreft, hjerte- og karsykdom, kols og diabetes), til nå å inkludere psykiske lidelser som den femte sykdomsgruppen³.

Gjennom å rette oppmerksomheten på behovet for å styrke sammenkoblingen av psykisk helse og somatikk ønsker Helsedirektoratet å bidra til et tydeligere helhetlig perspektiv i helsetjenestene. Målet er at pasienter og brukere med psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem, og pasienter med somatisk sykdom og samtidige psykiske utfordringer, skal oppleve hjelpen og behandlingen som helhetlig. Instansene som tilbyr tjenestene skal legge til rette for nødvendig samhandling, og pasientenes og brukernes ressurser støttes på en slik måte at deres helhetlige helse og livskvalitet bedres.

¹ Nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019

² Psykisk helse i et folkehelseperspektiv – en intern strategi for folkehelsedivisjonen. Helsedirektoratet 2016 ISBN-nr 978-82-8081-480-7

³ Stein, et al. Integrating mental health with other non-communicable diseases. *BMJ* 2019;364:k1295 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l295>

Psykisk helse påvirker levealder

Studier fra Sverige, Finland og Danmark viser at personer som har vært sykehusinnlagt med psykiatrisk diagnose, har 15–20 års kortere forventet levealder enn den øvrige befolkningen⁴. Overdødeligheten er til stede i alle psykiatriske diagnosegrupper. Den er høy innenfor alle somatiske sykdomsgrupper, som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kreft og infeksjoner, og er høyest hos dem med rusmiddelavhengighet.^{5 6} Omtrent 60 % av totaloverdødeligheten hos pasienter med schizofreni kan tilskrives somatisk sykdom. For mennesker med bipolar lidelse eller schizofreni er dødeligheten av hjerte- og karsykdom 2 – 3 ganger høyere enn for resten av befolkningen.⁷

I tillegg til økt forekomst av unaturlig død i gruppen, kan overdødeligheten i stor grad tilskrives somatiske sykdommer. Dette kan ha flere forklaringer:

- genetisk sårbarhet knyttet til psykisk lidelse
- levevaner, som røyking, usunt kosthold og inaktiv livsstil
- psykososialt stress og ensomhet
- bivirkninger av legemidler
- infeksjoner og andre sykdomstilstander forårsaket av rusmiddelbruk
- manglende diagnostisering og forsinket behandling

Kultur og holdninger

Holdninger hos helsepersonell kan også spille inn, ved at man neglisjerer behov for somatisk oppfølging gjennom lave forventninger til den fysiske helsen, og ved å utsette somatisk behandling til den primære psykiske lidelsen er behandlet⁸.

Endret sykdomsbilde øker behovet for helhetlige tjenester

Årsak til helsetap og kostnadsdrivere i helsetjenesten endrer seg. I dag er det sykdommer vi lever med som forårsaker det største helsetapet⁹. Sykdomsbyrden er størst i gruppene kreft, psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet og muskel- og skjelettsykdommer¹⁰. Størst ressursbruk i form av helsetjenestekostnader knytter seg til diagnosegruppene psykiske lidelser, sykdommer i sirkulasjonssystemet, muskel- og skjelettsykdommer og kreft. Psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer utgjør til sammen 28 prosent av sykdomsbyrden og 17 % av helsetjenestekostnadene, men hele 55 % av produksjonstapet. Dette skyldes at psykiske lidelser og muskel- og skjelettsykdommer både rammer mange, samt at de i større grad rammer den arbeidsføre befolkningen.

⁴ 1. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M et al. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 453 – 8.

⁵ Lien, L. et al. Psykisk syke lever kortere (2015). *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 3:135; 246-8

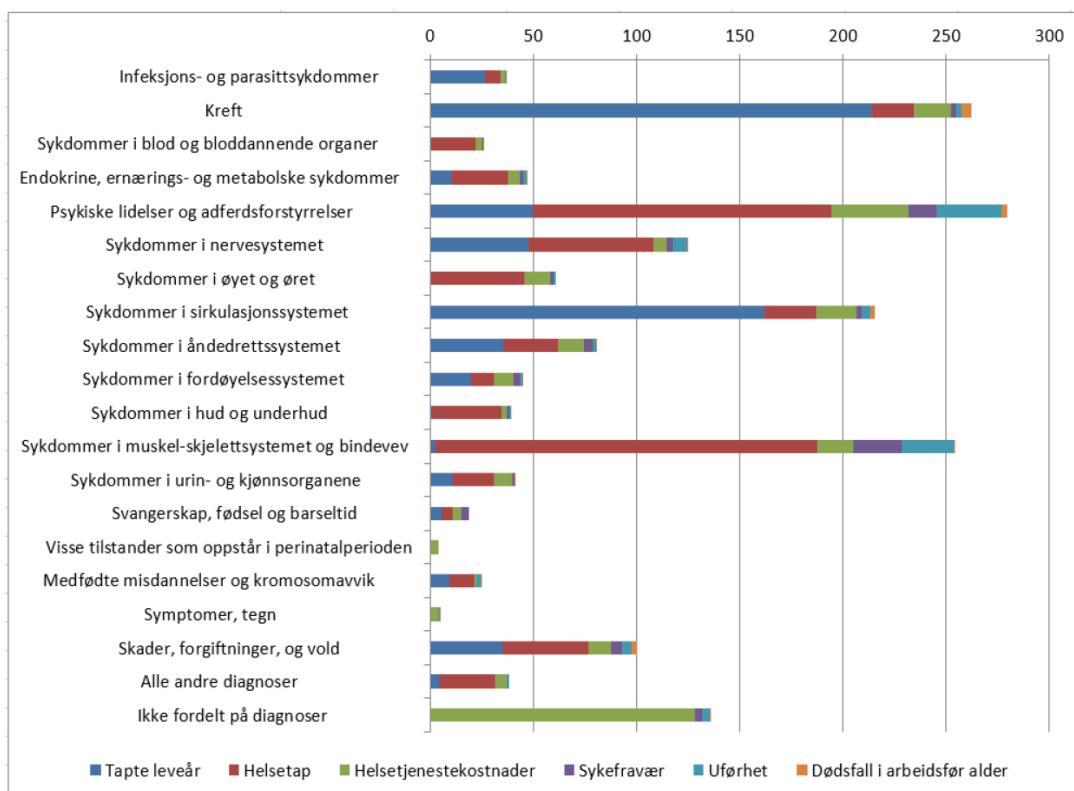
⁶ Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS ONE* 2013; 8: e55176.

⁷ Laursen TM, Wahlbeck K, Hällgren J et al. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS ONE* 2013; 8: e67133.

⁸ Lien, L. et al. Psykisk syke lever kortere (2015). *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 3:135; 246-8

⁹ Knudsen AK, Tollånes MC, Haaland ØA, Kinge JM, Skirbekk V, Vollset SE. Sykdomsbyrde i Norge 2015. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015) Folkehelseinstituttet (2017)

¹⁰ Helsedirektoratet (2019). Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015. Rapport IS-2839



Figur 1. Samfunnskostnader (sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap) ved sykdom og ulykker i Norge i 2015 fordelt på sykdomsgrupper. Sykdomsbyrde er fordelt på tapte leveår og helsetap. Produksjonstap er fordelt på sykefravær, uførhet og dødsfall i arbeidsfør alder.

I aldersgruppen 30-49 år lever halvparten med varig sykdom. 84 % av personer over 80 år lever med sykdom¹¹. Fra 65 års alder har 2/3 flere kroniske sykdommer, men det er også slik at de fleste med multisykdom er under 65 år¹². Det er et økende antall personer med sykdom som i tillegg har psykososiale belastninger¹³. For eksempel har 50-67 % av kreftpasienter minst en av disse plagene: angstplager, depressive plager, vedvarende utmattelse, langvarige smerter og søvnproblemer¹⁴.

På kommunalt nivå går 2/3 av det kommunale helsebudsjettet til innbyggere med multisykdom. Ensidig fokus på enkeltdiagnoser vil øke risikoen for å ikke ivareta andre deler ved en pasients helse. Funksjonsevne og behov i hverdagen er i mange sammenhenger et bedre perspektiv enn diagnose. Det viser seg at årsaken til reinnleggelse til spesialisthelsetjeneste oftest ikke skyldes diagnosen som opprinnelig var årsak til innleggelse, men betydningen av at det ikke er etablert tilstrekkelig tilrettelegging og hjelp knyttet til omkringliggende faktorer på utskrivestidspunktet. Planlagte, helhetlige og samtidige tjenester er det som har størst effekt for å forskyve tidspunktet for behov for høyeste og mest kostnadskrevende omsorgsnivå i kommunen; heldøgns omsorgsplass.

¹¹ Levekårsundersøkelsen, 2011

¹² Barnett, K, Mercer SW., Norbury M., Watt G., Wyke S., Guthrie B., Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research and medical education: a cross sectional study. *Lancet* 2012 Jul 7; 380(9836):37-43.

¹³ Fann, J. R., Ell, K., & Sharpe, M. (2012). Integrating psychosocial care into cancer services. *J Clin Oncol*, 30(11)

¹⁴ Strong, V., Waters, R., Hibberd, C., Rush, R., Cargill, A., Storey, D., . . . Sharpe, M. (2007). Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer Centre symptom study. *Br J Cancer*, 96(6), 868-874.

Kronisk sykdom og etterlevelse/compliance

Kronisk sykdom er sammenvevd med faktorer knyttet til miljø og livsstil. Eksempler er fysisk aktivitet, kosthold, rusmiddelbruk, livsbelastninger, stresshåndtering, trivsel i arbeid og sosial støtte.

Manglende etterlevelse av behandling er et vanlig problem med alvorlige konsekvenser; for pasienten redusert helse- og livskvalitet, for behandlingssystemet stadig endring og evaluering og strategi, og flere konsultasjoner og gjeninnleggelser. Generelt regner man at etterlevelse av livsstilsendringer er 10-20 prosent, og ved farmakologisk behandling 50-70 prosent¹⁵. Etterlevelse av behandling handler om mer enn i hvilken grad pasienten følger råd fra lege og annet helsepersonell. En moderne forståelse av begrepet forutsetter sammenfallende sykdoms- og behandlingsforståelse mellom helsepersonell og pasient, og et gjensidig samarbeid i konsultasjonen med mulighet for å fortelle om hva som forhindrer etterlevelse. Etterlevelse øker når helsepersonell er særlig oppmerksomme, gir informasjon, og tilbyr hyppigere kontakt ved oppstart, ved bivirkninger, dempet symptomtrykk og ved forebyggende langtidsbehandling.¹⁶

Overlappende risikofaktorer

Sykdom kan påvirke og forsterke risikofaktorer. For store sykdomsgrupper som rusmiddelproblemer og psykiske lidelser samt muskel- og skjelettlidelser er risikofaktorene multifaktorielle og sammensatte. Det er flere felles og overlappende risikofaktorer for psykiske og fysiske plager og lidelser. Psykiske plager og lidelser gir økt risiko for senere fysisk sykdom og tidlig død, samt legemiddelbruk som kan gi til dels store somatiske bivirkninger. Motsatt er det langt større risiko for psykiske lidelser blant personer med en rekke somatiske sykdommer.

Depresjon øker dødelighet på linje med røyking. Dette gjelder særlig de store sykdomsgruppene, som hjerte- og karlidelser og infeksjonssykdommer. Andre somatiske sykdommer med økt risiko for depresjon er hjerneslag, diabetes og andre stoffskiftesykdommer, kols, kreft, multippel sklerose, hiv, revmatiske sykdommer, demens og Parkinson sykdom¹⁷. Depresjon kan ha dyptgripende innvirkning på forløp og utfall av akutt og kronisk sykdom, og er forbundet med økt somatisk sykkelighet og svikt i etterlevelse av behandlings- og rehabiliteringsopplegg¹⁸. Overordnede faktorer, som sosial ulikhet, har også betydning for risikofaktorene¹⁹.

Muskel- og skjelettsykdommer har ofte flere faktorer som spiller inn som både årsak og risikofaktor. Det innebærer psykososiale forhold, livsstilsfaktorer, yrkesfaktorer, gener, hormoner, fysisk overbelastning og/eller feilbelastning, høy kroppsmasseindeks, fysisk inaktivitet, tobakk, skadelig alkoholforbruk og dårlig kosthold²⁰. I FHIs beskrivelse av hva som anses som de største folkehelseutfordringene er fysisk inaktivitet beskrevet som en risikofaktor for de viktigste ikke-smittsomme sykdommene. Fysisk inaktivitet er en risikofaktor for utvikling av muskel- og

¹⁵ Friis-Haschè, E., Nielsen, T., Elsaas, P. (2004). Klinisk sundhetspsykologi. København: Munksgaard Danmark.

¹⁶ Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.

¹⁷ Arnstein Mykletun, Ann Kristin Knudsen, Kristin Schjelderup Mathiesen. *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo : Folkehelseinstituttet, 2009.

¹⁸ Helsedirektoratet. *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Oslo : Helsedirektoratet, 2009.

¹⁹ Kjartan Sælensminde, Kristine Dahle Bryde-Erichsen, Terje Melhuus Line. *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2013 – Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper*. Oslo : Helsedirektoratet, 2016.

²⁰ Even Lærum, Søren Brage, Camilla Ihlebæk, Kjetil Johnsen, Bård Natvig, Eline Aas. *Et muskel- og skjelettrengsmap: forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemene*. Oslo : Muskel og Skjelett Tiåret (MST), 2013.

skjelettsykdommer, det samme er høy kroppsmasseindeks. Psykiske lidelser som depresjon og angst kan føre til muskel- og skjelettplager, samtidig som muskel- og skjelett plager også kan føre til depresjon og angst.^{21 22}

Status

Dagens organisering

I dag er helsetjenestene i stor grad fortsatt organisert i to separate system, ett for soma og ett for psyken, med forskjellig lovgivning og ulik finansiering. Helse- og omsorgsdepartementet pekte på ni hovedutfordringer i psykisk helsevern i forbindelse med arbeidet med ny nasjonal helse- og sykehusplan. En av utfordringene var rettet mot organisering; *det er mangelfull samhandling innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, og det må sikres bedre overganger mellom tilbudene.*

Integrerte helsetjenester fra begge omsorgsnivå uten strukturelle og organisatoriske hindringer for funksjonelle kliniske tiltak for pasienter med samtidige og kroniske tilstander, beskrives som en del av en ønsket fremtidig helsetjeneste i innspill til ny nasjonal sykehusplan fra de regionale helseforetakene²³.

Ofte er forløpstenkningen i livsløpskjeden sekvensiell og avgrenset. En slik tenkning kan skape orden og oversikt for både helsetjenesten og helsemyndighetene. Det reflekterer blant annet nåværende organisering i både Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, samt i helsetjenesten forøvrig. Måten helsetjenestene i dag er organisert på definerer ansvar og avgrensningen som medfører mer håndterbare leveranser, men en konsekvens av dagens organisering og manglende helhetlige tilbud er at mange pasienter havner mellom to stoler og at de ikke får den helhetlige hjelpen de er i behov av.

Et eksempel er depresjon ved diabetes. Komorbiditet mellom diabetes og depresjon er sterk og opptrer ofte, drevet av både psyko-metabolsk synergi, via hormonelle faktorer og gjennom belastningen det er å ha en kronisk sykdom. I Nasjonal faglig retningslinje for diabetes²⁴ fremkommer det at strukturert tverrfaglig samarbeid gir mest effektiv behandling²⁵ og er samtidig

²¹ Folkehelseinstituttet. *Ti store folkehelseutfordringer i Norge: Hva sier analyse av sykdomsbyrde?* FHI notat. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.

²² Ragnhild Elise Østavik, Ólöf Anna Steingrimsdóttir, Anne-Johanne Sjøgaard, Kristin Holvik. Muskel- og skjeletthelse: Folkehelse rapporten. *Folkehelseinstituttet.no*. [<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/>].

²³ NHSP 2019-2023. Innspill til nasjonal helse og sykehusplan fra de regionale helseforetakene

²⁴ Nasjonal faglig retningslinje for diabetes, Helsedirektoratet, 2016:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/psykiske-lidelser-og-diabetes#strukturert-tverrfaglig-samarbeid-ved-behandling-av-personer-med-diabetes-og-depresjon>

²⁵ Atlantis, E., Fahey, P and Foster, J et al: Collaborative care for comorbid depression and diabetes: a systematic review and meta-analysis, *BMJ Open*. 2014 Apr 12;4(4)

Bower, P. and Gilbody, S: Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review, *Br J Psychiatry*. 2005 Jan; 186:11-7.

Huang, Y., et al: Collaborative care for patients with depression and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis, *BMC Psychiatry*. 2013 Oct 14;13:260

Katon, W.J. et al: Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses, *N Engl J Med*. 2010 Dec 30;363(27):2611-20

Kinder, L.S., et al: Improving depression care in patients with diabetes and multiple complications, *J Gen Intern Med*. 2006, 21(10): p. 1036-41

mest kostnadseffektivt²⁶. Dette fordrer integrert og trinnvis tverrfaglig behandling, og ikke sekvensiell eller parallell behandling i psykisk helse og somatikk. En tverrfaglig teamorganisering kjennetegnes ved at ulike profesjoner samarbeider mot felles måloppnåelse. Tilsvarende samtidighet mangler i flerfaglig samarbeid, der ulike yrkesgrupper bidrar med fagspesifikke bidrag, men uten å bidra i felles problemløsing, målsetting og samordning av aktiviteter²⁷. Anbefalingen i retningslinjen er i realiteten ikke implementert på grunn av organisatoriske forhold i helsetjenesten.

Helhetlige tjenester forutsetter tverrfaglig kompetanse og samhandling

I den somatiske helsetjenesten mangler det ressurser og kompetanse til å forebygge, oppdage og behandle psykiske plager som kan komme med en somatisk sykdom. Tjenester innen psykisk helse har på sin side ikke i tilstrekkelig grad ivaretatt de somatiske helseutfordringene pasientene har.

I sammenfatningen av funn fra to landsomfattende tilsyn i henholdsvis kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten i 2017-2018,²⁸ fremkommer at det er omfattende svikt i tjenestene til personer med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse. Fokuset i tilsynet var hvorvidt tjenestene kartla de somatiske helseproblemene rusmiddelbrukere og pasienter er mest utsatt for å få, og om disse ble fulgt opp. Tilsynet viste at både i kommuner og DPS-er var det betydelige hull i grunnlagsarbeidet. Mangelfull kartlegging av rusmiddelbruk og for lite vektlegging av somatisk helse var eksempler på det. Helsetilsynet fremhever som en forutsetning at grunnlagsarbeidet er godt nok, dersom en skal kunne gi individuelt tilpassede, helhetlige og virkningsfulle tjenester. Det innebærer å få et mest mulig komplett bilde av den enkeltes samlede lidelser, problemer, livsutfordringer og ressurser. Tilsynsrapportens samlede vurdering sier *"Funnene innebærer risiko for at en rekke pasienter og brukere ikke har fått så virkningsfulle tjenester som de burde, i verste fall med alvorlige følger for deres helse og livssituasjon"*.

Statens helsetilsyn uttrykker i rapporten en klar forventning til kommuneledelse om tilstrekkelig og riktig kompetanse i tjenestene, tydelig forankring av ansvar og oppgaver og systematisk samarbeid som sikrer samordnede og helhetlig tjenester. Det forventes på samme måte at Helseforetakene sørger for tilstrekkelig kompetanse i alle ledd av pasientforløpet, og nødvendig samhandling mellom personell og samhandling på ledernivå. På alle nivå skal det finnes tiltak som oppfyller kravene som ligger i faglig forsvarlighet.

Pasientsikkerhetskampanjer, handlingsplanen mot selvmord og selvskading, den femårige nasjonale overdosestrategien, NCD-strategien, og arbeidet for å redusere og behandle hepatitt C inneholder alle viktige tiltak for å redusere tidlig død for gruppen med psykisk lidelse og ruslidelse.

Primærhelseteam

Primærhelseteam er særlig rettet mot brukere med kronisk sykdom og med store og sammensatte behov; brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet, brukere som i medisinen omtales som «skrøpelige eldre», og brukere med utviklingshemning og funksjonsnedsettelse. Helsedirektoratets

²⁶ Kearns, B. et al: The cost-effectiveness of changes to the care pathway used to identify depression and provide treatment amongst people with diabetes in England: a model-based economic evaluation, BMC Health Serv Res. 2017 Jan 24;17(1):78

Camacho, E.M. et al: Long-term cost-effectiveness of collaborative care (vs usual care) for people with depression and comorbid diabetes or cardiovascular disease: a Markov model informed by the COINCIDE randomised controlled trial, BMJ Open. 2016 Oct 7;6(10)

²⁷ Lauvås, K., Lauvås, P. (2004) Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi, 2. utg. Oslo. Universitetsforlaget.

²⁸ Rapport fra Helsetilsynet (2019). *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem - eller mulig samtidig ruslidelse*

forsøk med primærhelseteam i 9 kommuner i 3 år, frem til 1. april 2018, er nylig forlenget til 2023, og utvides med flere legesentre. Primærhelseteam innebærer at helsepersonell jobber tverrfaglig for å gi bedre helsetjenester til de som trenger det mest. Målet er at pasientene skal få tettere oppfølging. Kjernen i primærhelseteamet består av fastlege (leder av teamet), sykepleier og helsesekretær. Bedre samhandling med øvrige tjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten er et viktig mål i prosjektet. Flere av fastlegepraksisene i prosjektet har rekruttert sykepleiere med spesialutdanning/master innen psykisk helse. Kun ett av de deltakende teamene har imidlertid en bredere tverrfaglighet med psykolog inkludert i teamet.

Utdanningssystemer med økt tverrprofesjonell samarbeidslæring

For å yte mer sammenhengende helsetjenester vil fremtidens helsetjenestearbeidere i større grad måtte samarbeide og arbeide tverrfaglig. Det er behov for bedre samhandling, mer koordinerte forløp, forebygging og helsefremmende tilnærminger. Forslag til nye nasjonale faglige retningslinjer for helsefaglige utdanninger skal sammen med Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialutdanninger som ble fastsatt i 2017, sikre at norske helse- og sosialfagutdanninger kjennetegnes nasjonalt og internasjonalt som kvalitativt gode profesjonsutdanninger i høyere utdanning. Forskriften inkluderer 12 felles læringsutbytte-beskrivelser. De nye retningslinjene innebærer dermed større grad av felles innhold og tverrprofesjonell samarbeidslæring. Tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene, samt utviklingen av utdanningssektoren og helse- og sosialsektoren har vært førende for utviklingen av retningslinjene. De nasjonale faglige retningslinjer skal sikre helse- og velferdstjenestene og sektormyndighetene økt innflytelse på de helse- og sosialfaglige utdanningene

Harmonisering av finansieringsordningene

Harmonisering av finansieringsmodellene for somatikk og psykisk helsevern/TSB er viktig for at ikke økonomiske barrierer skal være hinder for samtidige og koordinerte tjenester, tilpasset pasientens behov. Slik harmonisering er ett av flere mål for pågående utviklingsarbeid for ISF-ordningen i spesialisthelsetjenesten.

Harmonisering av finansieringsmodeller mellom somatikk og psykisk helsevern/TSB betyr ikke med nødvendighet innføring av generalisert aktivitetsbasert finansiering for innleggelse innen psykisk helsevern/TSB, etter modell fra somatikk. Dette må vurderes særskilt opp mot andre alternativer for å nå målene.

Eksempel på nye grep

Klinisk helsepsykologiske tjenester

Klinisk helsepsykologi anvender psykologisk kunnskap for å styrke behandlingen til pasienter med akutte og kroniske somatiske sykdommer. Fagfeltet har de senere årene vært i sterk utvikling, og kan fungere som brobygger for bedre integrering av psykisk helse og somatikk i helsetjenestene.

Klinisk helsepsykologi har sin forankring i en bio-psyko-sosial forståelse av sykdom²⁹ og preges av tro på menneskers mestringressurser. Det peker dermed på behovet for integrerte og samtidige helsetjenester rettet mot både somatiske og psykologiske faktorer. Integrering av psykologiske intervensjoner i den somatiske behandlingen kan gi store helsegevinster for pasienten, bidra til bedre

²⁹ Berge, T., Lang N., Manifest for klinisk helsepsykologi i Norge. Tidsskrift for Norsk psykologforening (2011), 48, 323-331.

etterlevelse og forebygge reinnleggelse. Det kan bidra til økonomiske innsparinger ved helsetjenester og gi pasientene økt livskvalitet.

Et eksempel er Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken (PHT) på Diakonhjemmet sykehus, som organisatorisk er plassert i psykisk helsevern, men geografisk ligger i den somatiske delen av sykehuset. Enheten innebærer en lavterskel psykologisk tjeneste som de somatiske avdelingene kan henvise sykehusets pasienter til. Pasientene rettighetsvurderes i somatikken og henvises fra lege, på samme måte som til andre interne tjenester.

Klinisk helsepsykologiske tjenester finnes også ved alle universitetssykehusene, Spesialsykehuset for epilepsi, MS-senteret i Hakadal, og ved Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering (NBRR). Det foreligger forslag om at det etableres en egen spesialisering i klinisk helsepsykologi. Vedtak knyttet til forslaget gjøres på Norsk psykologforenings landsmøte i november 2019.

15 pasientorganisasjoner står bak Nasjonal allianse for klinisk helsepsykologi i somatikken, som ble introdusert i 2015. Målet er et helhetlig helsetilbud med somatiske avdelinger som er bemannet både med medisinsk og psykologfaglig kompetanse.³⁰ Alliansen tar en aktiv rolle, og arrangerte blant annet debatt om ivaretagelse av psykisk og fysisk helse under årets Arendalsuke; *Somatisk sykdom og psykisk helse. Hele mennesket hele livet. Hvem kan støtte og hvordan?*

Pakkeforløp psykisk helse og rus

Som fag- og myndighetsorgan skal Helsedirektoratet styrke befolkningens helse gjennom helhetlig og målrettet arbeid på tvers av tjenester, sektorer og forvaltningsnivå. Det innebærer blant annet å være faglig rådgiver. Direktoratet har i flere pågående arbeider hatt fokus på at helsetilbudet skal ivareta pasientenes samtidige psykiske og somatiske utfordringer. I Pakkeforløp for psykisk helse og rus skal pasientens somatiske helse følges opp som en integrert del av behandlingen. Pakkeforløpene har anbefalinger om tiltak knyttet til underdiagnostikk, underbehandling og samhandling. Utredning av ulike risikoområder er innlemmet i alle pakkeforløpene. På samme måte som pakkeforløpene sikrer ivaretagelse av somatisk helse hos pasienter med psykisk sykdom og rusmiddelproblemer, bør det også være kompetanse og rutiner som sikrer god ivaretagelse av psykiske helseutfordringer hos pasienter med somatisk sykdom og/eller rusmiddelproblemer.

NHSP

I innspill til ny Nasjonal helse- og sykehusplan har Helsedirektoratet anbefalt en samordnet innsats for å styrke den somatiske helsen til pasientene. Det anbefales blant annet å utarbeide faglige råd for ivaretagelse av psykiske helseutfordringer og eventuelt problematisk rusmiddelbruk i den somatiske helsetjenesten, inkludert tydelige forventninger om etablering av rutiner som sikrer at pasienter som innlegges for somatisk sykdom får tilbud om samtidig oppfølging av psykiske og sosiale forhold. Det er anbefalt at det utredes om det ved alle helseinstitusjoner bør være enheter/team med kompetanse i klinisk helsepsykologi.

Eksemplene ovenfor er pågående tiltak og innspill fra Helsedirektoratet. Vi ønsker i møtet å drøfte hvilke ytterligere tiltak Helsedirektoratet bør prioritere for å oppnå et helhetlig helsetilbud der pasientene opplever at "*kropp og sinn henger sammen*"³¹.

³⁰ <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/nasjonal-allianse-for-helsepsykologi>

³¹ Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)

Pakkeforløp kreft

Helsedirektoratets sektorråd - møte 6. september 2019

Møtesaksnummer: 05/19

Til drøfting

Vi ønsker å drøfte om det er tiltak Helsedirektoratet bør sette i gang når det gjelder pakkeforløp kreft eller når det gjelder den videre utviklingen av pakkeforløp i helsetjenesten.

Oppsummert ber vi rådet særlig vurdere følgende spørsmål:

Er målene om 70% inkluderte og 70% som gjennomfører til frist satt på rett nivå?

Bør det settes i gang tiltak for å sikre kunnskap og oversikt knyttet til konsekvenser av pakkeforløpene for andre pasienter?

Finnes det erfaringer knyttet til pakkeforløpene for kreft som det er viktig å ta med inn i det videre arbeidet med pakkeforløp?

Utviklingen av pakkeforløp for ulike sykdomsgrupper har vært en sentral oppgave for Helsedirektoratet de siste årene. Pakkeforløpene har vært høyt prioritert politisk. Pakkeforløpene på kreftområdet kom først, som betyr at det er der vi har lengst erfaring. Det legges derfor først og fremst opp til en drøfting omkring disse.

Pakkeforløp kreft

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2014 Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide pakkeforløp for kreft. I løpet av 2015 ble 28 pakkeforløp for kreft implementert i helsetjenesten. Noe revisjon er foretatt i etterkant.

Et pakkeforløp er et nasjonalt standardisert pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon og dialog med pasient og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider.

Formålet med pakkeforløpene har vært trygghet og forutsigbarhet for pasienten, oppnådd gjennom informasjon, dialog og god logistikk. Pasienten skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinske begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Pakkeforløpene er faglig basert og skal være normgivende. Eksisterende nasjonale handlingsprogrammer med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreftpasienter utgjør grunnlaget for utarbeidelse av de sykdomsspesifikke pakkeforløpene på kreftområdet.

Målgruppen for pakkeforløp for kreft er i første rekke helsepersonell, ledere og beslutningstakere på ulike nivåer i helsetjenesten. I forbindelse med utarbeidelsen av pakkeforløpene har det også blitt utarbeidet diagnosespesifikk pasientinformasjon om utredning ved mistanke om kreft.

Med utgangspunkt i pakkeforløpet skal et individuelt forløp for hver enkelt pasient tilrettelegges. I tillegg til en konkret medisinskfaglig vurdering av behovet for utredning og behandling, skal det tas hensyn til pasientens ønsker og individuelle situasjon, som for eksempel alder og sårbarhet, og eventuell komorbiditet eller komplikasjoner.

Pakkeforløpet starter når et helseforetak/sykehus mottar en henvisning med begrunnet mistanke om kreft. Pakkeforløpet omfatter utredning, initial behandling og oppfølging, samt eventuell behandling av tilbakefall. De regionale helseforetakene har et overordnet ansvar for å sikre at pakkeforløpene blir implementert og fulgt opp.

Andelen nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp skal være minst 70%. Andelen pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid skal være minst 70%, uavhengig av type pakkeforløp. Forløpstidene kan variere noe mellom de ulike pakkeforløpene, men målet om gjennomføring til frist er felles på 70%. Det er etablert nasjonale kvalitetsindikatorer for å måle i hvilken grad disse målsettingene nås. Det fortas målinger for hvert enkelt pakkeforløp og en samleindikator for hvert av disse målene.

Oppnår vi det som var ønsket?

Politisk har det vært en viktig målsetting å få på plass pakkeforløp. Også andre sykdomsgrupper enn kreft har fått pakkeforløp, og det er flere under utarbeidelse.

Den informasjonen Helsedirektoratet har så langt, gjennom dialog med tjenestene om pakkeforløpene på kreftområdet, tyder på at pasienter og pårørende opplever større forutsigbarhet og at de i større grad blir involvert gjennom god informasjon og medvirkning. Forløpskoordinatorene trekkes frem som nøkkelfaktor for å lykkes med dette.

Fastlegene melder om at pakkeforløpene sørger for "en vei inn" til sykehusene, og at kommunikasjonen i den forbindelse er bedret. Sykehusene melder om bedret logistikk og samhandling, selv om overgangene mellom ulike sykehus fortsatt kan være en utfordring. Det er fortsatt flaskehalsproblematikk og ventetider noen steder og i noen forløp.

I mai 2019 ble det publisert tall fra de nasjonale kvalitetsindikatorerne³². Disse tallene gir det ferskeste bildet av status når det gjelder pakkeforløp kreft.

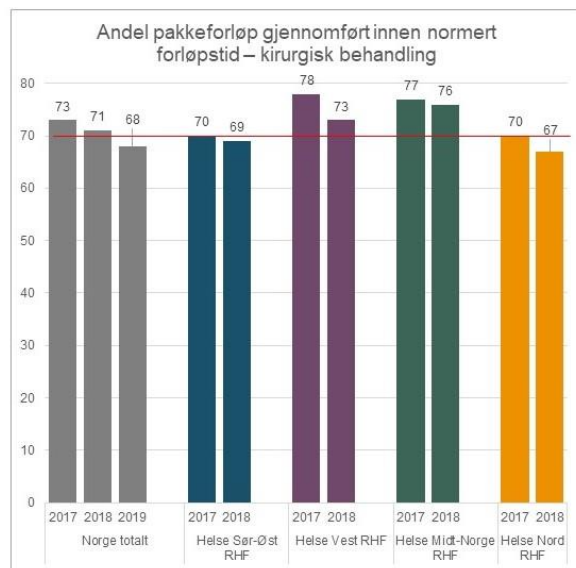
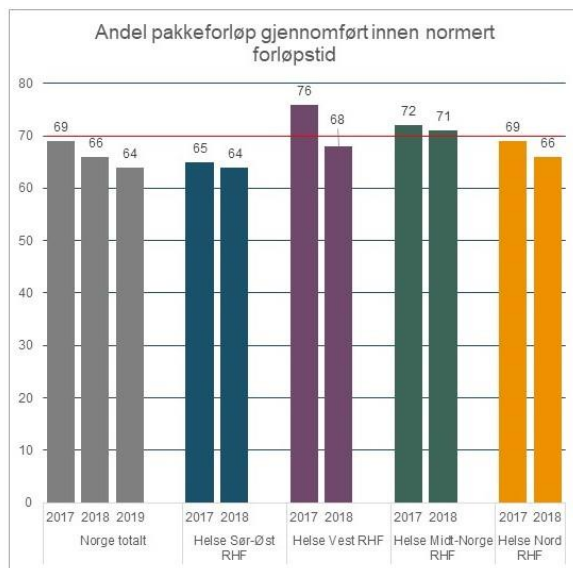
Når det gjelder målet om at minst 70 prosent av kreftpasientene skal inkluderes i et pakkeforløp, gikk andelen ned fra 78 prosent i 2017 til 77 prosent i 2018. For målet om at 70 prosent av pasientene i pakkeforløp for kreft kommer gjennom behandlingen på anbefalt tid, er det kun Helse Midt-Norge (71,2 prosent) som nådde målet i 2018. For landet som helhet gikk måloppnåelsen ned fra 68,6 prosent i 2017 til 66 prosent i 2018. Nedgangen gjaldt alle regioner.

I pakkeforløpene som gjelder *kirurgisk behandling*, er målet om gjennomføring innen normert tid for 70 prosent av pasientene nådd, men vi finner nedgang fra 2017 til 2018 i andelen pasienter som har blitt behandlet innen normert tid (fra 73 til 71 prosent). Ved pakkeforløp som innebærer *medikamentell behandling* og *strålebehandling* er målet om gjennomføring innen normert tid for 70 prosent av pasientene ikke nådd (62 og 47 prosent), og vi ser en tydelig nedgang i andelen som gjennomfører innen normert tid. Foreløpige tall fra januar til april 2019 viser en fortsatt nedgang.

³² <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/kreft-pakkeforlop>

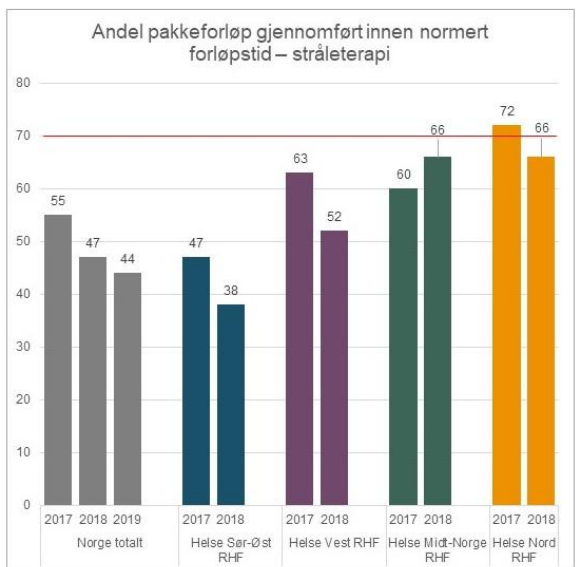
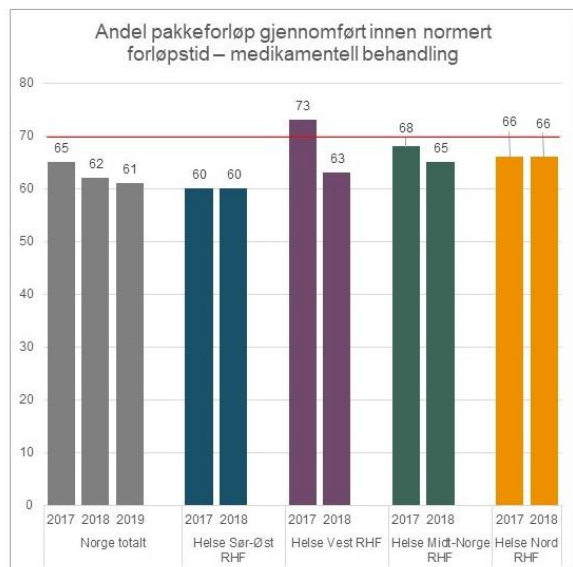
Pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer 2017-19

Data fra 2019 er foreløpige tall fra januar-april



Pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer 2017-19

Data fra 2019 er foreløpige tall fra januar-april



Nedgangen i andelen som gjennomfører behandlingsforløpet på normert tid går tydelig ned for pakkeforløpene for *brystkreft* (fra 67,7 til 63,1 prosent), *lungekreft* (fra 60,6 til 55,8 prosent) samt *tykk- og endetarmskreft* (fra 75,6 til 70,9). For sistnevnte pasientgruppe er likevel målet om gjennomføring innen normert tid for 70 prosent av pasientene oppnådd.

Årsakene til nedgangen i andel pasienter som gjennomfører behandlingsforløpene på anbefalt tid kan være flere. Det kan diskuteres om økt omfang av pasienter inn i pakkeforløpene vil resultere i at noen flere vil ha utfordringer med gjennomføring innen anbefalt tid fordi noen pasienter har mer komplekse sykdomsforløp enn andre. Fra 2017 til 2018 ser vi imidlertid ingen vesentlig økning i antallet pasienter som har gjennomført pakkeforløpene totalt sett.

Et annet forhold som kan gi utfordringer og sårbarhet når det gjelder god logistikk og gjennomføring av anbefalt forløpstid, kan være overføring av pasienter fra mindre helseforetak til universitetssykehusene. De regionale helseforetakene forteller at informasjonsoverføring mellom helseforetakene foregår fremdeles i noen grad på manuelt vis. Dette kan gi økt tidsbruk.

Vi er kjent med at enkelte helseforetak har kapasitetsproblemer på enkelte områder, for eksempel stråling. Dette gir utslag i statistikken. Det er også mulig å anta at graden av oppmerksomhet og fokus på å nå målsettingene vil kunne ha betydning for i hvilken retning resultatene beveger seg.

Data fra de nasjonale kvalitetsindikatorene måler kun enkelte kvantitative størrelser knyttet til pakkeforløpene. For å få et mer sammensatt bilde av hvordan pakkeforløpene fungerer, bør disse suppleres med andre data. Flere slike målinger og undersøkelser er i gang, i regi av Folkehelseinstituttet, men resultatene foreligger ennå ikke. De vil bli rapportert samlet når alle data er samlet inn.

- Fastlegenes synspunkter vil fremkomme gjennom Commonwealth Funds sammenlignende internasjonale helsetjenesteundersøkelse ble gjennomført våren 2019. I denne undersøkelsen vurderer et representativt utvalg av allmennleger i elleve land hvor godt helsetjenesten fungerer. Det er inkludert tre spørsmål om fastlegers oppfatning av helsetjenesten til kreftpasienter; om ventetid til henvisning til første konsultasjon, ventetid under utredning og behandling og dialog med sykehus etter utskrivning.
- Pasientenes synspunkter vil fremkomme gjennom en landsomfattende undersøkelse blant innlagte sykehuspasienter, bestående av inntil 400 pasienter som trekkes tilfeldig fra hvert av alle landets sykehus. Undersøkelsen gjennomføres etter planen høsten 2019. I spørreskjemaet vil det være inkludert en side med spørsmål av relevans for kreftområdet. Pasientene bes om de har erfaringer med utredning og/eller behandling for kreft og gitt erfaringer får de påfølgende åtte spørsmål knyttet til informasjon, ventetid, koordinering/samhandling, alt i alt-vurdering og om de har vært inkludert i pakkeforløp for kreft.
- Befolkningens synspunkter vil fremkomme gjennom Befolkningsundersøkelsen i GallupPanelet. Denne ble gjennomført i november 2018.

Er målene i pakkeforløpene riktige?

Målsettingen om 70% av pasienter inn i pakke forløpene og 70% som gjennomfører til frist har ligget fast siden pakkeforløpene ble etablert. Det kan synes som om det er ulike årsaker til at det siste målet er vanskelig å oppnå, årsaker som varierer fra sykehus til sykehus og fra ett pakkeforløp til et annet. Det har vært foretatt enkelte justeringer av forløpstider (frister) for enkelte pakkeforløp. Det er likevel holdt fast ved målet om 70% som skal gjennomføre til frist.

Selv om det kan synes krevende å nå målsettingen om 70% til frist, vil en endring kunne medføre at det ikke arbeides tilstrekkelig med å gjøre nødvendige endringer i tjenesten. Urealistiske mål er heller ikke ønskelig, og vil ikke gi legitimitet til pakkeforløpene. Å øke målsettingen for andelen pasienter som inkluderes kan synes gjennomførbart, gitt at resultatene ligger et stykke over. På den annen side har det hele veien vært klart at ikke alle pasienter, av medisinske årsaker, skal i pakkeforløp.

Det er likevel naturlig å stille spørsmål ved om disse målsettingene er riktige når erfaringer med pakkeforløp skal drøftes. Er begge satt på rett nivå? Fungerer forholdet mellom de to indikatorene hensiktsmessig?

Prioriteringsmessige konsekvenser av pakkeforløpene

Det har i ulike sammenhenger blitt hevdet at pakkeforløpene får konsekvenser ved at noen pasienter blir prioritert foran andre, uten at det nødvendigvis foreligger et prioriteringsmessig grunnlag for det, basert på kriteriene alvorlighet, nytte og ressurs. At noen pasienter tas inn i pakkeforløp *kan* medføre at de pasientene som ikke er inkludert nedprioriteres der det er knapp tilgang. Dette kan både dreie seg om de kreftpasientene som ikke er inkludert i pakkeforløpene og pasienter med andre diagnoser enn kreft med behov for de samme tjenestene/ressursene som pasientene i pakkeforløp.

Helsedirektoratet er ikke kjent med at det foreligger data som kan vise om pakkeforløpene har medført endringer av en slik art.

Det er heller ikke enkelt å gjøre noen analyse av dette ettersom sammenlignbare tall på forløpstid ikke finnes for pasienter som *ikke* er i pakkeforløp. For pakkeforløpene er det opprettet egne koder. Ellers finnes det kun standard ventelistestatistikk. Denne viser i hovedsak at ventetidene gikk ned i perioden 2014-2017, men økte noe igjen i 2018.

Standard ventetidsmåling måler ventetiden fra henvisning er sendt til oppstart helsehjelp – det vil vanligvis bety det første møtet i spesialisthelsetjenesten – og forteller oss lite om videre forløpstider. Det finnes også tall på ventetid til behandling, men denne statistikken viser ventetider per fagområde, og vi vet ikke om årsaken til behandlingsbehovet er kreft eller ei, eller om pasienten har/ikke har vært inne i et pakkeforløp kreft.

Med den informasjonen som per i dag registreres i NPR vil det ikke være mulig å gi gode svar på spørsmålet om prioriteringsmessige konsekvenser av pakkeforløpene.

Bør det settes i gang tiltak for å sikre kunnskap og oversikt knyttet til konsekvenser av pakkeforløpene for andre pasienter?

Pakkeforløp på andre områder enn kreft

Det er innført, og i ferd med å innføres, pakkeforløp på flere områder enn kreft, særlig innenfor psykisk helse og rus, men også for hjerneslag. Helsedirektoratet har også nylig fått i oppdrag å utarbeide pakkeforløp på områdene smertebehandling, utmattelse og muskel- og skjelettlidelser. Disse sykdommene/lidelsene skiller seg fra kreftområdet ved at det i liten grad foreligger nasjonale anbefalinger om hva som er rett behandling.

Pakkeforløp ble først innført i Danmark, og utviklingen i Norge har vært sterkt inspirert av det arbeidet som har vært gjort der. Også i Danmark startet det med pakkeforløp kreft, og har etter hvert blitt utviklet for flere sykdommer.

Det har i Helsedirektoratet foregått et arbeid for å finne en felles definisjon på pakkeforløp. Pakkeforløp på områder der det ikke foreligger retningslinjer for behandling vil naturlig nok bli annerledes enn områder der anbefalingene er tydelige. Det vil være behov for å hvert tilfelle å avklare og være tydelig hva som ønskes oppnådd. Andre virkemidler enn pakkeforløp kan i noen tilfeller tenkes å egne seg bedre for å oppnå et bedre behandlingstilbud til noen pasientgrupper.

Finnes det erfaringer knyttet til pakkeforløpene for kreft som det er viktig å ta med inn i det videre arbeidet med pakkeforløp?

Erfaringsrefleksjoner rundt Helsedirektoratets sektorråd

Helsedirektoratets sektorråd - møte 6. september 2019

Møtesaksnummer: 06/19

I denne saken ønskes dialog om følgende temaer:

- **Hvilke problemstillinger på kompetansefeltet ønsker dere drøftet i det neste møtet?**
- **Hva er deres tanker om rådets rolle og verdi som møtearena?**
- **Hvordan bør evalueringen gjennomføres og hva vi bør være opptatt av å undersøke?**

Helsedirektoratets sektorråd er oppnevnt frem til januar 2020, og det er innkalt til et siste møte i denne oppnevningsperioden den 8. januar 2020.

Det vil bli gjennomført en evaluering av rådet, før en eventuell videreføring av rådet og reoppnevning av medlemmer besluttet. Som en forberedelse til evalueringen, ønsker Helsedirektoratet nå å innhente rådets umiddelbare synspunkter knyttet til rådets rolle og verdi som møtearena. I tillegg ønsker vi rådsmedlemmenes innspill til hva som bør være sentrale punkter ved en slik evaluering, som vi vil forberede i tiden frem til januar.

Helsedirektoratet vil legge opp til at hovedtema på møtet i januar blir en drøfting av utfordringer på kompetanseområdet i sektoren. Dette temaet var blant de forslagene som fikk størst oppslutning av rådsmedlemmene da vi innhentet innspill til aktuelle drøftingstema i rådets første møte.

Kompetanse

Å ha ansatte med rett kompetanse, og i tilstrekkelig omfang, er avgjørende for å kunne levere helsetjenester av god kvalitet fremover. Denne utfordringen er felles for alle delene av helsetjenesten, selv om ulike deler av tjenesten samtidig kan oppleve å være i en konkurransesituasjon. Det er flere problemstillinger som kan være aktuelle å drøfte innenfor dette området.

Innspill fra rådsmedlemmene til konkrete problemstillinger på kompetansefeltet som ønskes belyst og drøftet vil være et utgangspunkt for forberedelsene til det neste møtet.

Evaluering av rådet

Helsedirektoratets sektorråd hadde sitt første møte i juni 2018. Drøftingstema på dette første møtet var Helsedirektoratets normerende produkter. I tiden frem til dagens møte har det blitt gjennomført

ytterligere to møter, ett i november 2018 om samhandlingsutfordringer i sektoren, og ett i april 2019 om persontilpasset medisin.

Sakene som har vært lagt fram til drøfting har vært knyttet til ulike tematikk med ulik bredde, og har i ulik grad vært knyttet direkte til Helsedirektoratets produkter og rolle. Utgangspunktet har vært et ønske om å drøfte saker som oppleves som viktige for sektoren, selv om direktoratets rolle innenfor de ulike områdene har variert. Helsedirektoratet ser at det kan være krevende å "treffe" med de sakene som legges frem. Relevansen kan oppleves som ulik blant medlemmene i rådet.

Rådets mandat slår fast at Helsedirektoratets sektorråd er et rådgivende organ. Dette skyldes i første rekke de begrensninger som ligger i at Helsedirektoratet er et myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet, Samtidig er det viktig for direktoratet at rådsmedlemmene opplever at drøftinger og råd som gis får reelle konsekvenser for de beslutningene som fattes i Helsedirektoratet og måten direktoratet organiserer sitt arbeid på.

Vi ønsker at rådet gir noen tilbakemeldinger på et overordnet plan.

Slike tilbakemeldinger kan gjerne være knyttet til:

- Behov for felles drøftingsarena?
- Ivaretas en strategisk rolle?
- Beslutningsorgan versus rådgivende organ?
- Riktig detaljeringsnivå på drøftingene?

Frem til januar vil sekretariatet utføre en begrenset evaluering av rådet, som sammen med diskusjon i rådet vil danne grunnlag for eventuelle endringer. Mulige temaer i en slik evaluering vil kunne være mandatet, sammensetning, saker som er lagt fram, forberedelser og gjennomføring av møtene og andre praktiske forhold.

Vi ønsker innspill til hvordan evalueringen bør gjennomføres og hva vi bør være opptatt av å undersøke.