

KS-FoU prosjekt
Samhandlingsreformen og
samhandlingsvirkemidler

Tønsberg 6. oktober 2010



Gjennomføringen av FoU-prosjektet

- Gjennomgang og utnyttelse av foreliggende offentlige **dokumenter, utredninger og forskning** av relevans for prosjektets problemstillinger.
- Innledende **strukturerte intervjuer** med nøkkelinstanser for å tilpasse spørreundersøkelsene og skaffe oss innsikt
- Spørreundersøkelse til **helseforetak** for å identifisere deres samhandlingsformer med kommunene og erfaringer med samhandlingen
- Spørreundersøkelse til alle landets **kommuner** for å belyse kommunenes samhandling og erfaringer med helseforetakene
- Case-studier av samhandling mellom **Helse Førde og 3 tilknyttede kommuner** herunder interkommunalt samarbeid
- Sammenligning med **Skottland og Finlands** erfaringer som har relevans for norske forhold
- Erfaringskartlegging og vurdering av **avtaleverket** som er etablert på strategisk og operativt nivå mellom kommuner og helseforetak vedrørende samhandling om helsetjenester. Dette gjennom intervjuer, survey, dokument- og casestudier.
- **Identifisere forbedringsmuligheter** for langsiktig samhandling

Utfordringen (1)



Utfordringen (2)

Forskyvning av tjenesteyting fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten
Sentralt samhandlingstema i de kommende samhandlingsmodellene

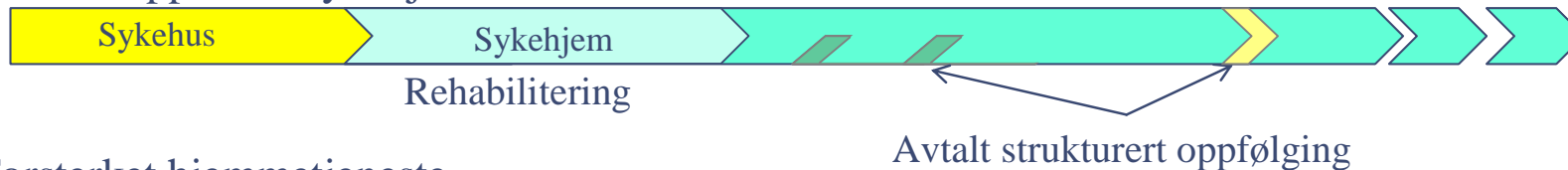
1. Vanlig utskrivningsforløp



2. "Hospital at home"



3. Interimsopphold i sykehjem



4. Forsterket hjemmetjeneste



5. Forsterket hjemmetjeneste med veiledning



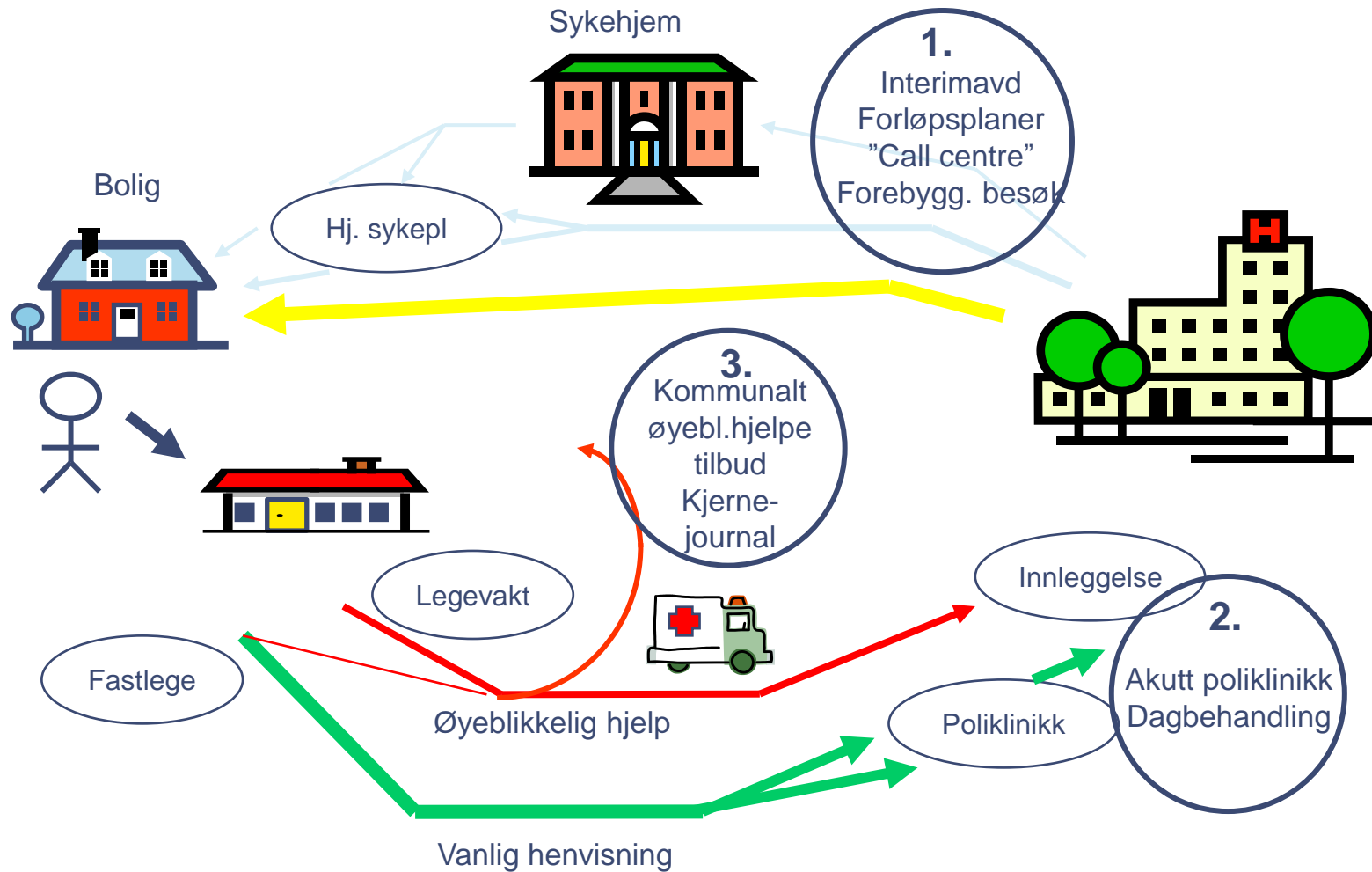
Kilde: A. Grimsmo

Utfordringen (3)

- Finansieringsopplegget
- Makt, myndighet, stimulering og sanksjoner
- Strategisk ledelse, styring og oppfølging

Hovedpasientstrømmer ved inn og utskriving fra sykehus

Prinsipielle områder for forbedring av samhandling



Kilde: Anders Grimsmo

Viktige funn

Hvordan fungerer samhandlingen?

- Om lag 3/4 av kommuner og helseforetak er fornøyd med samhandlingen seg i mellom
- Noe variasjon mellom pasientforløp - utskrivingsforløpet fungerer dårligst
- Partenes vurderinger er stort sett sammenfallende, med unntak av for utskrivingsforløpet, der helseforetakene er langt mer fornøyd enn kommunene
- Ikke mønstre i hvilke typer kommuner som er mer og mindre fornøyd med samhandlingen med helseforetakene – størrelse, geografi, pleietyngde har lite å si
- Trolig mer relevant å se etter forskjeller mellom deler av helsetjenestene
- Samhandlingen mellom klinikere fungerer bedre enn mellom leger og andre – profesjonsskille like mye som skille mellom forvaltningsnivå?

Hva påvirker samhandlingen?

- Legevakt og spesialistene på poliklinikker er de sentrale aktørene for innleggelse av pasienter i sykehus når det gjelder øyeblikkelig hjelp. Kommunenes innflytelse og styring med disse virksomhetene er p.t. svært begrenset
- Bruk av EPJ gir pasientene kortere liggetid på sykehus
- Fastleger fyller opp "ordrebøkene" og er lite tilgjengelige for håndtering av akutte og ikke planlagte tjenester. De kan ikke rekvirere hjemmetjenester eller plass i sykehjem slik fastlegen kan vedrørende innleggelser i sykehus og andre spesialisthelsetjenester. Da velger naturlig nok fastlegene og legevakten å legge pasientene inn i sykehus.

Virkemidler for samhandling mellom kommuner og HF

Avtaler, ledelse og forankring

Kunnskaps- og kompetanseoverføring

Samarbeidskultur

Bedre informasjonsteknologi (IKT)

Lokale medisinske sentra, gjerne omtalt :

etterbehandlingsplasser, forsterkede sykehjem, intermediære ordninger, palliative enheter eller helsehus.

Interkommunalt samarbeid, enten i form av felles driftsløsninger i utførelse av helsetjenester i samarbeid med spesialisthelsetjenesten eller i form av interkommunalt samarbeid om representasjon i utvalg der kommunene møter helseforetaket

Endringer i finansieringssystemet



Funn vedrørende samhandlingsvirkemidler – avtaler, ledelse og forankring

Avtaleverk om samhandling

- Både strategiske og operative avtaler har god utbredelse
- Langt de fleste har gode erfaringer med slike – ¼ er usikre eller misfornøyd
- Avtalene "lever" siden de revideres
- Men oppfølgingen av etterlevelse er for dårlig. Særlig sett fra kommunenes ståsted. Spørsmålsteget ved avviksoppfølging og implementering i sykehusene

Utvalg der kommuner og HF møtes

- Alle HF godt fornøyd med topplederutvalg, langt de fleste med mellomlederutvalg
- Blant kommunene er erfaringene blandet, mange har ikke erfaringer, 30% har usikre eller dårlige erfaringer, 70% har gode erfaringer
- Kan se ut til at en del utvalgene foregår på HFenes premisser og at kommunene er for dårlig representert, forberedt og samordnet

Samhandlingskoordinator

- Noe begrepsforvirring – PKO etc.
- ¾ av HF har slike, under halvparten av kommunene har erfaringer
- Overveiende gode erfaringer
- En del kommuner oppfatter samhandlingssjefen som HF'enes person mer enn kommunenes

Funn vedrørende samhandlingsvirkemidler – kunnskaps- og kompetanseoverføring

Praksisplasser og hospitering

- Halvparten av kommunene har erfaringer, blant disse er langt de fleste godt fornøyd
- Men hospiteringen går mange steder en vei, sykehuspersonale mindre interessert
- Kostnadsspørsmål for mange kommuner
- Blandede erfaringer blant HF
- Noen mener dette fungerer best for leger, andre sykepleiere

Kurs- og opplæringsvirksomhet

- Ref spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt
- Opplevs å fungere godt både blant kommuner og HF
- Fin møteplass for 1. og 2. linjen – styrker samhandlingskulturen
- Noen kommuner tar selvkritikk for å ikke bruke tilbud som fins

Faglig veiledning og utveksling av pasientinformasjon

- Sykehuslegenes faglige veiledning av kommunehelsetjenesten tilknyttet enkeltpasienter oppleves som god av 70% av kommuner med erfaring – overraskende bra?
- Utfordringer kan ligge mer i grenseflaten fastlege-kommunehelsetjeneste
- Sviktende kunnskap og blendede syn på sykehuslegers etterspørsel etter pasientinformasjon fra fastleger og kommunehelsetjenesten
- Sykehusene får kritikk for manglende epikrise og sent varsel ved utskrivning
- Kommunehelsetjenesten får kritikk for manglende medisinformasjon ved innskriving

Funn vedrørende samarbeidskultur

Må bli bedre

- Både kommuner og HF mener bedret samarbeidskultur er et helt avgjørende tiltak for å bedre samhandlingen i helsesektoren

De helhetlige pasientforløp – ikke ennå rådende tankesett

- Få kommuner tenker på helhetlige pasientforløp
- Helseforetakene har kommet et stykke på interne forløp men forebygging og rehabilitering må gis mer fokus
- ”Det viktigste av alt er at vi får til en mer felles ansvarsfølelse for pasientgruppen” (HF)

Kommunehelsetjenestens følelse av å være den mindre verdifulle parten i samarbeidet og kommunenes følelse av å ikke være likeverdige

- I noen grad en følge av at spesialisering gir status i helsevesenet
- I noen grad en følge av at kommunene ikke prioriterer strategisk helsearbeid høyt nok, for eksempel utvalgsarbeidet
- I noen grad en følge av at ledere og leger i sykehusene gjør små ting som svekker samarbeidskulturen – for eksempel styring av utvalg, enveis hospitering, enveis forespørsler om pasientinformasjon, etc.

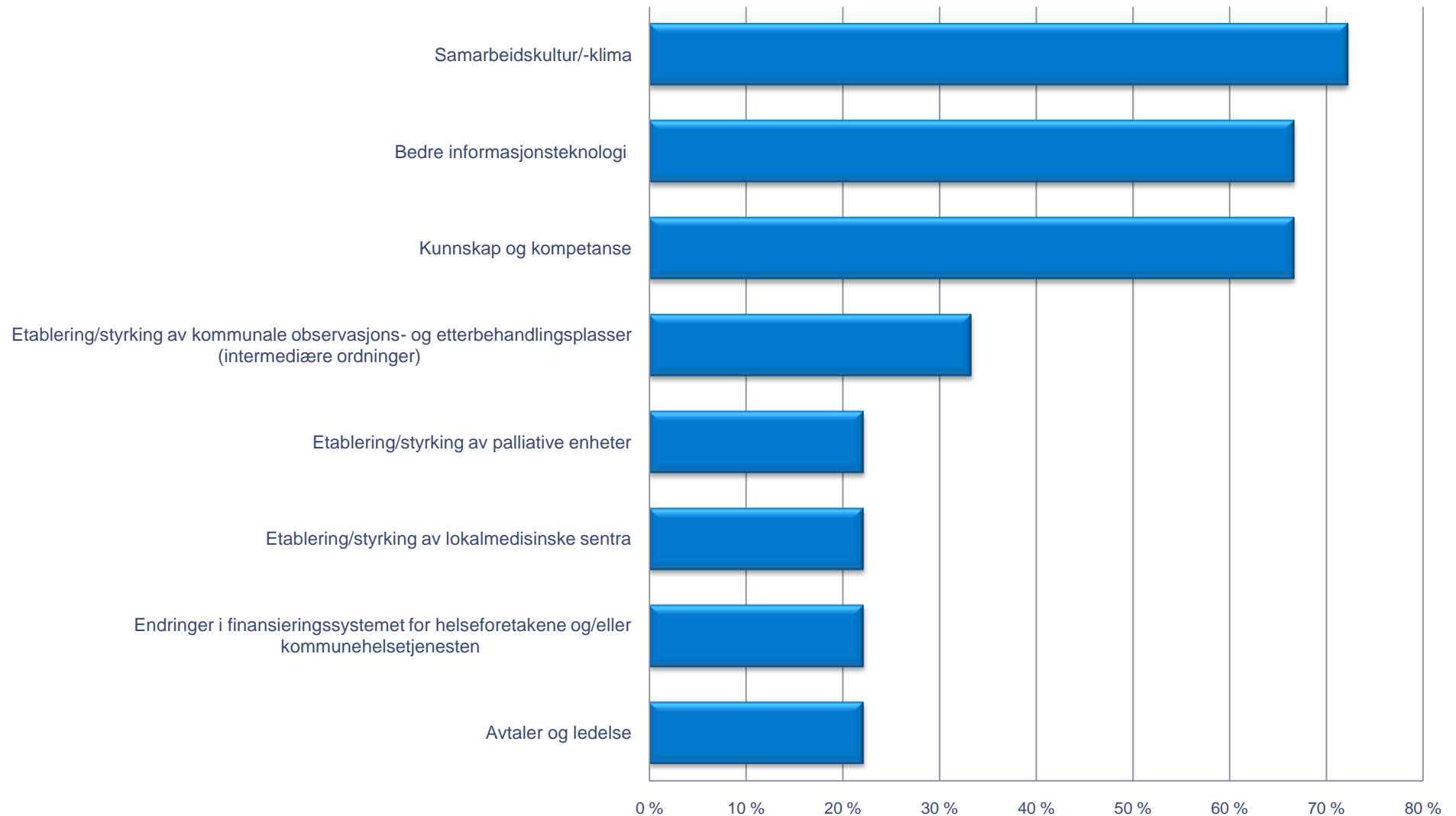
Funn vedrørende prioritering fremover – hva skal til for å styrke samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten?

Kommunenes syn på hvilke tiltak som bør prioriteres for å styrke samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (svar fra 187 kommuner).



Funn vedrørende prioritering fremover – hva skal til for å styrke samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten?

Helseforetakenes syn på hvilke tiltak som bør prioriteres for å styrke samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (svar fra 18 helseforetak)



Funn vedrørende prioritering fremover – hva skal til for å styrke samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten?

Kommunenes prioriteringer av samhandlingstiltak



HF'enes prioriteringer av samhandlingstiltak



Enighet mellom partene

- IKT, samhandlingskultur og bedre kunnskaps- og kompetanseutveksling er begge parters høyeste prioriterte tiltak - også høyt prioritert av kommuner uavhengig av størrelse
- Blant HF'ene er øvrige tiltak lavt prioritert, blant kommunene er flere tiltak prioritert relativt høyt
- Styrking av avtaleverk og felles ledelse prioriteres overraskende lavt, det samme gjør lokalmedisinske sentra

Noen mønstre

- Mest store kommuner som er opptatt av endret finansieringssystem
- To klustre i virkemidler – institusjonelle og prosessuelle (s. 65), og det er de mest sentrale/sykehushnære kommuner som er mest opptatt av institusjonsbygging

Hva i Skottland og Finland som er særlig relevant for Norge?

Finland

- Kommunene har fått ansvaret både for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Erfaring med vertskommuner og samkommuner i sammenheng med helsetjenesten helt fra 80-tallet
- Planlagt en kommunesammenslåing parallelt med en samhandlingsreform (2008-11)
- Etablering av en felles nasjonal journal

Skottland

- Organisert i 14 regioner med folkevalgte styrer som har ansvaret for all helsetjeneste
- Forlatt stykkprisfinansiering til fordel for en rammefinansiert helsetjeneste
- Organisert en felles nasjonal 24-timers telefonvaktjeneste (for alle tjenestene)
- Etablert en nasjonal kjernejournal
- Stor satsing på rehabilitering organisert i primærhelsetjenesten

Rammebetingelser for PwC tilrådinger

- Oppgavene må gjelde problemstillinger som er egnet for den generalistkompetansen som yrkesgruppene og organisasjonen i kommunehelsetjenesten har. Helsepersonell i kommunene tenker mer funksjonsevne enn diagnoser og har potensial til å øke og tilrettelegge for bedre funksjonsevne for kronisk syke pasienter og eldre og slik gjøre det mulig for pasienter å greie seg selv lenger.
- Oppgavene må ha et volum som forsvarer de tilpasningene og den ressursøkningen som må iverksettes. Potensialet for ”diagnoseuavhengige” tilbud medfører at denne forutsetningen kan tilfredsstilles også i mindre kommuner.
- Det må omhandle pasientforløp der kommunen eller kommunens helsepersonell reelt kan påvirke eller styre valget av behandlingsalternativer
- Finansieringsmodellen må på plass og virke stimulerende på kommunene til å gi tjenestetilbudet selv (unngå sykehusinnleggelse) ved forebygging eller ved et fungerende hastetilbud. Videre må modellen sikre at kommunen får økonomiske gevinster ved å ta ansvaret for utskrivingsklare pasienter tidligere enn ”normal” oppholdstid i sykehuset.

Tilrådingar knyttet til innleggelse av pasienter i sykehus

1

- Organisere et kommunalt hastetilbud

2

- Mandat til å rekvirere ekstra kommunale pleie- og omsorgstjenester

3

- Enklere tilgang på vital pasientinformasjon for legevaktsleger

4

- Rutine for individuell "førstevalg behandling"

5

- Enklere tilgang til faglig veiledning

6

- Implementering av elektronisk beslutningsstøtte (EPJ)

Tilrådingar knyttet til utskriving av pasienter fra sykehus

1

- Tidlig mobilisering og forsert tidlig utskriving

2

- Gjensidig kompetanseoverføring

3

- Rehabilitering av vante oppgaver skjer i vante omgivelser

4

- Forebyggende hjemmebesøk etter utskriving

5

- Interimsopphold i sykehjem/lokalmedisinsk senter

6

- Forsterket flerfaglig oppfølging i hjemmet

7

- Strukturert etteroppfølging, pasientopplæring og involvering av pårørende

8

- Fagfellekonferanser – fysisk og/eller elektronisk

Hva skal til for å lykkes med selve samhandlingen

- 1 • Styrking av overordnet ledelseskraft, prioriteringsevne og strategisk styring
- 2 • Samhandlingssjef med høy kompetanse, legitimitet og integritet
- 3 • Løpende involvering av faglig ledelse under kommunalsjefnivå i kommunene
- 4 • DRG-takstsystemer og premieringssystemer må stimulere økt kommunal innsats
- 5 • Gjensidig respekt og forståelse mellom partene om respektive tilnærminger til pasientbehandling
- 6 • Styrke og intensivere ambulant fagekspertise fra HF til kommunene
- 7 • Etablere større stillingshjemler for leger i sykehjem evt lokalmedisinske sentra
- 8 • Innføre effektiv elektronisk informasjonsutveksling knyttet til pasientforløpene
- 9 • Utnytt eksisterende samhandlingsarenaer og etablerte satsingsområder i stedet for å lage nye

© 2006 PricewaterhouseCoopers. PricewaterhouseCoopers-navnet refererer til individuelle medlemsfirmaer tilknyttet den verdensomspennende PricewaterhouseCoopers-organisasjonen. *connectedthinking er et registrert varemerke for PricewaterhouseCoopers.

PRICEWATERHOUSECOOPERS 