

NOTAT

GÅR TIL: Styremedlemmer

FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 18.03.2015

FRÅ: Administrerende direktør

SAKSHANDSAMAR: Hans K. Stenby

SAKA GJELD: **Status og erfaringar i arbeidet med samhandlingsreforma**

ARKIVSAK: 2013/7

STYRESAK: 035/15

STYREMØTE: 07.04. 2015

Administrerende direktør si orientering pkt. 4

.....

BAKGRUNN FOR SAMHANDLINGSREFORMA

Målet med samhandlingsreforma er å skape ei helseteneste med god kvalitet og som er berekraftig i framtida.

Dei viktigaste utfordringane blei i St. melding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, presentert som:

- pasientane sine behov for koordinerte tenester blir ikkje møtt godt nok
- tenestene er prega av for liten innsats for å redusere og førebyggje sjukdom
- demografisk utvikling og endring i sjukdomsbilete gir utfordringar som vil kunne truge samfunnet si bereevne

Reforma kvilar såleis både på eit pasientperspektiv og eit samfunnsøkonomisk perspektiv.

Det er både ei samhandlingsreform og ei folkehelsereform.

Det må leggjast meir vekt på:

- førebygging av sjukdom og sjukdomsutvikling
- tidleg hjelp/intervensjon
- koordinerte og heilskapelege tenester
- gode pasientforløp med rask og god diagnostikk og behandling/rehabilitering

Fleire pasientar må få tilbod i kommunane og presset på spesialisthelsetenesta må bli redusert.

Pasientane må bli sett i stand til å ta større ansvar og meistre eigen sjukdom betre.

Det forventast samla å gi ei meir berekraftig helseteneste.

NASJONALE STRATEGIAR OG VERKEMEDEL

Samhandlingsreforma er ei retningsreform, kor viktig verkemiddel trådde i kraft frå 01.01.12:

- Ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester
- Endringar i spesialisthelsetenestelova for å understøtte samhandlingsreforma
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta og kommunal betaling av utskrivingsklare pasientar

I reforma er følgjande strategiar/tiltak sentrale:

- sterkare føringar for samhandling – lovpålagt avtaleregulering mellom kommunane og spesialisthelsetenesta – ”gråsoner” må byggjast igjen med avtaler og samarbeidstiltak
- kommunane må forsterke sitt tenestetilbod også med døgntilbod ved behov for augeblikkeleg hjelp
- kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar
- kommunal medfinansiering av indremedisinske pasientar (avvikla frå 2015)
- stimulere til utvikling av ulike typar samhandlingstiltak mellom helseføretak og kommunar

Spesialisthelsetenesta må bidra til kompetanseoppbygging i kommunane.

OPPFØLGINGA AV REFORMA

I Helse Vest er reforma m.a. organisatorisk følgd opp ved at det i alle helseføretaka er personar som har særskilt ansvar for oppfølging. Det er etablert eit regionalt prosjekt leia av Helse Vest RHF kor m.a. alle samhandlingsjefane deltek. Samhandlingskoordinator hos fylkesmennene i regionen deltek også.

Det er også etablert eit eige prosjektstyre innan IKT for å understøtte samhandlingsreforma når det gjeld meldingsutveksling og elektronisk kommunikasjon.

Nasjonalt er det oppretta eit nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreforma kor KS/kommunar, fylkesmennene, dei regionale helseføretaka, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet deltek

Det er også ei nasjonal koordineringsgruppe leia av Helse- og omsorgsdepartementet.

Det er også sett i verk ulike «følgje med» opplegg m.a. ulike forskingsprosjekt.

Det er i Helse Vest sett av eigne midlar til å understøtte ulike samhandlingstiltak mellom helseføretaka og kommunane.

ERFARINGAR MED REFORMA

1. Samarbeidsavtalane

Helseføretaka har inngått dei lovpålagte avtalene med sine kommunar. Utfordringene er knytta til:

- implementering og oppfølging av avtalane
- innhente og systematisere erfaringar med avtalane som grunnlag for revidering og forbetring

Det er med basis avtalane oppretta gode arenaer for samhandling mellom helseføretaka og kommunane i opptaksområda.

Erfaringa så langt er at avtalene er nyttige reiskap, men at avtalereguleringa er relativt omfattande og krevjande å følgje opp. Det må vurderast om neste generasjons avtalar bør vere enklare og meir overordna men likevel forpliktande.

2. Kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar

Innføringa av kommunal betaling for utskrivingsklare pasientar ga ei nokså rask effekt. Talet på liggedøgn for utskrivingsklare pasientar blei kraftig redusert. Frå 2013 til 2014 har det likevel auka noko.

Færre liggedøgn for pasientar som er utskrivingsklare er eit klart mål og kommunane har vore gode til å ta imot pasientar som er meldt utskrivingsklare same dag. Det ser ut som om kommunane særleg har auka talet på korttidsopphold og tenester i heimen. Kommunane rapporterer om auka press på eigne tenester. Når talet på liggedøgn for utskrivingsklare no stig kan det tyda at kapasiteten i kommunane er tatt ut.

Det er særleg to problemstillingar som her blir løfta fram. Betyr meir bruk av korttidsopphald i kommunane ei oppstyking av forløpet for pasientane?

Det andre er om sjukehusa skriv for fort ut og at det kan forklare ei auke i reinnleggingar særleg for dei som blir tidleg tatt imot i kommunane. I kva grad dette er uønskte reinnleggingar som kunne vore førebygd, må undersøkast nærare i samarbeid med kommunane. Det kan også ha samanheng med tilbodet i kommunane og om overføringa er god nok.

3. Kommunalt døgntilbod om augeblikkeleg hjelp

Kommunane har ansvar for augeblikkeleg hjelp (t.d. legevakt). Dei har likevel ikkje plikt til å ha eit døgntilbod.

I ny lov om kommunale helse- og omsorgstenester er det lagt til grunn at kommunane frå 2016 vil få ei plikt til også å ha eit døgntilbod.

I samhandlingsreforma er det lagt opp til ei gradvis innføring av eit slikt tilbod i kommunane fram til 2016. Det søknadsfrist kvart år 1. mars for tilskot frå Helsedirektoratet til kommunane.

Nasjonalt hadde ca. 2/3 av befolkninga eit slikt tilbod i 2014. I Helseregion Vest var det vel 50 av kommunane som hadde døgntilbod eller hadde planlagt å starte opp.

Den største utfordringa er bruken av tilbodet i kommunane. Det er ikkje meir enn ca. 30 % av kapasiteten som blir nytta. Det har såleis ikkje hatt nokon særleg effekt på innleggingar i sjukehus så langt.

Ei hovudforklaring er at kommunane i for liten grad har vore gode til å involvere fastlegane og gi deg tryggleik på at tilbodet er forsvarleg.

Ei anna utfordring er at fleire kommunar, m.a. Bergen kommune, ikkje vil klare å etablere tilbod før i 2016.

4. Kommunal medfinansiering

Ordninga med kommunal medfinansiering innebar at kommunane måtte betale 20 % av kostnaden ved bruk av spesialisthelsetenesta. Det gjaldt først og fremst indremedisinske sjukdommar. Ordninga blei avvikla i 2015 utan at det blei innført noko tilsvarande verkemiddel.

Den kommunale eigenbetalinga var låg og kommunane har i liten grad utvikla alternative tilbod i kommunen. Det har likevel vore viktig fordi dei fleste kommunane er blitt mykje meir bevisste på eigne innbyggjarar sin bruk av spesialisthelsetenester, og fordi kommunane kan samanlikne seg med andre kommunar.

Det samla nivået på den kommunale medfinansieringa har vore omlag på nivå med uttrekket frå spesialisthelsetenesta. På kommunenivå har det vore ulikskap, nokon har «tent» på ordninga sidan dei har hatt eit lågare forbruk enn forventa, medan det har vore motsett for andre.

Det er både frå spesialisthelsetenesta og kommunane etterlyst tilsvarande verkemiddel.

5. Elektronisk meldingsutveksling

For å understøtte samhandlingsreforma er det investert mykje i å utvikle elektriske ordningar for utveksling av m.a. meldingar.

Sjølv om det ikkje har gått så raskt som ønskjeleg er dei fleste kommunane/fastlegane knytt opp mot spesialisthelsetenesta og det har vore ei kraftig auke i talet på meldingar. Det lettar samhandlinga.

Det er likevel framlais utfordringar. Sjølv om Helse Vest har lagt stor vekt på samordning av sine system har kommunane/fastlegane vore lite samordna med mange ulike system og versjonar som gjer den elektronisk utvekslinga krevjande.

Det er etterlyst sterkare nasjonale grep for å bygge ein felles infrastruktur. Dette må sjåast mot det pågåande arbeidet med «Ein innbyggjar – ein journal».

Utvikling og bruk av telemedisin har også eit stort potensiale.

OPPSUMMERING OG UTFORDRINGAR

Samhandlingsstatistikk både frå 2012-2013 og frå 2013-2014 viser på eit overordna nivå ei utvikling i helse- og omsorgstenestene som understøttar måla i samhandlingsreforma.

Det er større vekst i primærhelsetenesta enn i spesialisthelsetenesta. Det er relativt større vekst av legar og særleg sjukepleiarar i kommunane som gir kommunane auka kompetanse. Det er auka bruk av korttids plassar og heimesjukepleie. Kommunane bygger ut døgnplassar for augeblikkeleg hjelp og tar imot utskrivingsklare pasientar tidlegare. Kommunane etablerer fleire frisklivssentralar for å førebygge og understøtte pasientane si eigenmeistring.

Det er samstundes blitt eit større press på kommunane og det er fare for ei oppstyking av opphalda.

Det er eit tettare og betre samarbeid mellom kommunane og spesialisthelsetenesta og viktige samhandlingsarenaer er oppretta.

Ei særleg utfordring for både spesialisthelsetenesta og kommunane er at fastlegane i praksis i stor grad står fram som eigen part og har vore for lite integrert i reformarbeidet. Sidan fastlegane utfører kommunale oppgåver er dette eit ansvar for kommunane.

Sidan dei økonomiske verkemidla har vore knytt til somatikk har det vore mindre merksemd på psykisk helse og rus. Innan psykisk helsevern har utviklinga allereie før reforma i stor grad

vore i tråd med intensjonane i reforma. Dette er likevel område som må få større merksemd framover.

Spesialisthelsetenesta er engasjert i ei mengde utviklingstiltak i saman med kommunane. Reforma har så langt likevel ikkje medført noko synleg skifte i bruk av spesialisthelsetenester. Etablering av kommunale døgnplasser for augeblikkeleg hjelp har ikkje hatt merkbar innverknad på innleggingar i sjukehusa. Samstundes har også spesialisthelsetenesta ein veg å gå for å innrette tenestene i tråd med intensjonane i reforma.

Ei meir heilskapeleg helseteneste med vekt på å gi hjelp tidleg og nært, vil vere i tråd med helseministeren sitt ønskje om å skapa «pasientens helseteneste».

Det er i utgangspunktet heller ikkje nokon motsetnad mellom ei helseteneste som i større grad vektlegg pasientperspektivet og ei berekraftig helseteneste. Ei helseteneste med godt tilrettelagte tenester vil oftast også vere ei effektiv teneste som nyttar ressursane godt.

Måla i samhandlingsreforma vil framleis ligge fast. I 2015 som er det 4. året i reforma vil det likevel nasjonalt bli gjort ei vurdering av om det er grunnlag for å justere noko på kursen og verkemidla.

Adm. direktør vil komme tilbake med eiga sak om samhandlingsreforma.