

102020752 Åpen

Rapport

Samhandling mellom kommuner og sykehus

Forfattere

Tarald Rohde

Lisbet Grut

Jan Lippestad

Kjartan Sarheim Anthun



Rapport

Samhandling mellom kommuner og sykehus

Undertittel

EMNEORD:

Kommune
Sykehus
Helsetjenester
Samarbeid
Data
Intervju

VERSJON

1,0

DATO

2020-05-13

FORFATTERE

Tarald Rohde
Lisbet Grut
Jan Lippestad
Kjartan Sarheim Anthun

OPPDRAUGSIVER

KS

OPPDRAUGSIVERS REF.

Jon Anders Drøpping

PROSJEKTNR

102020752

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

145 inkl. vedlegg

SAMMENDRAG

4. april 2019 utlyste KS et FoU-prosjekt som ble beskrevet slik:

"Forespørsel om tilbud på KS FoU-prosjekt nr. 194034, «Samhandling og oppgaveoverføring mellom sykehus og kommuner»

- Delprosjekt 1: Dokumentere omfanget av oppgaver som er overført fra sykehus til kommunene uten at dette er planlagt, konsekvensvurdert eller finansiert
- Delprosjekt 2: Hente inn og sammenlikne erfaringer fra kommuner/kommunesamarbeid om samhandling med sykehus, med sikte på å beskrive gode eksempler på samarbeid mellom kommuner og helseforetak og hvorvidt og hvordan kommunene kan påvirke samhandlingen.
- Delprosjekt 3: Belyse hvilke mulige endringer i rammevilkår og øvrige betingelser som kan bidra til bedre og mer likeverdig samhandling."

Rapportene for de tre delprosjektene er samlet i denne sluttrapporten.

UTARBEIDET AV

Tarald Rohde, seniorrådgiver

KONTROLLERT AV

Arne H Eide, forskningsleder

GODKJENT AV

Jon Harald Kaspersen, forskningssjef

RAPPORTNR

102020752

ISBN

ISBN-nummer

GRADERING

Åpen

SIGNATUR



SIGNATUR



SIGNATUR



GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Forord

4. april 2019 utlyste KS et FoU-prosjekt som ble beskrevet slik:

"Forespørsel om tilbud på KS FoU-prosjekt nr. 194034, «Samhandling og oppgaveoverføring mellom sykehus og kommuner»

KS ønsker tilbud på et FOU-prosjekt som skal dokumentere omfanget av oppgaver som er overført fra sykehus til kommunene uten at dette er planlagt, konsekvensvurdert eller finansiert. Prosjektet skal også hente inn og sammenlikne erfaringer fra kommuner/ kommunesamarbeid om samhandling med sykehus, med sikte på å beskrive gode eksempler på samarbeid mellom kommuner og helseforetak og hvorvidt og hvordan kommunene kan påvirke samhandlingen. Prosjektet skal også belyse hvilke mulige endringer i rammevilkår og øvrige betingelser som kan bidra til bedre og mer likeverdig samhandling."

SINTEF ble tildelt oppdraget. Kontrakt ble underskrevet 24. juni 2019.

FoU-prosjektet er tredelt:

- Delprosjekt 1: Dokumentere omfanget av oppgaver som er overført fra sykehus til kommunene uten at dette er planlagt, konsekvensvurdert eller finansiert
- Delprosjekt 2: Hente inn og sammenlikne erfaringer fra kommuner/kommunesamarbeid om samhandling med sykehus, med sikte på å beskrive gode eksempler på samarbeid mellom kommuner og helseforetak og hvorvidt og hvordan kommunene kan påvirke samhandlingen.
- Delprosjekt 3: Belyse hvilke mulige endringer i rammevilkår og øvrige betingelser som kan bidra til bedre og mer likeverdig samhandling."

Rapportene for de tre delprosjektene er samlet i denne sluttrapporten. De presenteres med hver sin innholdsfortegnelse, da vi tror det gir bedre leservennligheten til den samlede rapporten. Referanser og vedlegg er plassert å slutten av hver delrapport. På side 7 finner leseren en innholdsfortegnelse som viser hvor hver av de tre delrapportene starter.

Et fyldig sammendrag er plassert forrest i sluttrapporten. Der presenteres et sammendrag av de tre delrapportene. Deretter kommer en konklusjon som framhever de mest sentrale funnene vi har gjort og presenterer forslag til hvordan samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan bedres.

Sammendrag

Delprosjekt 1 "Oppgaver som er overført fra sykehus til kommunene uten at dette er planlagt, konsekvensvurdert eller finansiert"

I innledningen til delrapport 1 blir det vist at både kommuner og sykehus i all hovedsak er rammefinansiert eller får overføringer knyttet til aktivitet (stykkpris for sykehusene). Avtalene som er inngått mellom kommuner og helseforetak regulerer hvordan man skal ta opp uenigheter og er ikke knyttet til enkelte pasientgrupper. Derfor kunne ikke oppdraget løses ved å se om ressurser fulgte de "riktige" oppgavene, da disse ikke er spesifisert.

For å operasjonalisere oppgaven har vi derfor formulert seks problemstillinger. Disse er besvart gjennom intervjuer med fagpersoner i kommunene og i helseforetakene og ved å analysere utviklingen for utgifter, årsverk og pasient/brukerbehandling fra året før samhandlingsreformen ble innført (2011) og fram til og med 2018. De seks problemstillingene er:

- Har det skjedd en ubalansert utvikling i tildelingen av ressurser til kommunale helsetjenesteoppgaver sett i forhold til ressursene tildelt spesialisthelsetjenesten?
- Har kommunene fått nye og mer krevende oppgaver som krever mer ressurser enn hva som er overført kommunene?
- Får kommunene tilstrekkelig faglig hjelp fra spesialisthelsetjenesten, slik at de kan utøve en god tjeneste med nye og krevende pasientgrupper?
- Har sykehusene skjøvet oppgaver over til kommunene som spesialisthelsetjenesten bør ha ansvaret for?
- Er planleggingen av pasientstrømmen for svak? Overføres pasienter uten at kommunene får tid til å forberede seg på å ta imot pasientene? Hvordan vurderes konsekvensen av overføring av oppgaver?
- Er det enighet, både blant kommunenes og sykehusenes representanter om at flere oppgaver både kan og bør foretas i kommunal regi?

Vårt statistiske materiale viser at veksten har vært ganske lik for kommunehelsetjenesten og sykehusene. Det gjelder både om vi ser på utgifter, årsverk eller mottakere av kommunale tjenester eller behandlede pasienter i sykehusene. Kommunehelsetjenesten hadde en noe sterkere utgiftsvekst enn sykehusene i årene etter innføringen av samhandlingsreformen, men dette er utlignet de siste årene. Vi finner derfor ikke at en av partene har hatt en bedre eller dårligere utvikling enn den andre.

Informantene fra både kommuner og helseforetak mener at kommunene har fått nye og mer krevende oppgaver i løpet av perioden vi har sett på. Det varierer hvor mye av dette som tillegges samhandlingsreformen. Noen mener den reformen førte til en endring som ga økte oppgaver til kommunene. Andre mente dette var en utvikling som startet tidligere og skyldtes at kommunene ble bedre i stand til å ta nye oppgaver og at dette var en ønsket utvikling. Disse mente at samhandlingsreformen mer svarte på en utvikling som var i gang. Rapporten har tatt med en figur som viser antall liggedager i sykehusene. Den viser at fallet i liggedager har pågått siden 1990, og at reduksjonen av antallet liggedager ikke økte i årene etter samhandlingsreformen ble innført. Antall utskrevne døgnpasienter har hatt en liten vekst, slik at gjennomsnittlig liggetid er redusert noe mer enn antall liggedager.

Tallmaterialet vi presenterer viser at bistandsbehovet til brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester har økt. En rapport fra Statistisk sentralbyrå viser at arbeidsbyrden til fastleger antagelig har blitt større, selv om antallet pasientbesøk ikke har økt.[1] Kompleksiteten i sykdomsbildet til sykehuspasientene har også økt noe, målt i DRG vekter. Samtidig er helsetjenesten tilført flere ressurser. Det gjelder både for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi har ikke foretatt noen analyse av om den økte ressurstilgangen har vært tilstrekkelig til å dekke opp for nye og mer kompliserte oppgaver. Datamaterialet viser imidlertid at helsetjenesten samlet bare har økt sine utgifter svakt mer enn hva som har vært tilfellet for den øvrige delen av norsk økonomi, mens økningen i antall årsverk har vært litt lavere enn for norsk økonomi samlet. Vi kan derfor ikke si at helsetjenesten har blitt spesielt prioritert i perioden. Våre

informanter mener de har behov for flere ressurser og mer kompetanse for å utføre sine oppgaver på en tilfredsstillende måte. Både informantene og tallmaterialet som presenteres viser at antallet pasienter med pleie- og omsorgsbehov (utskrivingsklare pasienter) som overføres fra sykehus til kommunene er forholdsvis lite, men gruppen omfatter pasienter som kan være svært ressurskrevende for den enkelte kommune.

Intervjuene viser at det er enighet blant våre informanter om at mottakere av kommunale tjenester bør få bo hjemme lengst mulig. Man er også enige om at pasienter bør ut av sykehuset når behandlingen i spesialisthelsetjenesten er avsluttet. Det synes som utfordringene er forskjellige for somatisk sektor og for psykisk helsevern og rusbehandling. Innen somatisk sektor er utfordringene ganske konkrete. Mange kommuner både kan og vil følge opp utskrevne pasienter med det de har behov for hjemme eller på kommunal institusjon. Da vil de ha behov for veiledning fra spesialisthelsetjenesten, god oversikt over medikamentbehov og tilgang på utstyr som kreves. Problemene oppstår når kommunene får for kort tid på seg til å forberede den videre oppfølgingen, når oppdaterte medikamentlister og epikriser ikke foreligger og når det ikke er sørget for at nødvendig utstyr kan følge med pasienten ut i kommunen. Innen psykisk helsevern og rusomsorg er bildet mer uoversiktlig. På dette området har også veksten vært innen poliklinisk behandling og vurdering. Da vil pasientene bo i egen eller kommunal bolig. Hvis pasientene ikke responderer på behandling i spesialisthelsetjenesten vil de bli avvist der. Våre kommunale informanter trekker spesielt fram at de distriktpsykiatriske enhetene, DPSene, ikke fungerer slik de ønsker. Innen dette området synes det som om det fortsatt er et behov for å tydeliggjøre hvilket nivå som har ansvar for hva. Selv om det har vært en økning i ressurstilgangen og antall behandlede pasienter er økt, synes behovet for mer ressurser fortsatt å være stort.

Ingen av våre informanter mener sykehusene har skjøvet oppgaver over til kommunene som sykehusene selv skulle tatt ansvaret for. Informantene fra kommunehelsetjenesten viser også til at spesialisthelsetjenesten bistår med kompetanse og utstyr når det er nødvendig. Likevel er man enige om at det er behov for mer bistand. Som tidligere skrevet kan overføringene i en del tilfeller være dårlig forberedt og komme brått på kommunehelsetjenesten. Pleie- og omsorgstjenesten uttrykker også at de savner medisinsk kompetanse, slik sykepleietjenesten har i sykehusene. Fastleger påpeker at de kan føle seg brukt som sekretærer for sykehuslegene og pleie- og omsorgstjenesten sier sykehusene kan love hvilke tjenester en pasient skal få i kommunen uten at kommunen er orientert eller spurt. Det pekes på mange forhold som kan bli bedre, og intervjuene våre viser at begge sider er ganske enige om dette. Våre sykehusinformanter sier de oppfordrer sine ansatte til å respektere at kommunene best vet hvilke kommunale tjenester som vil være tjenlig for en utskreven pasient, og det er vilje til å gå gjennom ansvarsfordelingen mellom sykehusleger og fastleger. Det vies mest oppmerksomhet til hvordan pasienten bør tas vare på ut av sykehuset, men noen viser også til behovet for en god kommunikasjon når pasienten skal inn i sykehus. De aller fleste, også de eldste, vil få en vurdering eller bli behandlet poliklinisk. Multisyke inneliggende pasienter vil normalt ha få oppholdsdager. Derfor vil det være nyttig at sykehuset har god informasjon om pasienten når denne mottas på sykehuset.

Intervjuene viser at kommunikasjonen for det meste går mellom sykehusleger og fastlege og mellom sykepleierne ved sykehus og pleie- og omsorgstjenesten. Fastleger og pleie- og omsorgstjenesten er begge en del av den kommunale helsetjenesten, men de synes lite koordinert i sin kontakt med spesialisthelsetjenesten. Kommunene er opptatt av å legge forholdene til rette for fastlegene, slik at hjemler blir besatt og legen blir værende over tid. Ingen av våre informanter tar opp samarbeidet mellom fastleger og pleie- og omsorgstjenesten som en del av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Det er en anerkjent problemstilling at helsetjenesten vil ha behov for flere årsverk i takt med en aldrende befolkning.[2] Vi finner at veksten i antall årsverk siden 2011 har vært noe lavere for helsetjenesten enn for andre sektorer i landet. For de fleste personellgruppene har veksten i kommunene vært noe høyere enn i spesialisthelsetjenesten, bortsett fra for leger. I proposisjonen som lanserte samhandlingsreformen ble det formulert et mål om 2 000 flere fastleger. Siden 2011 har antallet økt med knappe 600 stillinger. Samlet har antall leger i kommunehelsetjenesten økt med 1 126. I spesialisthelsetjenesten har antallet stillinger økt med 3 881. Det er nesten like mange som det samlede antallet fastleger. Våre informanter i pleie- og omsorgssektoren sier de kunne ha behov for mer tilgjengelig medisinsk kompetanse. Utviklingen av

legestillinger kan tyde på at det har vært en skjev utvikling på dette området og at det kan være behov for å styrke den medisinske kompetansen i kommunehelsetjenesten.

Vi har registrert at det er ulike oppfatninger av den kommunale kompetansen på rehabiliteringsområdet. Representantene for sykehusene uttaler at de i all hovedsak ikke driver rehabilitering lenger, og synes kompetansen på dette området ikke er bra nok i kommunene. Representantene fra kommunene viser på sin side til utviklingen av hverdagsrehabilitering¹ som et tiltak de mener fungerer godt. Vi kan ikke med utgangspunkt i dette prosjektet gi en egen vurdering av dette. Antallet fagpersoner som i hovedsak arbeider med rehabilitering er relativt få og veksten for disse har vært lavere enn veksten for helsearbeidere samlet.

I kommunehelsetjenesten har brukere av hjemmesykepleie økt kraftig, mens brukere av institusjonstjenesten har hatt en svak nedgang. For spesialisthelsetjenesten har veksten kommet i antall polikliniske konsultasjoner, mens antall inneliggende pasienter har vært tilnærmet konstant. Forskjellen er at i kommunene får nå flere tjenester i hjemmet, mens i spesialisthelsetjenesten må pasienten oppsøke sykehuset for å få en vurdering eller behandling.

Delprosjekt 2 Eksempler på god samhandling mellom kommuner og sykehus

Erfaringene fra arbeidet med delrapport 2 er at temaet "Samhandling kommune/sykehus" er meget omfattende og bredspektret. Vi har langt fra kunnet dekke alt i et begrenset delprosjekt. Vi mener likevel at vi har kunnet presentere et utvalg av prosjekter, satsinger og aktiviteter som gir et godt bilde av bredden på dette området. Noen av prosjektene vi presenterer er initiert lokalt, mens andre er initiert gjennom nasjonale satsinger, eksempelvis "Nasjonale læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp for eldre og kronisk syke personer og for personer som har problemer med rus og/eller psykisk helse". Det nasjonale læringsnettverket er presentert i eget punkt i rapporten. Videre har vi et eget punkt hvor vi presenterer et utvalg sentrale dokumenter som er relevante for temaet i delrapporten. Det store antallet samarbeidsprosjekter indikerer at klimaet for samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er godt.

Som en del av delprosjekt 2 sendte vi en henvendelse til samtlige fylkesleger, helseforetak v/samhandlingsavdelingen og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og ba om å få tilsendt eksempler på gode samhandlingsprosjekter som adressatene ville framheve innenfor sitt område. Det ble fra vår side gitt få føringer for hva som kunne sendes inn. I henvendelsen ble det vist til at vi vil velge ut prosjekter og studere dem nærmere med utgangspunkt i informasjonen vi mottok, hvor vi ville legge vekt på følgende elementer:

- Hvilke pasientgrupper som var omfattet i prosjektet
- Hvilke mål som ble satt
- Om det var stor enighet og entusiasme for prosjektet
- Om det var enighet mellom kommuner og sykehus, eller om det var en av partene som var den drivende part
- Ble det satt en kostnadsramme for prosjektet
- Hvor lenge prosjektet hadde vært i drift
- Om prosjektet etter hvert er integrert i den daglige driften
- Hvordan prosjektet har påvirket driftskostnader og kvaliteten på tjenestene som ytes
- Om prosjektet er evaluert

¹ Hverdagsrehabilitering omfattes av definisjonen i Forskrift om habilitering og rehabilitering Kap. 2 §3: Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Vi mottok 140 forslag til samhandlingsprosjekter. Etter en gjennomgang av samtlige prosjekter, kom prosjektgruppen, i samråd med ressursgruppen, fram til et utvalg på åtte prosjekter som vi mente det ville være relevant å se nærmere på ved å be om mer utfyllende skriftlig dokumentasjon og gjennomføre intervjuer. I det tilsendte materialet var det imidlertid så vidt mange interessante samhandlingsprosjekter at vi valgte å supplere materialet med ytterligere sju prosjekter, men hvor vi, ut fra tid og ressurser, baserer presentasjonen kun på skriftlig materiale: evalueringsrapporter, årsmeldinger og annen dokumentasjon.

Pasientgruppene i prosjektene vi har valgt ut spenner fra eldre multisyke pasienter, til gravide og småbarnsfamilier som er berørt av utfordringer knyttet til psykisk helse og rus, brukere med samtidig rusmisbruk og psykiske lidelser, og barn og unge med psykiske helseplager. Videre har vi beskrevet prosjekter som ikke er innrettet mot en spesifikk pasientgruppe, som eksempelvis ambulerende sykepleierteam ved AHUS, samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ved Hallingdal sjukestugu, og prosedyrer for oppgavedeling mellom fastleger og sykehusleger i Stavanger. Etter vår vurdering har satsingene rettet oppmerksomheten mot tjenester og tilbud til pasientgruppen med dokumenterte utfordringer når det gjelder pasientforløp, samhandling og tverrfaglig tilbud på tvers av forvaltningsnivåene.

Når det gjelder mål som er satt i de ulike prosjektene, vil disse, ut fra prosjektenes art, naturlig nok variere med hensyn til detaljeringsnivå og tidsplan. Vi går ikke i detalj på dette, men vil generelt sett peke på at den type utviklingsarbeid som vi presenterer eksempler på, er læringsprosesser for alle involverte, hvor kurs og mål justeres underveis (refleksjon-handling-refleksjon) [10], noe som kjennetegner mye av utviklingsarbeidet i offentlig sektor. I et slikt perspektiv mener vi at for prosjektene vi har beskrevet, er prosessen vel så viktig som grad av måloppnåelse. Prosjektene har ført til nyskaping og kunnskapsproduksjon, har involvert mange ulike aktører (faggrupper), og har gitt læring for deltakerne.

I vår gjennomgang har vi sett på i hvilken grad det var enighet og entusiasme i kommunene og sykehusene for prosjektene, og om det var en av partene som var den drivende part. Svaret på dette varierer fra prosjekt til prosjekt, og fra fase til fase. Vi har vist eksempler på at initiativ er tatt fra henholdsvis regionalt helseforetak, helseforetak og kommune. Et hovedinntrykk er at det kan spores enighet om viktighet og entusiasme i gjennomføringen, både i kommunene og sykehusene, når temaet er satt på dagsordenen. Generelt sett viser erfaringer at prosjekt, forsøk, prøveordninger og liknende rekrutterer entusiaster [11]. Våre eksempler viser også betydningen av enkeltpersoner som entusiaster og pådrivere, spesielt i den initiale fasen av et prosjekt.

Delprosjekt 3 Mulige endringer i rammevilkår og øvrige betingelser som kan bidra til bedre og mer likeverdig samhandling

Dette tredje delprosjektet skal svare på denne formuleringen i utlysningen av oppdraget:

"Prosjektet skal belyse hvilke mulige endringer i rammevilkår og øvrige betingelser som kan bidra til bedre og mer likeverdig samhandling."

I vårt tilbud beskrev vi hva vi ønsket å gjøre slik:

- Gi en oversikt over hvilke rammevilkår som gjelder for landets kommuner i dag.
- Gi en oversikt av hvordan disse er endret fra og med vedtaket av samhandlingsreformen, og gi en vurdering av hvordan ønsket og faktisk effekt har vært.
- Skissere mulighetsbildet for en endring av rammebetingelser og bruk av insentiver og egenbetalinger, og vurdere effekten av ulike tiltak.

Kommuneloven gir kommunene stor selvstendighet. Denne ble forsterket ved innføringen av samhandlingsreformen. Helseforetakene eies av staten og inngår avtaler med den private delen av spesialisthelsetjenesten. Delrapporten gir en oversikt over finansieringskildene til kommuner og helseforetak. For kommunene utgjør skatteinntekter og rammetilskudd ca. 65 prosent av inntektene. For helseforetakene utgjør basisbevilgning og innsatsstyrt finansiering nesten 90 prosent av inntektene. Kommunehelsetjenesten

og sykehusene er økonomisk bare knyttet sammen med betalingen for overliggerdøgn for utskrivingsklare pasienter.

Innføringen av samhandlingsreformen endret ikke så mye på rammebetingelsene. Medfinansiering ble innført, men terminert etter noen år. Betaling for overliggerdøgn for utskrivingsklare pasienter ble innført og eksisterer fortsatt. Det ble bevilget midler til etablering av kommunale akutte døgnplasser. Først for somatiske pasienter og siden også for psykisk helsevern og rusomsorg. Det ble etablert en lovpålagt plikt om å opprette en kontaktperson for å koordinere helse- og omsorgstjenestene mellom nivåene og det er etablert samhandlingsorganer mellom helseforetakene og kommunene i foretakenes opptaksområde.

Rapporten vurderer hva delrapport 1 og 2 har avdekket av problemstillinger og muligheter når det gjelder samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten og drøfter ulike former for finansiering av tjenestene og behovet for andre samhandlingsorgan enn de som eksisterer.

Det foreslås at samarbeidet mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene styrkes, slik at begge fagområdene samarbeider i kontakten med spesialisthelsetjenesten. Den medisinske støtten til pleie- og omsorgstjenesten bør også styrkes ved at hjemmesykehus, det nasjonal helse- og sykehusplan kaller det utadvendte sykehus, etableres i en større skala enn de prosjektene som eksisterer i dag representerer.

Arbeidet med kompetanseheving i kommunene bør styrkes ved en systematisk gjennomgang av hvilke pasientgrupper som er de dominerende. Da vil man få bedre kunnskap om hvilken kompetanse alle kommuner bør ha, hvilke kompetanser større kommuner og en gruppe samarbeidende kommuner vil ha og hvilke pasientgrupper som er såpass sjeldne at det er naturlig at spesialisthelsetjenesten følger opp med sin kompetanse så langt det er behov for det. All helsetjeneste er individbasert, og samhandlingen er også veldig knyttet til enkeltindivider. Det er behov for å skaffe mer kunnskap om hvordan strukturen i tilbudet kan bli bedre.

I rapporten presenteres en kort diskusjon av fordeler og ulemper med ulike former for finansiering av tjenestene. Vi tror ikke stykkprisfinansiering eller tilsvarende insentiver vil kunne fremme et bedre samarbeid. Det pågår et prosjekt med statlig finansiering av helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Evalueringen så langt indikerer ikke at dette påvirker samarbeidet mellom sykehus og helse- og omsorgstjenesten i særlig grad. Delrapport 3 viser til at en kombinasjon av pålegg og øremerkete bevilgninger har gitt resultater. Det har blitt avvirket der det ikke har fungert etter hensikten, som forsøket med medfinansiering. På andre områder har slike tiltak dannet grunnlag for etablering av en ny tjeneste og/eller ny praksis og de øremerkete midlene har etter kort tid blitt innlemmet i den kommunale rammefinansieringen.

Man har nå erfaringer fra et stort antall samhandlingsprosjekter. Disse erfaringene bør nå tas med inn i større prosjekt med mål om å endre mer fundamentalt på strukturen i samarbeidet og teste ut hvordan sykehusene kan bevege seg ut av sine hovedbygg og helt hjem til sine pasienter. Da må det tilføres ganske betydelige midler og gjennomføres prosjekter som har som mål å bli en del av helsetjenesten framover. Dette vil være en videreføring av intensjonene i samhandlingsreformen.

De viktigste funnene og forslag til framtidige endringer av rammevilkår som kan gi en bedre og mer likeverdig samhandling

Det er en grunnleggende enighet mellom representantene for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten om hvilken retning samarbeidet dem imellom bør ha. Dette understrekes av intervjuene vi har gjennomført og det store antallet samarbeidsprosjekt som er dokumentert. Oppfatningen er at brukere/pasienter bør få anledning til å bo hjemme så lenge det er mulig og at pasienter bør ut av sykehuset når behandlingen der er avsluttet.

Fra begge nivåer vises det til behov for flere ressurser fordi oppgavene de er satt til å utføre er blitt mer krevende. Ønsket om flere ressurser har ingen brodd mot den andre parten.

Fundamentet for å utvikle samarbeidet videre er derfor godt og til stede.

Utfordringene er forskjellige innen de enkelte medisinske områdene, men felles for alle er behovet for bedre kommunikasjon og bedre løsninger knyttet til pasientenes/brukernes bevegelse mellom nivåene, og bedre kunnskap om hverandres kompetanse og muligheter.

For somatiske pasienter oppstår problemer først og fremst knyttet til at sykehusene varsler kommunene for seint om utskrivninger, slik at kommunene ikke får forberedt mottaket av pasienten. Stadig mangler det også for ofte epikriser, god oversikt over medikamentbehovet og tilgang på utstyr når det er aktuelt. Spesialisthelsetjenesten bistår med opplæring og veiledning, men kommunenes representanter mener dette kan bli bedre.

De to nivåene synes å ha noe ulikt syn på kvaliteten på rehabiliteringsarbeidet. Kommunenes representanter framhever utviklingen av hverdagsrehabilitering. Informantene fra spesialisthelsetjenesten mener kompetansen på mer spesialiserte områder ikke er god nok i kommunene.

Innenfor psykisk helsevern og rusomsorgen er situasjonen mer uoversiktlig. Innenfor dette fagfeltet opplever kommunene at spesialisthelsetjenesten ikke vil ta imot pasientene fordi de ikke responderer på behandling. I slike situasjoner har kommunene behov for bistand uten å få det. Samarbeidet med DPSene trekkes spesielt fram som et samarbeid som bør bli bedre.

Kommunenes representanter viser til at de arbeider mye med kompetanseheving av sine ansatte og at de nå er i stand til å handtere krevende pasienter/brukere som de få overført fra spesialisthelsetjenesten.

Analysen av det statiske materialet vi har hatt tilgang til viser at utgiftsvekst, vekst i årsverk og vekst i antallet brukere/pasienter viser den samme utviklingen for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tallene viser også at helsetjenesten ikke har vært spesielt prioritert i perioden siden innføringen av samhandlingsreformen. Utgiftsveksten har vært litt over den for norsk økonomi samlet, mens veksten i årsverk har vært litt lavere.

Veksten i legestillinger viser en ubalanse mellom nivåene. Økningen i legestillinger i spesialisthelsetjenesten har vært 3-4 ganger høyere enn i kommunehelsetjenesten. Antallet nye leger i spesialisthelsetjenesten er nesten like høyt som det samlede antallet fastleger i Norge.

Flere av utfordringene det pekes på er ikke nye. De fantes også før samhandlingsreformen. Så selv om alle er enige om at det skal foreligge en god epikrise ved utskrivning fra sykehuset viser erfaring at det ikke er så lett å få til for alle. Spesielt for psykisk helsevern, rusomsorg og rehabilitering er det usikkerhet om hva som er en god organisering av tjenestene og om kompetansen er tilstrekkelig både i antall og kunnskap.

Det synes som det er et behov for å styrke den medisinske kompetansen i kommunene, men det er ikke kommet opp noen forslag om hvordan dette bør gjøres. Mulighetene kan være å trekke fastlegene inn i et tettere samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten, utvide den legetjenesten som samarbeider tett med pleie- og omsorgstjenestene som sykehjemsleger, leger tilknyttet den kommunale administrasjonen og kanskje også egne legevaktsleger. Dette prosjektet gir ikke kunnskap om hvordan dette kan og bør gjøres og ingen av samarbeidsprosjektene vi har fått oversikt over arbeider med disse problemstillingene særskilt. Noen av utfordringene på dette feltet kan også løses ved at medisinsk kompetanse på sykehuset engasjerer seg mer i overgangen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er etablert samarbeidsprosjekter der dette er tilfellet, både innenfor det somatiske området og for psykisk helsevern og rusomsorg. Et viktig satsingsområde framover bør være å styrke den medisinske og diagnostiske kompetansen i kommunene, enten ved hjelp av egne leger eller ved hjelp av et strukturelt samarbeid med sykehusene.

Satsingen på omsorg i hjemmet er en ønsket utvikling og ikke en nødvendighet fordi institusjonsplasser ikke i tilstrekkelig grad er tilgjengelige. Flere av prosjektene som presenteres i delrapport 2 viser at også sykehuset kan tilby tjenester utenfor sin egen enhet, enten i kommunale institusjoner eller i hjemmet. Ennå er ikke erfaringene med slike enkeltprosjekt trukket sammen til større forsøk som har potensiale til å endre strukturen med at pasienter i all hovedsak må oppsøke sykehuset for å få en vurdering eller behandling.

Kommunene varierer både i størrelse, befolkningsprofil og avstand til sykehuset. Hva de kan klare selv, hvilken kompetanse de trenger og hvor avhengig de vil være av støtte fra spesialisthelsetjenesten vil variere. Det er mulig å utnytte diagnoseregistreringen på sykehus og målingen av bistandsbehov i kommunene til å etablere en bedre oversikt over kompetansebehovet i den enkelte kommune eller gruppe av samarbeidende kommuner. Helsetjenesten er nødvendigvis veldig individorientert. Det gjenspeiler også samhandlingen. Utfordringene og diskusjonene mellom nivåene knytter seg ofte til enkeltpersoner. Datamaterialet vi har studert kan også tyde på at det er de etablerte tjenestene som nødvendigvis tar ressursene. Nye tjenester må etableres ved enkeltsatsinger som da etter noe tid kan integreres i de eksisterende rammebudsjettene. Vi antar at dette også gjelder kompetansehevingen. Den tar utgangspunkt i de faggruppene som allerede er ansatt. Derfor anbefaler vi at det igangsettes et arbeid som kan gi mer kunnskap om hvilken kompetanse som må bedres i kommunene og hvordan. Hvilken kompetanse må alle kommuner ha, hvilken kompetanse må de større kommunene og grupper av samarbeidskommuner ha, og hvilken kompetanse må hentes fra spesialisthelsetjenesten til pasienter/brukere som bor i eget hjem eller kommunal institusjon? Slik kan man få en bedre struktur på den individbaserte samhandlingen.

Helse- og omsorgsdepartementet inviterte for noe tid tilbake kommuner til et forsøk der DPSer ble overtatt av kommunene. Kommunene viste ikke tilstrekkelig interesse for dette, slik at forsøket ikke er igangsatt. DPSer utgjør en vesentlig del av det psykiatriske helsevernet og rusomsorgen og dette prosjektet gir ikke grunnlag for å mene noe bestemt om hvor hele eller deler av DPSene bør høre hjemme. Det er imidlertid dokumentert at psykisk helsevern og rusomsorg er et område der samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten ikke har funnet sin form. Den store veksten på dette området har som for somatikken vært for polikliniske konsultasjoner. Brukerne av disse tjenestene vil da bo i eget hjem eller kommunale boliger. Når noen av disse blir ekstra dårlige vil de da ofte også miste evnen til å ta kontakt med behandlingsapparatet. En utvikling av dette tilbudet og samhandlingen mellom nivåene bør ta hensyn til at hjemmeboende pasienter/brukere kan få behov for akutt bistand og utvikle rutiner for hvordan helsetjenestens ressurser organiseres for å handtere dette.

Delrapport 3 beskriver ulike former for finansiering og viser at øremerkete tilskudd har bidratt til å nå mål i perioden og at når en tjeneste er etablert vil den kunne opprettholde sine funksjoner også etter at det øremerkete tilskuddet er innlemmet i rammen som gis hvert år. En slik tidsbegrenset øremerking har også den fordel at den kan avvikles eller endres hvis det viser seg at man ikke når målene, slik tilfellet var med medfinansiering. Da er utfordringene å avgjøre hvilke tjenester man ønsker å styrke. Som finansiering av tiltak med mål om å endre rammebetingelsene for samarbeidet anbefales en blanding av pålegg og prosjektfinansiering/øremerket finansiering. Hvis målet med prosjektet nås, er det da etablert erfaringer med en tjeneste som vil kunne leve videre selv om den øremerkete bevilgningen går inn i rammebevilgningen, enten til kommunene eller helseforetakene.

Som dette prosjektet viser og som også gjenspeiles i Nasjonal helse- og sykehusplan, eksisterer det mange samarbeidsprosjekt mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene. Noen av prosjektene er allerede en del av driften i noen områder. Skal rammebetingelsene endres vesentlig bør det foretas en vurdering av hvilke av disse mange prosjektene som har potensial til å bli landsomfattende. Gjennomføring av slike større prosjekt er krevende, også økonomisk.

Dette prosjektet viser at representantene for helsetjenesten mener de har behov for flere ressurser for å ta hånd om mer krevende brukere/pasienter. Tallmaterialet viser at antall kommunale brukere i gruppen 67 år og yngre har økt noe mer enn gruppen 80 år og eldre. Andelen av de eldste brukere av kommunale tjenester er noe redusert det siste tiåret. Imidlertid vet vi at antall eldre vil stige kraftig fram mot 2040. En løsning av samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan derfor ikke løsrives fra hvilke ressurser som er tilgjengelige. Løsninger kan derfor ikke bare støtte seg på finansieringsformer og gode forslag til samarbeidsløsninger. Det vil også kreve ekstra ressurser.

Innholdsfortegnelse

Delrapport 1

Oppgaver som er overført fra sykehus til kommunene uten at dette er planlagt, konsekvensvurdert eller finansiertside 10

Delrapport 2

Eksempler på god samhandling mellom kommuner og sykehusside 65

Delrapport 3

Mulige endringer i rammevilkår og øvrige betingelser som kan bidra til bedre og mer likeverdig samhandlingside 126

Delrapport 1

Oppgaver som er overført fra sykehus til kommunene uten at dette er planlagt, konsekvensvurdert eller finansiert

Innholdsfortegnelse

1	Innledning - om problemstillingen.....	14
1.1	Hvordan finansieres helsetjenestene?	14
1.2	Hvordan er avtalene mellom kommuner og helseforetak bygd opp og formulert?	16
1.3	Samlet vurdering av finansiering og avtaler mellom kommuner og helseforetak	17
1.4	Annen dokumentasjon, tidligere prosjekt og rapporter	18
2	Metode	19
3	Resultat.....	20
3.1	Hva mente kommune- og sykehusinformanter om samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten?	20
3.1.1	Har det de senere år skjedd endringer i arbeidsoppgaver knyttet til samhandlingen mellom sykehus og kommune?	20
3.1.2	Har det de senere år skjedd endringer i pasientgruppen knyttet til samhandlingen mellom sykehus og kommune?	23
3.1.3	Har kommunen kompetanse til å håndtere disse endringene i pasientgruppen og arbeidsoppgavene?	23
3.1.4	Samhandling mellom sykehus og kommune: Har det skjedd endringer i medisinske/kliniske oppgaver og administrative oppgaver?	24
3.1.5	Særlige utfordringer innen psykiatri og rus knyttet til oppgaveoverføring sykehus – kommune.....	25
3.1.6	Særlige utfordringer innen rehabilitering knyttet til oppgaveoverføring sykehus – kommune.....	26
3.1.7	Akutte tjenester (etablering av Kommunale Øyeblikkelig Hjelp døgntilbud (KØH): hvordan det har påvirket oppgaveoverføringer og samhandling sykehus - kommune.	27
3.1.8	Endringer i arbeidssituasjonen for fastleger som følge av oppgaveoverføringer og samhandling sykehus - kommune.	28
3.1.9	Diskusjon om hva det ble lagt vekt på i intervjuene.....	29
3.1.10	Oppsummering av intervjuene	31
3.2	Data for kommune- og spesialisthelsetjenesten 2011-2018, utgifter, årsverk og aktivitet	32
3.2.1	Driftsutgifter og offentlig konsum av helsetjenester	32
3.2.2	Utviklingen for årsverk og personellkategorier	35
3.2.3	Tjenester ytt til befolkningen	36
3.2.3.1	Helse- og omsorgstjenester i kommunene.....	36
3.2.3.2	Helsetjenester i spesialisthelsetjenesten, sykehus.....	42
3.2.4	Oppsummering av kvantitative data	50
4	Diskusjon	53
5	Konklusjon	56

Referanser	58
VEDLEGG	60
A Samtykkeskjema	60
B Intervjuguide – kommunene	62
C Intervjuguide – Samhandlingskoordinatorer.....	63
D Data.....	64

Figurer

Figur 1 Veksten i brutto driftsutgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester og til regionale helseforetak, 2011-2017	33
Figur 2 Utviklingen for pasienter ved sykehus 1990-2018 fordelt på utskrivinger (døgnpasienter), liggedager, polikliniske konsultasjoner og dagpasienter	43
Figur 3 Hyppigheten av lungediagnoser ved Haukeland universitetssykehus (HUS)	48
Figur 4 Gjennomsnittlig liggetid etter alder for noen utvalgte HDGer, 2017	49

Tabeller

Tabell 1 Brutto driftsutgifter helse- og omsorgstjenester, mill. kroner	32
Tabell 2 Helseutgifter etter type tjeneste og finansieringskilde, mill. kr.	34
Tabell 3 Årsverk etter produsent i 1 000	35
Tabell 4 Årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning etter sektor	35
Tabell 5 Oversikt over hvor leger arbeider, og hva leger i kommunehelsetjenesten arbeider med, årsverk	36
Tabell 6 Brukere av omsorgstjenester	38
Tabell 7 Andelen brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester samlet og i enkelte aldersgrupper	39
Tabell 8 Legevakt, antall kontakter etter diagnose	40
Tabell 9 Fastlegeaktivitet, antall konsultasjoner	41
Tabell 10 Brukere etter bistandsbehov	42
Tabell 11 Bistandsbehov etter alder, endringer fra 2011 til 2018	42
Tabell 12 Pasienter ved somatiske sykehus etter omsorgsnivå	43

Tabell 13 Pasienter ved psykisk helsevern etter omsorgsnivå	44
Tabell 14 Pasienter til rusomsorg (TSB) etter omsorgsnivå	44
Tabell 15 Utskrivingsklare pasienter, antall liggedager, medisin/kirurgi	45
Tabell 16 Antall liggedager etter meldt utskrivingsklar	45
Tabell 17 Utskrivingsklare fordelt etter kommunestørrelse	46
Tabell 18 Utvikling DRG tyngde, samlet og for de tre hovedtypene	46
Tabell 19 Fordeling av pasienter på de HDG gruppene som står for 75 prosent av alle liggedager, 2017	47
Tabell 20 Hvor pasienter skrives ut til fra sykehus, 2017	50
Tabell 21 Hvor utskrivingsklare pasienter skrives ut til fra sykehus, døgnopphold 2017	50

1 Innledning - om problemstillingen

Som vist i teksten fra utlysningen skal prosjektet beskrive omfanget av oppgaver som "er overført fra sykehus til kommunene uten at dette er planlagt, konsekvensvurdert eller finansiert". I avsnittene som følger (3.1 og 3.2) presenteres hvordan helsetjenestene er finansiert og hvordan samarbeidsavtalene mellom kommuner er bygd opp og formulert. Der vises det at hverken finansiering eller avtaler er bygd opp slik at vi enkelt kan beskrive omfanget av disse oppgavene. Derfor har vi formulert spørsmålene under. I diskusjonen (kapittel 6) besvarer vi spørsmålene basert på vår innhenting av kvantitative data og intervjuer med fagpersoner.

- Har det skjedd en ubalansert utvikling i tildelingen av ressurser til kommunale helsetjenesteoppgaver sett i forhold til ressursene som er tildelt spesialisthelsetjenesten?
- Har kommunene fått nye og mer krevende oppgaver som krever mer ressurser enn hva som er overført kommunene?
- Får kommunene tilstrekkelig faglig hjelp fra spesialisthelsetjenesten, slik at de kan utøve en god tjeneste med nye og krevende pasientgrupper?
- Har sykehusene skjøvet oppgaver over til kommunene som spesialisthelsetjenesten fortsatt bør ha ansvaret for?
- Er planleggingen av pasientstrømmen for svak? Overføres pasienter uten at kommunene får tid til å forberede seg på å ta imot pasientene? Hvordan vurderes konsekvensen av overføring av oppgaver?
- Er det enighet, både blant kommunenes og sykehusenes representanter, om at flere behandlinger både kan og bør foretas i kommunal regi?
- Forteller analysen av tallmaterialet og intervjuene samme historie eller er det avvik mellom dem?

Målene som er formulert for samarbeidet mellom sykehus og kommuner er tydelige når det gjelder hvilken retning utviklingen bør gå. Skiftende regjeringer har hatt som mål at befolkningen skal få dekket sine behov for helsetjenester i kommunene, så langt det er mulig og forsvarlig. Helseforetakene har fulgt opp med mål om å få pasienter hurtigere ut av sykehuset, og erstatte innlegging i seng med polikliniske tjenester. Kommunene har utviklet sine tjenester slik at deres brukere/pasienter kan bo hjemme lengst mulig. Denne utviklingen har pågått lenge, men ble for alvor satt på dagsorden med samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012.

Norske sykehus behandler og vurderer årlig 1,9 millioner pasienter som samlet besøker sykehusene 7,3 millioner ganger. Pleie- og omsorgstjenestene har 366 000 brukere med et ukjent antall besøk. For eksempel får 32 000 bragt mat til seg. Antall besøk i pleie- og omsorgstjenesten er derfor betydelig, men kan vanskelig sammenlignes med sykehusbesøk. Norske legevakter har 1,3 mill. besøk og fastlegene har 14 mill. konsultasjoner av ulik type. De fleste av disse millionene med besøk til en type helse- og omsorgstjeneste har ikke behov for noen koordinering med en annen tjeneste. I dette prosjektet ser vi på den gruppen som har behov for slik koordinering.

1.1 Hvordan finansieres helsetjenestene?

Den kommunale helsetjenesten finansieres i all hovedsak av en rammebevilgning fra staten, kommunale skatteinntekter og egenandeler fra brukerne/pasientene. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) finansierer en del spesielle tiltak. I 2017 utgjorde de om lag åtte prosent av de samlede kostnadene. De store enkeltområdene som ble finansiert fra HOD i 2017 var investeringstilskudd, forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene og støtten til vertskommuner med gjenværende HVPU-brukere. Ingen av postene er direkte knyttet til samarbeidet mellom sykehus og kommuner. Den posten som kommer nærmest dette, er bevilgninger til opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, med om lag 90 millioner kroner årlig.

I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen ble det flyttet cirka 5 milliarder kroner [3] fra sykehusene til kommunene, for at kommunene skulle kunne betale (medfinansiering) for sine innbyggers tjenester. Samtidig ble kommunene tilført 560 millioner kroner [4] for raskere å kunne ta hånd om

utskrivingsklare pasienter.² Over HODs budsjett i 2013-2014 ble det overført 900 millioner kroner til kommunene for å støtte opp under samhandlingsreformen. Forsøket med medfinansiering ble avsluttet fra 1. januar 2015. Midlene til å ta hånd om utskrivingsklare pasienter ble inkludert i den årlige rammebevilgningen til kommunene. Da kommunale akutte døgnseger ble innført i 2016, ble det overført 600 millioner kroner til dette formålet. Denne bevilgningen er nå også innlemmet i den årlige rammen som tildeles kommunene.

Flere reformer er innført ved at det først tildeles øremerkete midler som etter en tid innlemmes i den årlige rammebevilgningen.³ Etter at tiltakene er etablert vil denne ekstra finansieringen gå inn i rammebeløpet som årlig overføres kommunene, en ramme som ikke er øremerket helse- og omsorgstjenester. Deretter blir rammebeløpet justert i tråd med hvordan overføringene til kommunene justeres årlig. Som vist over er både bevilgningen til arbeidet med utskrivingsklare pasienter og kommunale akutte døgnseger nå en del av rammen og framstår ikke som egne øremerkete bevilgninger.

Det eksisterer ikke øremerkete midler knyttet til at kommunene tar imot mer behandlingsskrevende pasienter fra sykehusene, på et tidligere tidspunkt (kortere liggetid) enn tidligere. Finansieringen av tjenester til pasienter som overføres fra sykehusene til kommunehelsetjenesten gjøres gjennom rammen kommunene disponerer.

Helseforetakene finansieres også ved en rammebevilgning, og inntekter knyttet til aktivitet (innsatsstyrt finansiering (ISF)). Ingen del av finansieringen er knyttet til overgangen mellom sykehus og kommuner.

På ett område er det en økonomisk forbindelse mellom sykehus og kommuner. Det gjelder betaling for liggedøgn for utskrivingsklare pasienter. Pasienter som overføres til sykehuset og som har behov for oppfølging i kommunehelsetjenesten etterpå, defineres å tilhøre gruppen utskrivingsklare pasienter. Når en slik pasient er vurdert ferdigbehandlet av sykehuset, går det en melding til kommunen. Blir pasienten da liggende på sykehuset lenger enn avtalt, må kommunen betale for disse døgnene. Selv om det for den enkelte pasient ikke inngås en formell avtale, forventes det et samarbeid. I en del tilfeller vil det være uenighet om kommunen har fått forberede seg godt nok, slik at kommunen vil bestride kravet om å betale for noen av døgnene pasienten har ligget etter at vedkommende er erklært utskrivingsklar. Betaling for overliggenderøgn er ment som et insitament for at kommunene skal sørge for å ha plass til å motta pasienten, slik at dette "gebyret" ikke må betales⁴. Det er ikke fastsatt hva som er et rimelig antall døgn for disse pasientene. Det er

² Forskrift om endring forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter

§ 2. Virkeområde

Forskriften regulerer betaling for utskrivingsklare pasienter som blir værende innlagt i døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven i påvente av et kommunalt tilbud. Betalingsplikten gjelder personer som er folkeregistrert i kommunen. Forskriften gjelder ikke opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner.

§ 7. Vurdering av en pasient som legges inn på døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven

Når en pasient legges inn på døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven, skal helsepersonellet på helseinstitusjonen gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra døgnoppholdet.

§ 8. Varsling til kommunen om innlagt pasient

Viser vurderingen etter § 7 at pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning, skal helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven varsle kommunen om dette innen 24 timer etter innleggelsen. Forventer helseinstitusjonen at pasienten vil stå uten egnet bolig etter utskrivningen skal varselet opplyse om dette. Dersom vurderingen tilsier at pasienten ikke har behov for hjelp etter utskrivning, men dette endrer seg i løpet av døgnoppholdet i helseinstitusjonen, skal fristen løpe fra det tidspunktet det blir klart at et slikt behov foreligger.

³ Se avsnitt 2.3

⁴ Ifølge forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter, heter det i §9: Pasient i somatisk døgnavdeling er utskrivingsklar når lege ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling.

helt opp til den enkelte kommune og deres samarbeidende sykehus. En studie fra Oslo viser at antall døgn Oslo kommune faktisk betalte for var noe lavere enn antall døgn rapportert til Norsk Pasientregister (NPR) [5]. Midlene for å betale for slike overliggerdøgn tas i dag fra rammen kommunene får hvert år, mens foretakene inntektsfører dette slik at man kan lese ut av de årlige regnskapene hvor mye som er betalt inn.

Da ordningen ble innført fikk kommunene tilført en bevilgning på 560 millioner kroner. Fra 2013 gikk dette inn i rammebeløpet kommunene fikk overført. I 2018 inntektsførte helseforetakene 254 millioner kroner fra betaling for overliggerdøgn for utskrivingsklare pasienter. Det vil si at om lag halvparten av det kommunene opprinnelig fikk styrket sitt budsjett med, går med til å betale for liggedager på sykehus for pasienter som er definert som utskrivingsklare. Den øvrige delen av den opprinnelige bevilgningen kan da benyttes til å styrke egne tjenester, slik at antallet betalingsdøgn for utskrivingsklare pasienter blir så lavt som mulig.

1.2 Hvordan er avtalene mellom kommuner og helseforetak bygd opp og formulert?

Det er bygd opp et omfattende avtaleverk mellom helseforetak og kommuner [6, 7]. De aller fleste avtalene er mellom helseforetaket og den enkelte kommune, mens noen avtaler er inngått mellom helseforetaket og en gruppe kommuner. Det er bygd opp en struktur med overordnede avtaler og delavtaler, og det er etablert samarbeidsutvalg på flere nivå. Under har vi, som et eksempel, vist hva som står på hjemmesiden til Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) om hva som er formålet med samarbeidsavtalen. Dette er dekkende for hvordan slike avtaler er formulert:

"Formålet med samarbeidsavtalen er å sikre at pasienter og brukere mottar et helhetlig og likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester, og at befolkningen, uavhengig av bosted, skal ha lik tilgjengelighet til de tjenester som omfattes av avtalen. Avtalen skal bidra til at det etableres gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder, og legge til rette for at eventuell uenighet mellom kommunen og helseforetaket løses i dialog mellom partene uten at pasienter og brukere berøres.

Målet er at pasientene/brukerne skal oppleve at tjenestene:

- a. er faglig gode
- b. er samordnet og helhetlige og preges av kontinuitet
- c. blir utført på en god måte på tvers av kommunegrensene og forvaltningsnivåene
- d. ivaretar pasientenes og brukernes rett til informasjon, medbestemmelse og medvirkning.

*Overordnet samarbeidsavtale skal angi overordnede bestemmelser om samarbeidsformer, generelle bestemmelser som gjelder uavhengig av tjenesteområder mv., samt fastsette en prosess for inngåelse av tjenesteavtaler mellom partene."*⁵

Under denne overordnede avtalen er det etablert 11 tjenesteavtaler mellom UNN og kommunene i UNNs lokalsykehusområde. Oppstår det tvil om hva som skal gjelde, er det den overordnede avtalen som er førende.

UNN har disse samarbeidsenhetene:

- **Overordnet samarbeidsorgan (OSO)**

Overordnet samarbeidsorgan (OSO) er et samarbeidsorgan for UNN og kommunene i UNNs lokalsykehusområde. I OSO møtes UNN og kommunene på rådmanns- og direktørnivå.

- **Kliniske samarbeidsutvalg (KSU)**

⁵ <https://unn.no/fag-og-forskning/samhandling/overordnet-samarbeidsavtale>

I henhold til Overordnet samarbeidsavtale kan Overordnet samarbeidsorgan (OSO) opprette kliniske samarbeidsutvalg (KSU) for utredning av spesifikke problemstillinger knyttet til samarbeidet mellom kommunene og UNN. Slike utvalg gis mandat av OSO og rapporterer til OSO. De kliniske samarbeidsutvalgene skal ha like mange medlemmer fra kommunene og fra UNN, samt brukerrepresentanter. OSO behandler forslagene fra de kliniske samarbeidsutvalgene og beslutter hvordan resultatene skal følges opp.

- **Fastlegerådet**

Fagråd for fastleger⁶ (Fastlegerådet) er opprettet av OSO for å skape en møteplass for fastlegene som gruppe og helseforetaket. Fagrådet består av en fastlege fra henholdsvis kommuneregionene Nord-, Midt- og Sør-Troms og Tromsø-området, samt en fastlege fra hver av vertskommunene for sykehusene. Fra UNN deltar medisinsk fagsjef og PKO-leder (leder praksiskonsulentene), samt avdelingsleder og rådgiver fra Samhandlingsavdelingen⁷. Rådet har vært aktivt siden 2016, og behandler saker innenfor samhandlingsfeltet. Fagrådet skal behandle alle saker hvor UNN ønsker å flytte oppgaver fra sykehuset til fastlegene eller hvor UNN ønsker å implementere nye rutiner, samt saker hvor fastlegene har innvendinger mot eller forslag til rutiner og tilbud i UNN. Dersom det er uenighet mellom fagrådet og UNN, bringes saken inn for OSO. Leder og sekretær for fagrådet utarbeider en årlig rapport til OSO om antall og type saker som har vært behandlet i fagrådet, og resultatet av saksbehandlingen.

- **Samarbeidsfora somatikk**

Samarbeidsfora somatikk er en møteplass opprettet av OSO for lokalsykehus og tilhørende kommuner. Det er ett forum for hvert av de tre somatiske sykehusene. De fleste av opptakskommunene i UNN sitt område er representert i lokalt samarbeidsforum. Fagtilknytning, geografi og nærhet til klinisk arbeid er utgangspunkt for sammensetningen av medlemmer. Samhandlingsavdelingen har sekretariatsfunksjonen.

- **Samarbeidsfora psykisk helse og rus (SPHR)**

Samarbeidsfora psykisk helse og rus er en møteplass opprettet av Overordnet samarbeidsorgan (OSO) for samarbeidsfora psykisk helse og rus (SPHR) og tilhørende kommuner. Det er ett forum for hvert av de fem SPHRe. De fleste av opptakskommunene i UNN sitt område er representert i lokalt samarbeidsforum. Fagtilknytning, geografi og nærhet til klinisk arbeid er utgangspunkt for sammensetningen av medlemmer. Samhandlingsavdelingen har sekretariatsfunksjonen.

Avtalene og samarbeidsforaene er bygd opp for å fremme samarbeidet innen de enkelte fagområdene og lokalt. UNN har for eksempel større enheter både i Harstad og Narvik der det er etablert lokale samarbeidsfora. Det som søkes regulert er hvordan informasjon går mellom nivåene og hvordan uenighet løses. Avtalene inneholder ingen kvantifisering av antallet pasienter som skal bevege seg mellom nivåene. For utskrivingsklare pasienter er det etablert et regelverk der kommunene skal betale for overliggedøgn. Når det oppstår strid om dette økonomiske kravet er rettmessig, søkes dette løst gjennom de avtalene og de organer som er opprettet for å løse en slik uenighet.

1.3 Samlet vurdering av finansiering og avtaler mellom kommuner og helseforetak

Avtalene som er inngått mellom helseforetak og kommuner understreker at begge parter skal samarbeide om faglig gode, samordnete og helhetlige helsetjenester. Etablerte samarbeidsorgan skal bidra til et godt samarbeid som oppfyller målene om gode og samordnete tjenester.

⁶ <https://unn.no/fag-og-forskning/samhandling/fastlegeradet>

⁷ Samhandlingsavdelingen jobber for å forbedre samhandlingen mellom UNN og primærhelsetjenesten. Det gjøres gjennom flere samarbeidsavtaler, samarbeidsforum, og oppfølging av avtalene.

Finansieringen er ikke knyttet til spesifikke oppgaver eller spesielle pasientgrupper. I perioden er det ved noen anledninger flyttet midler mellom nivåene eller gitt øremerkete tilskudd. De fleste av disse er etter noe tid blitt en del av rammebevilgningene som gis. Derfor er det ikke mulig å følge utviklingen av finansieringen for spesielle pasientgrupper og oppgaver.

Både helseforetakene og kommunesektoren har en finansiering som er uavhengig av samarbeidet dem imellom. Det eneste unntaket er betalingen for utskrivingsklare pasienter som ligger på sykehuset etter at de er erklært klare for utskrivning. Samarbeidsorganene som er opprettet er en møteplass for å avgjøre hvordan man skal samarbeide, uten at det er lagt føringer på hvordan det utføres. Oppstår det uenigheter knyttet til betaling eller faglige spørsmål, skal dette tas opp og fortrinnsvis løses i disse samarbeidsorganene.

Vår besvarelse av oppdraget må derfor bygge på en tilnærming der vi ser på hvordan utviklingen har vært for de to nivåene av helsetjenesten når det gjelder utgifter, personell og aktivitet. Med det som grunnlag drøfter vi svar på spørsmålene formulert i kulepunktene presentert i innledningen av dette kapitlet.

1.4 Annen dokumentasjon, tidligere prosjekt og rapporter

I arbeidet med prosjektet har vi konsentrert oss om hva som er skjedd etter innføringen av samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen er imidlertid ikke den eneste reformen som har påvirket forholdet mellom sykehus og kommuner. Vi har ikke vurdert andre reformer, men gir her en oversikt over de vi mener har hatt størst betydning for forholdet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Vi har gruppert dem med samhandlingsreformen som et skille.

Reformer iverksatt før samhandlingsreformen:

- Sykehjemsreformen 1988 der ansvaret for sykehjemmene blir overført fra fylkeskommunene til kommunene
- HVPU reformen 1991
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene 14.04.2000
- St.meld. nr. 50 (1996–97) Handlingsplan for eldreomsorgen. Enerom innen 2003
- Fastlegereformen 2001
- Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006
- Foretaksreformen 2002, sykehusene overført fra fylkeskommunene til staten som statlige foretak
- Sosialhelsetjenesteloven vedtatt 2009

Reformer iverksatt etter samhandlingsreformen:

- Samhandlingsreformen trådte i kraft (1.1.2012)[8]
 - Kommunale utgifter til medfinansiering av pasienter på sykehus, prognose for 2012 var 5184 mill. kr.
 - Kommunene må betale for oppholdsdøgn til utskrivingsklare pasienter, 560 mill./år.
- Forskrift om fastlegeordningen fra 1.1.2013
- Kommunale akutte døgnseger i forlengelsen av samhandlingsreformen, gradvis økte bevilgninger til 2016, trådte i kraft 1.1.2016
- Kommunalt akutt tilbud innen psykisk helse og rusomsorg trådte i kraft 1.1.2017
- Omsorg 2020 (Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020) [9]
- Demensplan 2020 (Et mer demensvennlig samfunn) [10]
- Meld. St. 15 (2017–2018) - regjeringen.no. Leve hele livet
- Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) og (2020-2023)

Det er utarbeidet mange rapporter om samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I drøftingen av våre funn vil vi referere til tidligere undersøkelser. De mest sentrale rapportene har vært SINTEFs rapport fra 2004 [11], rapporten fra NIBR fra 2010 [12], evalueringen av samhandlingsreformen

fra 2016 [4], her representert med sammendraget av en rekke underleveranser, og Riksrevisjonens vurdering fra 2016 [3]. Av andre studier og rapporter vil vi trekke fram Ernst og Young/Vista-analyses evaluering av fastlegereformen fra 2019 [13], Menons vurdering av statusen for de kommunale helse- og omsorgstjenestene fra 2018 [14], Deloittes rapport om samhandlingen innen området for psykisk helsevern og rusbehandling fra 2016 [15], og Hagens studie av effekten av kommunal medfinansiering [16].

2 Metode

Den metodiske tilnærmingen i rapporten er analyse av eksisterende statistikk og intervjuer.

Innhenting av statistikk er begrenset til perioden fra og med året før innføringen av samhandlingsreformen og fram til 2018:

- Data fra den kommunale sektoren er i all hovedsak basert på åpen tilgjengelig statistikk hos Statistisk Sentralbyrå (KOSTRA).
- Data fra spesialisthelsetjenesten er i all hovedsak hentet fra Norsk Pasientregister (NPR), presentert på websidene til SSB og Helsedirektoratet. NPR tall for 2017 er hentet fra en egen bestilling til SINTEF for dette året.

Data er ikke bearbeidet eller modifisert på noen måte, men er organisert slik at utviklingen over tid og sammenligningen mellom tjenestene kan foretas på en best mulig måte.

Intervjuene er gjort som telefonintervju. Vi har intervjuet nøkkelaktører i kommunene Alstahaug, Hå, Notodden, Skedsmo, Sortland, Strand og Vadsø. Vi har intervjuet samhandlingskoordinator ved Akershus universitetssykehus HF (Ahus), Helgelandsykehuset, Nordlandssykehuset, Østfoldsykehuset, Hammerfest sykehus, Notodden lokalsykehus og Stavanger universitetssykehus HF (SUS).

- Kommunene er valgt ut for å sikre variasjon med tanke på geografisk plassering, størrelse, nærhet/avstand til sykehus, vertskap for sykehus, og type fastlegeavtaler.
- Informanter i intervjuene har vært:
 - Kommunaldirektører, enhetsledere i kommunal hjemmetjeneste og i institusjon, fastleger og kommuneoverleger.
 - Samhandlingskoordinator i sykehus som har ansvaret for området der de respektive kommunene ligger.

Alle intervjuene fulgte en intervjuguide med åtte hovedområder og underområder for å sikre at informantene fikk anledning til å besvare de samme temaer og problemstillinger. Informantene fikk tilsendt temaene i intervjuguiden på forhånd. Prosjektet er meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), referanse nr. 194743. Intervjuguide og samtykkeerklæring står i vedlegg.

3 Resultat

Statistikk alene kan ikke besvare hvilke oppgaver som "er overført fra sykehus til kommunene uten at dette er planlagt, konsekvensvurdert eller finansiert". Kvantitative data som står alene, har vanskelig for å få med hvordan faglige krav, muligheter og forventninger til tjenestene utvikler seg. Dette påvirker hvordan man ser på muligheter og mangler. På den andre siden, synspunkter på hvordan situasjonen er i dag har nytte av å bli vurdert opp mot hva kvantitative data sier om utviklingen. Vurdert sammen kan informasjon som er innhentet gjennom intervjuer og statistikk gi et bedre grunnlag for å analysere dagens situasjon.

I kapittel 3.1 presenterer vi hva våre informanter har av synspunkter på åtte hovedspørsmål. Svarene blir diskutert i kapittel 3.1.9. I kapittel 3.2 presenteres statistiske data for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, fra 2011 og fram til og med 2018.

3.1 Hva mente kommune- og sykehusinformanter om samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten?

Informantene ble intervjuet om deres erfaringer med samarbeidet mellom sykehus og kommuner. Vi har strukturert punktet etter de åtte hovedtemaene som informantene fikk tilsendt før intervjuet. Kort oppsummert viser intervjuene at kommune- og sykehusinformanter har sammenfallende synspunkt og erfaring på mange områder, men de har ulikt syn spesielt når det gjelder psykiatri/rus og rehabilitering.

3.1.1 Har det de senere år skjedd endringer i arbeidsoppgaver knyttet til samhandlingen mellom sykehus og kommune?

Intervjuene viser at faglige oppgaver i helse- og omsorgstjenesten har endret seg mye etter samhandlingsreformen. Før samhandlingsreformen lå pasienter lenger på sykehus før kommunene overtok ansvaret. Ifølge en sykehusinformant skjedde endringen "over natta", og endringen handlet om at kommunene overtok ansvaret for "hjemreiseklare pasienter"⁸ på et tidligere tidspunkt i behandlingsforløpet enn før. Men enkelte informanter presiserer også at denne utviklingen har pågått over mange år, og dette ble forklart med utviklingen innen medisinsk behandling og medisinsk teknologi, og en bedret kompetanse i kommunehelsetjenesten. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen har overtatt mange behandlingsoppgaver, også sykehustekniske oppgaver, fra sykehuset. Følgende sitat fra en kommuneinformant er representativt:

"Det er ingen tvil om at pasientene i hjemmetjenesten er dårligere enn før og i større grad ustabile. Den avanserte kliniske delen av sykepleie er i mye, mye større grad overført til kommunen og det er mange av oppgavene som følger med disse pasienten som er overført til kommunene".

Både kommuneinformantene og sykehusinformantene sier at flere avanserte kliniske prosesser gjøres i kommunen nå enn tidligere. Eksempler på nye oppgaver er intravenøs antibiotikabehandling og intravenøs væskebehandling, stell av dren, og helsefaglig oppfølging av døende pasienter. Samtlige informanter er tydelige på at oppgaveoverføring fra sykehus til kommune er en riktig utvikling. Flere sier at det er fornuftig å overføre pasientene tidlig til kommunen, og at det er lite å vinne på at pasienter ligger en dag eller to lenger i sykehus. Kommuneinformantene sier at de er innstilt på at hjemmetjenester som oftest er den beste løsningen, og at mange pasienter har godt av å få oppfølging enten hjemme eller nær hjemmet. De sier at det er andre utfordringer i tillegg til de rent faglige knyttet til at pasienter skrives ut tidligere nå enn før. Noen kommuneinformanter gir eksempler på at pasienter skrives ut rett etter at de har våknet av narkosen. Dette er ikke hensiktsmessig for å få på plass en god oppfølging i kommunen, og det fører ofte til at pasienten blir lagt inn i sykehus igjen etter kort tid. Andre sier at kommunene ikke er bemannet for å ta imot syke pasienter

⁸ Hjemreiseklar er brukt av informanten. Utskrivingsklare pasienter er en gruppe pasienter som har behov for oppfølging fra kommunen etter utskrivning. Sykehuset avgjør når behandlingen er avsluttet fra deres side og pasienten er klar for utskrivning.

med store oppfølgingsbehov på kort varsel. Kommunen kan få beskjed om utskriving med bare noen timers varsel, eller rett før helg eller helligdager. Dette skaper store problemer for kommunen, som opplever et press for å *"bare ta imot for å unngå overliggere"*, som en kommuneinformant sa. Det er sykehuset som bestemmer utskriving: *"Det er et spørsmål om hvem som har definisjonsmakta. Kommunen må bare ta det"*. Kommunene kan ta imot pasientene, men det er behov for tidligere og bedre informasjon fra sykehusene.

Andre informanter viser til at sykehuset og kommunen har ulik oppfatning av hvordan overliggerdøgn skal tolkes. En kommuneinformant sier *"Sykehuset forventer at kommunen stiller opp med tjenester samme dag, men kommunen har ikke tilsvarende mulighet at de kan kreve pasienten innlagt"*. Fra et sykehus påpekes det at termen "medisinsk ferdigbehandlet" er en faglig vurdering som behandlende lege gjør. Til grunn for den vurderingen ligger ingen kunnskap eller vurdering av hva kommunen kan og bør bidra med etter utskriving⁹.

I tillegg til å være en økonomisk utgift for kommunen, kan det være et problem med såkalte overliggerdøgn at pasientene ikke får fortsatt behandling eller rehabilitering mens de ligger og venter på utskriving. Dette kan føre til at pasientens funksjonsnivå blir lavere enn det kunne ha vært om kommunen kom raskt i gang med rehabiliteringen. En annen utfordring for kommunene er at hjemmetjenesten i utgangspunktet ikke er bemannet for å tilby døgnbemannet oppfølging av pasienter. Andre utfordringer knyttet til oppgaveoverføring og tidlig utskriving handler om manglende informasjon fra sykehuset. Flere kommuneinformanter sier at sykehuset ikke alltid gir beskjed til kommunen om hva de har kartlagt og hva de har gjort av behandlingstiltak helt konkret. Sykehuset oppgir heller ikke alltid hvor lang tid behandlingen antas å ta, og når kommunen kan forvente en hjemreise. Kommuneinformanter sier at det alt for ofte er nødvendig å dobbeltsjekke informasjon. Eksempler er epikriser som ikke følger med, medisinlister som ikke er oppdatert, pasienter som har fått medisiner på sykehuset, men der disse ikke følger med fra sykehuset og kommunen ikke har disse på lager, men må bestille, noe som tar tid. *"Det er for mange midlertidige epikriser, og det går flere dager før de blir endelig. Vi bruker mye tid på å dobbeltsjekke informasjonen"*.

Det hender også at sykehuset ikke sender resept med pasienten slik at legen i kommunen raskt kan følge opp. Dette bruker de kommunale tjenestene *"utrolig mye tid på"* ifølge informantene. Kort varsel om utskriving og manglende informasjon, fører til at kommunen ikke er så forberedt som de ønsker og som de mener er nødvendig for å yte god helsehjelp. Flere av informantene, både i kommuner og i sykehus, peker på at noe av problemet handler om ulike kulturer i henholdsvis sykehus og kommune. Partene har ulikt utgangspunkt, ulikt verdisett, ulik forståelse av behov, og ulik organisatorisk innretning. Ubalanse i samarbeidet forklares også med at sykehusene og kommunene har ulikt oppfatning om hva som er kommunale oppgaver.

Et par kommuneinformanter sier at leger i sykehus forventer at behandlingen i kommunen skal foregå på samme måte som i sykehuset. Både kommuneinformanter og sykehusinformanter sier at det hender at leger i sykehuset lover pasienter at kommunen skal tilby visse tjenester. Særlig kan det være et problem for kommunene der leger i sykehuset lover institusjonsopphold, men der kommunen tenker annerledes. Det er både tid- og ressurskrevende å få leger i sykehuset til å forstå at det er kommunen som bestemmer om pasienten skal rett hjem eller til institusjon. Et annet punkt, som kommuneinformantene tar opp, er der sykehus forventer at kommunene skal ha diagnosespesifikke tilbud. Ifølge en kommuneinformant forventer sykehus at kommunen lager *"små avdelinger for nesten hver pasient som kommer"*. Kommuneinformantene er opptatt av å få fram at kommunale tjenester primært jobber ut fra funksjonsvurderinger. Diagnose er ikke alltid det mest sentrale, fordi ulike diagnosegrupper ofte har svært ulike behov for oppfølging. Derfor trenger kommunene en funksjonsvurdering av pasientene før de skrives ut. Det kan være vanskelig å få sykehuset til å forstå at moderne pasientbehandling kan være annerledes i kommunen enn det som ytes i sykehus.

⁹ Bruken av termer kan her være forvirrende. Sykehuset har som oppgave å vurdere om en pasient har behov for oppfølging av kommunen etter utskriving. Slike pasienter klassifiseres i gruppen utskrivingsklare. Samtidig vil ansvarlig lege vurdere om pasienten er ferdig behandlet ved sykehuset slik denne informanten formulert det. Pasienten er "medisinsk ferdigbehandlet" ved sykehuset. uavhengig av om vedkommende tilhører gruppen utskrivingsklare pasienter.

Det samme gjelder henvendelser om å utføre andre medisinske oppgaver enn det kommunen har utstyr eller kunnskaper til å gjøre. Det handler også om at mange kommuner ikke har tilstrekkelig legedekning til å ta mange av de oppgavene som sykehuset forventer at de skal ta. Et eksempel der sykehus og kommune ikke har samhandlet, og der kommunen sa "nei", er et sykehus som ønsket at kommunen skulle gi Zometa-behandling¹⁰. Dette krever sykepleier til stede i pasientens hjem mens behandlingen pågår, noe som kan vare hele dagen. Kommunen sa nei fordi de verken hadde ressurser, kompetanse, utstyr eller personell.

Andre eksempler på sviktende samhandling er:

"Vi fikk bare over bordet en pasient som skal ha blodoverføring. Det er ikke tema at sykehjemmet skal gjøre dette".

"Vi hadde en utfordrende kreftpasient med stor smerteproblematikk som skulle skrives ut fredag."

"En pasient med trakeostomi¹¹ og med behov for avansert utstyr som kommunen ikke hadde. Denne pasienten koster kommunen veldig mye, og vi kunne behandlet mange for det denne pasienten koster".

Det handler ikke alltid om at det er mange pasienter, men at de som kommer er faglig krevende ved at de trenger komplisert og avansert oppfølging, og derfor krever at kommunen er forberedt, har riktig kompetanse og nok ressurser.

"Kommunehelsetjenesten kan betjene mange forskjellige oppgaver hvis vi hadde hatt faglig backing fra spesialisthelsetjenesten. Problemet er at ting skal gå så himla fort og at sykehuset ikke er gode nok til å gi oss tilbakemeldinger underveis. De glemmer å sende melding. De glemmer å funksjonsvurdere underveis.

Oppgaveoverføringen har ført til mye ekstra administrasjon både for kommunene og sykehusene for å få samhandlingen og samarbeidet til å fungere. Dette fører til at begge tjenestene driver en utstrakt møtevirksomhet for å koordinere og avtale roller og oppgaver. Når det gjelder økning i administrative oppgaver sier samtlige informanter at møtevirksomheten har økt:

"Det er ekstremt mye mer møter enn før. Det handler om mye som ikke er pasientnært og som oppleves lite relevant for de som jobber med pasientene".

God kunnskap om hverandre er viktig. Både kommuneinformanter og sykehusinformanter sier at det hjelper å være erfaren og sitte i samhandlings- og fagråd, og påvirke gjennom disse organene. Stikkord som nevnes i intervjuene er nettverksbygging og felles kultur, respekt og gjensidighet, samt struktur på samhandling og oppgavefordeling. Det økende utfordringsbildet krever mer koordinering, høyere faglig kompetanse og tettere oppfølging. Dette krever at det jobbes med struktur på samhandlingen. Det holdes regelmessige møter for å utarbeide opplegg for samarbeidet mellom sykehus og kommuner.

"Forhandlinger er en løpende prosess, vi holder demningen. Vi bruker utrolig mye tid med mange forhandlinger på å lage noe som passer".

Mange informanter sier at kommunen bruker *"innmari mye tid på å jobbe fram gode samarbeidsstrukturer mellom sykehus og kommuner"*.

Et eksempel som ifølge en sykehusinformant delvis fungerer, er pakkeforløp for kreftpasienter. Pakkeforløp fungerer for henvisning til sykehuset, men videre oppfølging i kommunen *etterpå* er ikke satt i system. Pasientene blir sendt hjem etter cellegift-terapi, de har mange spørsmål de søker svar på, men får ikke dette fra sykehuset. Kommuneinformanter sier at det er tidkrevende for fastlegene å følge opp denne pasientgruppen. Pakkeforløpene har gitt bedre inngang til sykehus for kreftpasienter, mens tilsvarende har ikke skjedd for diagnosegrupper som ikke er inne i et pakkeforløp, og som må vente lenge på spesialisthelsetjenesten.

¹⁰ en avansert etterbehandling av kreft.

¹¹ åpning av luftrøret som danner en ny pustevei/luftvei),

3.1.2 Har det de senere år skjedd endringer i pasientgruppen knyttet til samhandlingen mellom sykehus og kommune?

Flere informanter, både i kommuner og i sykehus, sier at det handler mer om endring i oppgaver enn om pasientgrupper. Nytt for kommunene er oppgaver knyttet til pasienter med stort behov for sammensatte og kompliserte tjenester, uansett alder, og der det er behov for mye utstyr og krav til kompetanse. Utfordringene er knyttet til kompliserte problemstillinger både innen somatikk, rus, psykiatri og demens. Den store mengden pasienter som kommer fra sykehuset, er skrøpelige eldre som skal ha oppfølging fra helse/omsorg i kommunen. Delir er ikke uvanlig når skrøpelige eldre blir syke og innlagt. Skrøpelige eldre og utagerende demente som ikke passer inn i noe system, tar mye ressurser. Spesialisthelsetjenesten har ingen tjenester å tilby denne siste gruppen. De beskrives av kommuneinformanter som *"ekstremt utmattende"*.

Sykehusinformanter nevner at pasienter som trenger rehabilitering etter sykehusoppholdet ofte trenger opphold i institusjon for å få spesialisert oppfølging (korttid/rehabilitering) før de kommer hjem, men mange sendes rett hjem fordi kommunen ikke har kapasitet. I noen tilfeller bruker kommunen kommunale øyeblikkelig hjelp plasser (KØH-plasser) også til dette. Om pasienten kommer seg raskt eller ikke avhenger av hvor godt kommunen har rukket å "rigge" et opplegg. Dette løses individuelt i hver situasjon.

Barn er ikke en stor gruppe, men noen kommuneinformanter sier de har fått nye oppgaver knyttet til alvorlig syke barn. Noen kommuner har fått ansvar for nyfødte og mødrene, som nå sendes hjem mye tidligere enn før. I noen av disse sakene oppdager kommunen komplikasjoner. Da sendes nyfødte tilbake til sykehuset igjen. Tidligere ble disse komplikasjonene oppdaget mens barn og mor oppholdt seg i sykehuset. Reinnleggelse av nyfødte nevnes som eksempel på en uønsket hendelse i distriktskommuner, fordi det er lang reisevei til sykehuset. Knyttet til nyfødte er jordmor, og noen ganger fastlegen, pålagt en rekke tester av nyfødte som tidligere ble gjort mens barn og mor var på sykehuset.

3.1.3 Har kommunen kompetanse til å håndtere disse endringene i pasientgruppen og arbeidsoppgavene?

Kommuneinformantene sier at endringen, med større vekt på lokal og hjemmebasert behandling, stimulerer kommunen til å øke kompetansen i helse- og omsorgstjenesten, men kommunen bruker mye tid, både internt og med sykehuset, for å strukturere tjenesten og samhandlingen: *"Dette krever tid. Det er tiden som er største problemet hos oss."*

Nye medisinskfaglige vurderinger utfordrer også tildelingskontoret i kommunen, fordi de som regel ikke har kompetanse til å vurdere de ulike behovene. Informanter for tildelingskontoret sier at de bruker *"veldig, veldig mye ressurser på å skaffe informasjon om pasienter som skrives ut fra sykehus sånn at de raskt kan følge opp den behandlingen som er startet i sykehuset"*. Dette er spesielt et stort problem der sykehuset "tømmer" avdelingene mot helg og i ferier.

Det kan være en utfordring for sykepleiere i hjemmesykepleien at de *"ikke har en lege i ryggen"* hele tiden sånn som de har på sykehus. Dette betyr at de står i krevende arbeidssituasjoner. Kontinuerlig kompetanseheving er derfor viktig og nødvendig, og her er bistand fra sykehuset viktig, ifølge en informant: *"Kommunehelsetjenesten kan betjene mange forskjellige oppgaver hvis vi hadde hatt faglig backing fra spesialisthelsetjenesten."*

En leder for hjemmesykepleien sier at de er helt avhengig av opplæring fra sykehuset, noe som kan fungere godt når kommunen krever det. En annen bekrefter at hospitering på sykehuset er nødvendig for å følge opp behandlingen av enkelte pasienter. I tillegg skaffer *"hjemmetjenesten seg gjerne kompetanse om avansert utstyr og slike ting ved å se på youtube"*.

Noen av informantene, blant annet i små kommuner, er inne på at problemet ikke er mangel på kompetanse, men at det er vanskelig å få nok stillinger og få besatt de stillingene som er. Flere kommuneinformanter sier de jobber systematisk med å rekruttere og kompetanseheve både sykepleiere og leger. De sier de har erfaring med at allerede eksisterende kompetanse gjør det lettere å rekruttere kvalifisert personell. En informant

nevner at de også omgjør helsefagarbeiderstillinger til sykepleierstillinger for å legge til rette for økt kompetanse. Gjennomtrekk av personell gjør at det er kontinuerlig behov for opplæring på kort tid.

"Det er et slit å rekruttere i små kommuner. Vi jobber også mye med å styrke kompetansen, for eksempel innen akuttmedisin. De siste årene er legesituasjonen stabilisert, og også sykepleiere og helsefagarbeidere, men det er alltid turnover".

Rekruttering er noe kommunene jobber med hele tiden: *"Hvis jeg skal gå 30 år tilbake var det utenkelig å rekruttere via bemanningsbyrå, men i dag er det nesten standard".*

Kommunene satser mye på å legge til rette for kompetanseheving og utdanning, og informantene sier at kommunen bruker store ressurser på dette. Det tar tid å bygge opp kompetanse. Noen kommuner jobber kontinuerlig med rekruttering og med å finne fram til løsninger for å beholde personell. Dette kan gjelde både sykepleiere, ergoterapeuter, leger og annet helsepersonell.

3.1.4 Samhandling mellom sykehus og kommune: Har det skjedd endringer i medisinske/kliniske oppgaver og administrative oppgaver?

Samtlige informanter sier det er stort behov for kommunikasjon mellom kommunene og sykehus. Dette gjelder både kommunikasjon mellom fastlege og legene på sykehuset, og mellom sykepleietjenesten i kommunene og legene på sykehuset. Mange informanter forteller at kommunen har avtale med sykehuset om at det skal holdes samarbeidsmøte med sykehuset i god tid før utskrivning i kompliserte saker, og at fastlegen skal være med i møtet. Dette skjer ikke alltid. *"Det er ikke alltid at legen kan, det skal ofte skje raskt, og derfor er det urealistisk at fastlegen kan få det til".*

Overføring fra sykehus til kommune handler ikke bare om overføring av sykepleiefaglige oppgaver. Flere pasienter enn tidligere har behov for fortsatt avansert medisinskfaglig oppfølging, og spørsmålet blir da hvordan dette skal håndteres og hvem som skal bestemme hva som skal gjøres.

"Sykehuset glemmer å sende melding. De glemmer å funksjonsvurdere underveis. Og de gir opp pasienten og sier at pasienten må på sykehjem, og der er vi jo uenige. De setter krav til oss, men jeg synes kravene er på feil plass. De setter krav til at vi på en måte skal være rustet til å ta imot alt mulig hele tida."

En ofte nevnt problemstilling, både av kommuneinformanter og sykehusinformanter, er at leger ved sykehuset lover pasienten tjenester fra kommunen. Dette skaper konflikter mellom kommune, pasient og pårørende.

"Dette ruller og går stadig i avisene. Det er et stort gap mellom det innbyggerne tenker om helse-Norge og det kommunen kan levere. Det blir helsepersonellens jobb å lukke dette forventningsgapet. Det er både et faglig, politisk og etisk problem."

I prinsippet er sykehus og kommune enige om hvem som skal yte hvilke tjenester, men det hender allikevel at pasienten kommer med løfte fra sykehuset om at de skal få bestemte tjenester i kommunen. Merarbeidet knyttet til kommunikasjonsprosessen rundt pasienten er særlig knyttet til at reisen fra sykehus til hjemmet skal bli forutsigbar for pasienten som skal hjem. I slike situasjoner skal mange aktører samhandle, og det er helt avgjørende med gode rutiner, og at rutinene følges i hvert enkelt tilfelle.

"Det var en situasjon der jeg sa det var for kort tid til at kommunen kunne få dette til, og da hørte jeg i bakgrunnen at 'du må bare skyve på, få ham ut, du må bare presse kommunen', og det er jo sånne holdninger som ikke er greie."

Den store variasjonen i behov for hver enkelt pasient er krevende, og det er *"krevende å sette inn beredskap du kanskje ikke har"*.

3.1.5 Særlige utfordringer innen psykiatri og rus knyttet til oppgaveoverføring sykehus – kommune.

Pasienter med psykiske og/eller rusproblemer er en ny og økende gruppe i kommunehelsetjenesten. Sykehusinformantene sier at kommunene etter hvert har bygget opp tilbud til gruppen, men at feltet preges av ressursproblemer. Kommuneinformantene beskriver at feltet er vanskelig. Noe av oppgaveforskyvningen for denne gruppen skyldes også at sykehusene har bygget ned døgnopphold. En sykehusinformant sier: *"man må anerkjenne at psykiatri er veldig presset på ressurser. Mange blir snudd i akuttmottaket og det er en kjempeutfordring for kommunene"*. Kommunale tjenester for denne gruppen er fastlege og lavterskel oppfølging i helse/omsorg som formidles via tildelingskontoret. Gruppen legges ikke like ofte inn i korttidsplassene som somatiske pasienter. Noen kommuner bruker av og til KØH-plasser for akutt hjelp. Dette kan handle om et tilbud for at pasienten kan sove av seg rusen, og at kommunen tar vare på pasienter som kan være suicidale. Flere kommuneinformanter etterlyser mer oppfølging og opplæring for å kunne ta vare på disse pasientene. Vi har også intervjuet sykehusinformanter som viser til at de tilbyr Fact-team og ACT-team¹² for å bistå kommunene. Kommunene forteller at det er en høy terskel for å få pasientene inn i spesialisthelsetjenesten, både for innleggelse og utredning. *"Når vi henviser dem til sykehuset, får de et kort opphold med en rask utredning, og så er de ute igjen"*. Tidligere ble pasienter lagt inn til utredning, nå gjøres ikke dette i sykehus. Kommunen kan henviser for å få en utredning, men de får ikke grundig utredning i sykehuset, men henvises tilbake til fastlegen etter en kort undersøkelse.

"Pasienter som innlegges akutt kommer i retur etter et par dager. Pasienten er da ofte tungt psykotisk, uavklart, og det skaper mye støy i kommunen før vi får snekret sammen et tilbud. Disse pasientene er få, men veldig ressurskrevende".

Samtlige informanter, både for kommuner og sykehus, sier at psykiatri og rus var veldig vanskelig å håndtere for kommunene de første årene, men ifølge sykehusinformanter har kommunene etter hvert fått mer struktur på eget tilbud til disse gruppene. Fremdeles er det problemer innen psykiatri/rus når det gjelder å bli enige om hvem som skal ha ansvar for behandling og oppfølging, og hva oppfølgingen skal handle om. En sykehusinformant sier at det fra sykehusets side ser ut til at kommunene jobber godt med dette feltet, selv om det er et stort og krevende felt. Flere kommuneinformanter beskriver situasjoner der de henviser pasienter til DPS, som avviser, ofte uten å oppgi en begrunnelse. Andre beskriver situasjoner der psykisk syke pasienter vurderes som behandlingstrengende av fastlegen, og der DPS henviser dem videre i spesialisthelsetjenesten, men der sykehuset avviser dem fordi de ikke er syke nok for et spesialisthelsetjenestetilbud. Et annet eksempel er psykisk syke som *"ikke responderer på behandling, for da vil ikke sykehusene ha dem i og med at sykehusene har sluttet med langvarige opphold"*. Det kan være pasienter som kan være ustabile og/eller som sykehuset vurderer som farlige, men der sykehuset ikke har behandling å tilby. Et annet eksempel er pasienter som er skadd etter langvarig misbruk av rusmidler. Denne gruppen får ikke tilgang til spesialisthelsetjenesten. De kan få et tilbud i kommunen over noen dager for å *"hvile seg"*. Det representerer en kostnad for kommunen, men også et bedre og mer verdig liv for pasienten. Kommunene har ikke alltid bolig med bemanning som er tilpasset denne pasientgruppen, eller kompetanse til å gi en god oppfølging. Det kompliserer også oppfølgingen at sykehus og kommuner forholder seg til ulikt lovverk når det gjelder oppfølging og krav og mulighet for tvangsbehandling.

¹² **FACT** - Flexible Assertive Community Treatment kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>

ACT - Assertive Community Treatment, en modell for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer, som i liten grad selv oppsøker hjelpeapparatet. ACT-teamene er tverrfaglig sammensatt, har en teambasert tilnærming og leverer både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester. Teamet gir alle typer tjenester som brukeren har behov for.

Ifølge informantene har ikke kommunene institusjonsplasser for psykiatriske pasienter, noe de heller ikke har anledning til å ha. Noe få har boliger. Samtidig meldes det at denne pasientgruppen er forholdsvis liten, og selv om noen av dem er ressurskrevende, gjør dette det enklere å planlegge tilbudet. Små kommuner har som regel ikke skjermet avdeling eller skjermede plasser, og psykisk syke pasienter legges inn i samme avdeling som andre. Små kommuner kan ha tilbud om sykestue og oppfølging av fastlege. Ifølge kommuneinformantene er dette pasienter som kan være veldig syke og ressurskrevende og følge opp. Kommuneinformanter sier at det ofte oppstår uenighet mellom sykehus (3.linje), DPS og kommune. Kommunen henviser til DPS, som finner at pasienten er for syk, og henviser til sykehuset (3.linje), som mener at pasienten er for frisk. Pasienten kommer tilbake til kommunen, som ikke kan gi et godt tilbud. Både legevakten og KØH-sengene brukes i slike situasjoner, men det hender ofte at pasienten legges inn pga. noe somatisk, selv om rus/psykiatri er bakenforliggende årsak eller bi-lidelse. En sykehusinformant sier at pasientgruppen er vanskeligere å håndtere enn somatikk:

"Det er stor diskusjon om sykehuset skal aktivt tilby kompetanseoverføring, eller om kommunene skal etterspørre og sykehuset skal svare på konkrete henvendelser. Mange slike problemer er knyttet til kompetanseoverføring som handler om det rent praktiske – nok tid, huske på at det skal gjøres, at de det angår har tid samtidig."

Kommunene har også pasienter med utviklet demens etter langvarig rusmisbruk. Dette er heller ingen stor gruppe, men krevende. Flere kommuneinformanter oppgir at det er vanskelig å få hjelp for eldre med langvarig rusproblem og kombinasjon av somatikk og psykiatri. Somatiske avdelinger vil ikke ha dem, de hører ikke hjemme i psykiatrien. Kommunene har stort behov for veiledning og bistand fra spesialisthelsetjenesten for denne gruppen, men flere forteller at det er vanskelig å få slik veiledning. En forteller at avslaget om veiledning ble begrunnet med at kommunen ikke hadde relevant fagkompetanse: *"Det blir sånn ingen armer ingen kake, har vi ikke folk å veilede så veileder vi ikke"*.

Flere kommuneinformanter forteller at det er dragkamp om kategori 3-pasienter, dvs. kronisk psykisk syke. DPS har ikke tilbud til dem, de responderer ikke på behandling og derfor har ikke sykehuset tilbud. *"Kronisk syke må være så syke at de tvangsinnlegges for å få hjelp i helseforetaket. Mye av tidligere tilbud, sengeplasser, er nedlagt med samhandlingsreformen"*.

En kommuneinformant forteller at det har vært *"heftig diskusjon"* med DPS for å få helseforetaket til å stille rom til disposisjon for pasienter som trenger tilsyn:

"Psykiatri hos oss er en katastrofe, et svart hull. Vi har god kompetent psykiatrisk sykepleier, men lite ressurser. Vi har ingen spesialisttjeneste. Vi har DPS-er på dagtid uten spesialistkompetanse, men etter klokka fire er det ingen vaktberedskap."

Samtlige informanter sier at i den daglige tjenesten foregår det forhandlinger mellom kommune, DPS og sykehuset om hvem som skal gjøre hva med pasienter med psykiske/rusproblemer som er i akutt krise. Flere informanter er opptatt av at tilbudet innen psykisk helse og rus er kraftig underfinansiert, og at det er blitt verre etter samhandlingsreformen. Kommunene søker å løse dette med hyppig bruk av korttidsplasser. Når det gjelder gruppen med milde og moderate psykiske lidelser, har denne økt kraftig, og kommunene har stort behov for høyere kompetanse. Noen av disse pasientene er stabilt dårlige, andre er ustabile, og noen er sånn at sykehuset vurderer at de kan være farlige. Kommunen kan ikke bruke tvang sånn som sykehus kan. Det er ikke lukket avdeling i kommunen, og derfor kan pasientene velge om de vil ta imot behandlingstilbud eller ikke.

3.1.6 Særlige utfordringer innen rehabilitering knyttet til oppgaveoverføring sykehus – kommune.

Kommuneinformantene er klare på at det er en fordel at mer av rehabilitering skal skje i kommunene, og helst i hjemmet, men også innen rehabilitering er ansvarsforhold og grenseoppgang mellom sykehus og kommune uklart. Kommuneinformanter trekker fram hverdagsrehabilitering som et godt tilbud.

Sykehusinformanter sier at tilbudene i kommunene ikke er gode nok for pasienter som trenger intensiv oppfølging og opptrening, og at de færreste kommunene har bygget opp robuste og gode fagmiljøer. Sykehuset i Telemark bygger opp tilbud om ambulant team for oppfølging i rehabilitering innen nevrologi, og dette er "veldig velkomment" ifølge kommuneinformanten. Også ambulant team i samarbeid med kommunal tjeneste innen palliasjon bygges opp.

Også innen rehabilitering hender det at leger i sykehuset skaper forventning hos pasientene som kommunen ikke kan eller vil innfri. Når sykehuset ikke har dialog med rehabiliteringsteamet i kommunen, kommer pasienter og pårørende med mange ulike forventninger som kommunen må bruke tid på å avklare. Også innen rehabilitering kan manglende kompetanse i kommunen være en utfordring. Antall og type pasienter varierer, av og til også med sesong. Sykehusene sender ut pasienter i ferien, og da må kommunene mobilisere et tilbud.

Kommunene har et kontinuerlig behov for veiledning og støtte også innen rehabilitering. Hospitering i spesialisthelsetjenesten kunne vært brukt mer for å lære hvordan helsepersonellet skal håndtere komplekse problemstillinger. For kommunene er det et mål at flest mulig skal klare seg hjemme så lenge som mulig, og rehabilitering vil ofte handle om å få pasienten ut av institusjoner og hjem så raskt som mulig. Også når det gjelder rehabilitering er utfordringen at "alt skal være på plass med en gang". Det er også en utfordring i kommunene at rehabilitering handler om mye mer enn fysioterapi. Pasienter med slag har mange ulike problemer og behov - psykisk helse, tale, hørsel, neglekt. En god rehabiliteringstjeneste krever bred faglig innsats og generelt mye koordinering. Kommunene har derfor behov for bred faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten.

3.1.7 Akutte tjenester (etablering av Kommunale Øyeblikkelig Hjelp døgntilbud (KØH): hvordan det har påvirket oppgaveoverføringer og samhandling sykehus - kommune.

Flere informanter sier at KØH er en funksjon som er jobbet fram over tid. En kommuneinformant sier:

"Det var usikkert og uavklart i begynnelsen hva KØH skulle være. Vi har fått til felles vurderinger med sykehuset av hva KØH skal ta. Det har tatt tid å legitimere og jobbe KØH inn i kjeden. Det var vanskelig i starten og har tatt tid å utvikle inklusjonskriterier, og bli enig om dette."

Noen kommuneinformanter sier at KØH-senger finnes "på papiret". KØH er som regel plassert i korttidsavdeling, og noe er lokalisert ved legevakt. Flere kommuneinformanter sier at *fleksibilitet* er stikkordet for å få KØH til å fungere.

"Vi har fått det til å fungere ved å legge sengene sammen med rehabiliteringsoppgaver og der ta imot utskrivingsklare, Ø-hjelp, og korttid. Dette gir fleksibilitet. Det gjør at vi får det til å henge sammen."

I ett fylke har kommunene gått sammen om å samordne KØH-funksjonen ved at flere kommuner samarbeider om større enheter. Ifølge sykehuset fungerer denne løsningen godt. Bruken er fleksibel ved at funksjonen er definert som en del av sykehjem/korttid. Mange pasienter, med for eksempel kols, dårlig allmenntilstand, infeksjoner, dehydrering, hofteopererte eller mødre med svangerskapskomplikasjoner, kan legges inn. Det er altså i praksis vanskelig å skille KØH fra korttid, og av og til fra langtid i sykehjem. Noen pasienter blir liggende der lenge i påvente av sykehjemsplass.

"Tidligere ble de "mobilisert opp" i sykehuset før de ble sendt hjem. Pasienter som trenger rehabilitering prøver de å få sykehjemsplass til, men mange sendes rett hjem pga. kapasitet. KØH-plasser brukes også til dette."

Flere informanter er inne på at det kan oppstå uenighet mellom innleggende lege og sykepleiere som håndterer KØH-plasser om hvem som har behov for innleggelse. Noen sier de mistenker at pasienter legges inn i KØH-plasser for å få en rask vei inn til en sykehjemsplass. Det er krevende for sykepleierne å stå imot når leger legger inn en pasient som sykepleierne mener ikke trenger plassen. På den annen side forteller

legeinformantene at det kan foregå krevende forhandlinger med lederen for KØH-sengene når det gjelder innleggelse. Innleggelse behandles i inntaksteam, og det hender pasienter blir avvist uten at legen får en god begrunnelse eller uten at teamet gir alternative tilbud. Ifølge planen skulle KØH erstatte/forebygge en sykehusinnleggelse, og ikke brukes som utskrivingssted, men flere informanter sier at det hender at pasienter skrives ut fra sykehus til KØH som en mellomstasjon før pasienten kan sendes hjem. KØH-plasser skal ikke brukes av sykehuset i forbindelse med utskrivning, men sykehusinformanter sier at plassene i noen tilfeller kan bli brukt av pasienter som ikke legges inn når de kommer til sykehuset, men som trenger medisinsk oppfølging i kommunen.

3.1.8 Endringer i arbeidssituasjonen for fastleger som følge av oppgaveoverføringer og samhandling sykehus - kommune.

Kommunene i vårt intervjuutvalg har ulike modeller for finansiering av fastlegene. Ingen har bare selvstendig næringsdrivende fastleger. Noen har bare fastleger på fast lønn, andre har ulike kombinasjoner av finansiering. Informanter fra hjemmesykepleien oppgir at det kan være vanskelig å få fastlegen med i et samarbeid. Noe forklares med finansieringsordningen, noe med at fastlegene har for mange arbeidsoppgaver. I små kommuner kan rekruttering være vanskelig, og kommunene jobber mye for å gjøre seg attraktive for leger, spesielt for å få dem til å bli værende i stillingen. *“Legerekruttering er evig problem.”*

En legeinformant sier at fastlegene opplever samhandlingsreformen og ordningen med KØH-senger som en stor belastning. Dette forklares blant annet med at oppgavene er blitt mer komplekse. Flere med mange og alvorlige sykdommer legges ikke inn i sykehus, men behandles av fastlegen. En kommuneoverlege og en fastlege illustrerer dette:

“Fordi hjemmeboende pasienter er sykere, må fastlegen kobles inn tettere og mer enn før.”

“Mange er flyttet til kommunehelsetjenesten som tidligere ble fulgt opp i sykehus. Det er dårligere pasienter, mye mer oppfølging, og mange av disse pasientene skal ikke inn i sykehus, men behandles av fastlegen.”

“Det som har skjedd over årene er at dette har blitt mer og mer tilspisset. Vi har langt flere yngre voksne med langt mer omfattende behandlingsopplegg.”

Opgavene omfatter blant annet medikamentkontroller, flere kreftkontroller, oppgaver knyttet til raskere utskrivning etter innleggelse, allergivaksiner og akne-behandling.

Dårligere pasienter med diabetes og hypertensjon skal i mindre utstrekning på sykehus, og spesialisthelsetjenesten tar ikke imot pasienter før de er utredet hos fastlegen. Flere psykisk syke behandles i kommunehelsetjenesten. Det er mange prøver og skjemaer som skal fylles ut før henvisning, og pasienten får ikke komme tilbake til spesialist før resultatene foreligger. Samhandlingsreformen la opp til at pasienter med langvarig sykdom skal behandles hjemme i større grad.

Dårligere pasienter trenger mye mer oppfølging fra fastlegen enn tidligere. Kommuner prøver ut mange tiltak for å redusere overbelastningen på legene, og kommunene har gjort ulike grep for å bedre arbeidssituasjonen for legene. Noe handler om å redusere antall pasienter på listene. Hvor få pasienter legene kan ha på listen er også et økonomisk spørsmål for kommunene. Noen har innført interkommunalt legevaksamarbeid med godt resultat. Noen har mer tro på fastlønnede leger med bonusordning. En informant sier at dette blant annet skyldes at nyutdannede leger ikke kjøper seg inn i dyre praksiser. En mindre kommune har redusert fastlegelistene fra 1200 til 900 og vurderer å gå enda lavere ned, fordi leger ikke vil ha lange lister. Et par kommuneledere påpeker at fast lønn med bonusordning for legene er dyrt for kommunen, men leger fra vikarbyråer er enda dyrere.

Fastlegene melder at oppgaveoverføringen fører til at mange andre oppgaver enn direkte pasientkonsultasjon spiser av deres tid, og de må bruke mye tid på forventninger om hjemmebesøk og at de skal delta i møter. Fastlegene sier at de har dårligere pasienter enn før, og at dette krever mer oppfølging fra dem. De forteller om mange undersøkelser, mange kontroller og prøver som skal tas. Mye at dette ble tidligere gjort i sykehuset. Fastlegene opplever ofte at sykehus, også psykiatrisk poliklinikk, ber fastlegene gjøre kliniske

utredninger, ta blodprøver etc., før de tas inn i spesialisthelsetjenesten. Dette er en av grunnene til at enkelte av dem opplever at sykehuset behandler dem som sekretærer. Spesialisthelsetjenesten tar ikke imot pasienter før de er utredet hos fastlegen, og krever at mange prøver skal tas og mange skjemaer skal fylles ut før henvisning. Enkelte kommuner har gjort spesifikke avtaler med sykehuset for å unngå at fastlegen gjør oppgaver som sykehuset skal gjøre, for eksempel oppgaver knyttet til sykemeldinger for inneliggende pasienter.

"Det er en stor belastning at sykehuset som behandler pasientene krever at fastlegen tar mange prøver, og pasienten får ikke komme tilbake til spesialist før resultatene foreligger. Det er ingen grense for hva som skal kartlegges og dokumenteres, og papirmengden har også økt og økt".

Sykehusets håndtering/forhold til fastlegene er også tema som jevnlig tas opp i samarbeidsmøtet. Ansvarsfordelingen mellom sykehus og fastlege for pasienter med langvarig sykdom og som følges opp av spesialisthelsetjenesten, er ikke tydelig. For eksempel gjelder dette for medikamenter.

Hvorvidt fastleger involveres i samarbeid med hjemmesykepleien, varierer fra lege til lege innen hver kommune. Når det gjelder informasjonsutveksling, skaper det merarbeid at fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten bruker ulike fagsystemer. Dette gjør informasjonsutvekslingen tungvint og usikker, og informasjon må kontrolleres ekstra av begge parter. Også fastlegene melder om merarbeid knyttet til ufullstendig informasjon i epikriser. Fastlegene trenger både bedre og mer informasjon som må følge pasienten ut fra sykehus. De har behov for direkte kontakt med lege i sykehuset, og bruker mye tid på å ringe. Enkelte melder at E-meldinger fungerer godt for å få til bedre og sikrere kommunikasjon.

Både kommuneleger og virksomhetsledere i pleie- og omsorgstjenesten sier at det er stort behov for å knytte fastlegene tettere til kommunens tjenester. Partene inngår avtaler, men kommunen har ingen styringsrett, og det er vanskelig å sanksjonere fastleger. Alle informantene sier at samhandlingen må jobbes fram over tid. Informanter fra pleie- og omsorgstjenesten melder at de generelt har et godt samarbeid med fastlegene.

3.1.9 Diskusjon om hva det ble lagt vekt på i intervjuene

Som det framgår av avsnittene foran, dekket intervjuene åtte områder, og hadde en rekke spørsmål innenfor hvert område. I dette kapitlet tar vi for oss de åtte områdene og gir et bilde av hva det ble lagt vekt på og hva våre informanter ikke oppfattet som like sentrale problemstillinger.

Det er bred enighet blant informantene om at kommunene har fått flere og mer komplekse oppgaver enn tidligere. Noen viser til at det skjedde en endring etter innføringen av samhandlingsreformen, mens andre viser til at det over lengre tid har foregått en endring på det medisinske og teknologiske området som har gjort det ønskelig og mulig med mer avansert behandling i kommunehelsetjenesten. Nye og mer krevende oppgaver det vises til er bruk av intravenøse behandlingsformer både i kommunale institusjoner og i hjemmet. Eksempler var hjemmedialyse, oppretting av hjemmesykehus for barn, respiratorbehandling, terminal pleie, medisinsk oppfølging av kreftpasienter og utagerende demente. I mange kommuner kan det gå lang tid mellom hver gang de får pasienter med behov for spesiell medisinsk oppfølging. Dette gjør det krevende for kommunen å opparbeide kompetanse, og de er derfor kontinuerlig avhengig av veiledning og opplæring fra sykehuset.

Informanter fra både sykehus og kommuner påpekte at det sjelden var avklart på forhånd hvilke pasienter som skal behandles i sykehus eller i kommunen. Ofte handler problemet om at kommunene får for liten tid til å forberede seg. Det ble også vist til at journal og medikamentoversikten som følger med pasienten ut fra sykehuset kan være mangelfull, og det kan mangle nødvendig utstyr for å ta over ansvaret for pasienten.

Både kommune- og sykehusinformanter trakk fram at de mange samhandlingsutvalgene krever ressurser. Mye av diskusjonen i disse utvalgene knyttet seg til betaling for utskrivingsklare pasienter. Det er da mer uenighet om antall overliggerdøgn en diskusjon om hvordan enkelte pasientgrupper skal håndteres. Problemer det ble vist til var alle forårsaket av at pasienter ble overført uten at kommunene fikk forberedt seg og uten at det fulgte tilstrekkelig kunnskap om pasientens behov og nødvendig utstyr med overføringen.

En rapport fra Oslo kommune viser at i deres tilfelle var antall pasienter kommunen betalte for lavere enn hva som ble rapportert og registrert i Norsk Pasientregister (NPR).[17]

Informanter fra kommunene svarer at den største gruppen i første rekke er skrøpelige eldre. På spørsmål om det har vært en økning av andre aldersgrupper, blir dette i liten grad besvart. Noen viser til at de har fått ansvaret for alvorlig syke barn som krever en stor innsats. Dette er en liten gruppe, men krevende. Andre viser til at de har fått nye typer krevende brukere i alle aldersgrupper. De er få i antall, men legger beslag på store ressurser. Kapitlet (5.2) som dokumenterer utviklingen av kommunale brukere over tid viser at økningen av brukere som er 67 år og yngre har vært noe sterkere enn for den eldre gruppen brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Dette gjenspeiles ikke i intervjuene.

På spørsmål om kommunene hadde tilstrekkelig kompetanse, var svarene fra både kommune- og sykehusinformantene gjennomgående positive for de fleste områdene, psykiatri/rus og rehabilitering unntatt. Alle kommuner bygger opp kompetanse, og samarbeidet med sykehuset når det var nødvendig med veiledning. Vi spurte om økt kompetanse også førte med seg flere oppgaver, ved at de ansatte så flere udekkete behov. En kommune- og en sykehusinformant svarte benektende på dette. De øvrige kommenterte ikke dette. I intervjuene kom det ikke fram oppfatninger om at visse faggrupper manglet mer enn andre, og om det var spesielle kompetanser kommunene trengte å styrke. I samtalen om kompetanseheving ble ikke noen faggrupper nevnt spesielt.

Alle ble spurt om de syntes pasienter gjennomgående ble skrevet ut for tidlig fra sykehus. Ingen uttrykte ønske om lengre liggetid på sykehus. Det var god informasjon og tid til forberedelse man var opptatt av. Et par kommuneinformanter sa at reinnleggelser etter kort tid ikke skyldtes at kommunen ikke kunne handtere pasientene, men at pasientene var utskrevet uten at kommunene hadde fått tid til å forberede seg. Unntakene var tilfeller der det oppsto forverringer etter utskrivningen. Eksempler var nyfødte og sårbare eldre. Representanter både fra kommuner og sykehus var enige i at pasienter bør ut av sykehus så snart den medisinske behandlingen er slutført.

Under samtalen om samhandlingen mellom kommuner og sykehus, ble det fra kommunehold understreket at sykehusene har definisjonsmakt for når en pasient er ferdig behandlet, mens kommunene ikke hadde den samme myndigheten til å kreve at en av deres pasienter/brukere må vurderes av spesialisthelsetjenesten. Man mente sykehusene hadde mulighet til å avvise pasienter. De sykehusrepresentantene som uttalte seg om dette viste imidlertid til at sykehusene har krav på seg til å ta imot øyeblikkelig hjelp.

En kritikk mange av kommunene hadde var at sykehuset lovte tjenester på vegne av kommunene. Et eksempel som ble trukket fram var at sykehuset lovet pasienten institusjonsplass, der kommunene mente de kunne tilby forsvarlig helsehjelp i hjemmet. Det ble også trukket fram at dette var et område der sykehusene forsøkte å endre seg.

For psykisk helsevern og rusomsorg ble det trukket fram tre forhold. Det første var at spesialisthelsetjenesten (DPS) utenfor de sentrale sykehusenhetene var svakt bemannet. Kommuneinformantene var opptatt av at disse enhetene manglet fagkompetanse de kunne rådføre seg med i enkeltsaker. Det andre som ble trukket fram av kommuneinformantene, var et mangelfullt samarbeid med DPSene. Dette ble ikke trukket fram av sykehusrepresentantene. Det tredje som ble trukket fram, var at spesialisttjenestene ofte avviste personer de mente ikke responderte på behandling. Det gjaldt både DPSene og døgnavdelingene. Resultatet ble da at disse ble kommunenes ansvar.

På spørsmål om rehabiliteringstjenester svarte informanter fra sykehusene at de i liten grad arbeider med dette. Samtidig mente de at kommunene mangler kompetanse på området. Spesielt ble kompetanse på rehabilitering for slagpasienter trukket fram. Kommunene trakk fram at de hadde gode erfaringer med hverdagsrehabilitering.

I samtalene om akutte tjenester kom det ikke fram en entydig positiv holdning til etableringen av KØH som en egen tjeneste. Det var stor variasjon i hvordan denne delen av tjenesten ble løst. Noen inngikk samarbeid med andre kommuner og etablerte felles KØH-enheter. Noen hadde bare brøker av en seng, som da ble lagt

inntil et annet institusjonstilbud, for eksempel senger i korttidsinstitusjon. Noen av kommunene mente KØH sengene fungerte etter hensikten, og at de hindret videre innleggelse inn til sykehus. Ett sykehus påpekte at samtlige KØH senger i deres nedslagsområde kun betjente en brøkdel av akuttinnleggelsene i sykehuset. KØH sengene ble i all hovedsak benyttet av kommunene i stedet for sykehusinnleggelse. Noen sykehus benyttet også KØH senger for utskrevne pasienter, mens de fleste kommunene ikke tillot dette.

På spørsmål om fastlegenes rolle og deres samarbeid med kommuner og sykehus, ble mye konsentrert om hva slags avtaler kommunene har med fastlegene. Mange i vårt utvalg har enten fastlønnete leger eller leger som benyttet kommunalt finansierte lokaler. Både sykehus og kommuner var opptatt av at behandlende lege i sykehuset ikke skulle kreve at fastlegen utførte oppgaver på vegne av sykehuset, f.eks. bestille røntgen eller ta visse prøver som så skal følges opp av sykehuset, men at den legen som mente det var behov for en tjeneste også hadde ansvaret for å bestille den. Samarbeidet mellom fastlegene og kommunens øvrige pleie- og omsorgstjenester ble ikke beskrevet i noen av intervjuene.

3.1.10 Oppsummering av intervjuene

Intervjuene vi har gjennomført viser at det er et godt grunnlag for å finne løsninger som bedrer samarbeidet mellom kommuner og sykehus. Selv om antall intervjuede ikke er mange, er man entydig enige om at flere kan få oppfølging i kommunene etter å ha vært innlagt på sykehus. Det er ingen som hevder at lengre sykehusopphold er noen god løsning. Ingen synes heller å peke på den andre parten og hevde at den har blitt prioritert foran egen virksomhet når det gjelder tildeling av ressurser. Det synes derfor som klimaet for å arbeide fram bedre løsninger er godt. Ut fra intervjuene synes det heller ikke som det er uenighet i de overordnede samordningsutvalgene som oppfattes som et problem. Utfordringene det pekes på er ganske konkrete, noen mer komplekse enn andre.

Innen de somatiske tjenestene er utfordringene knyttet til bedre rutiner når pleie- og omsorgstrengende pasienter skal vurderes/behandles på sykehus og når de skal tilbakeføres til kommunen. Ifølge våre informanter dreier dette seg ikke om mange pasienter, men de kan kreve betydelig ressurser fra kommunene og mottaket av dem trenger å forberedes godt.

Både representanter for kommuner og helseforetak er bevisste på at den andres faglighet skal respekteres. Det er sykehuspersonalet som avgjør når en behandling er avsluttet og det er kommunehelsetjenesten som vet best hvilke tjenester en pasient/bruker bør ha når kommunen overtar ansvaret. Man er også enige om at sykehuslegene ikke skal bruke fastlegene som sine "sekretærer", slik det er hevdet, blant annet knyttet til en aksjon fra fastleger i Trøndelag. Enigheten er til stede, men man er tydelige på at dette er holdninger som det må arbeides med over tid.

Våre informanter er samstemmige i at det er behov for kontinuerlig kompetanseoppbygging. Vurderingene er ikke helt samstemte. Kommunehelsetjenesten er mer kritisk til kompetansen innen psykisk helsevern og rus enn hva helseforetakenes representanter er. Helseforetakenes representanter er mer kritiske til kompetansen innen rehabilitering i kommunene enn kommunerepresentantene selv er. I intervjuene har vi ikke hatt anledning til å gå dypt inne i denne problemstillingen. Denne delen av prosjektet kan konkluderes med at det arbeides med kompetanseheving. Man er enige om at dette er viktig. Kommunenes representanter understreker at de er avhengige av faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten, og pleie- og omsorgstjenesten påpeker at de savner medisinsk faglig støtte i den del situasjoner.

Den største utfordringen som kommer fram i våre intervjuer gjelder området for psykisk helse og rusomsorg. Her er man samstemmige i at det mangler ressurser og kompetanse. En situasjon som framheves noe sterkere av representantene fra kommunene enn fra helseforetakenes representanter. På dette området er man også usikre på om dagens struktur fungerer slik den er tenkt. Fra kommunenes ståsted gjelder det spesielt at DPSene ikke oppleves som den hjelpen de forventes å være.

Ressurssituasjonen for tjenestene blir ikke dramatisert, men våre informanter, fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, mener det er behov for mer ressurser for å dekke det behovet de er satt til å handtere.

3.2 Data for kommune- og spesialisthelsetjenesten 2011-2018, utgifter, årsverk og aktivitet

Analysen basert på datainnhentingene er delt i tre deler: utgifter, årsverk og aktivitet. Innen hver av disse tre områdene viser vi utviklingen for både helse- og omsorgstjenester i kommunene og for spesialisthelsetjenesten. Til slutt i dette kapitlet foretas en oppsummering av de viktigste funnene.

3.2.1 Driftsutgifter og offentlig konsum av helsetjenester

I Statsbudsjettene (St. prp. nr. 1) finner vi en oversikt over de samlede driftsutgiftene for kommuner og helseforetak som samler alle kostnader der disse er definert likt for alle år. Regnskapene for de regionale helseforetakene dekker all virksomhet innen den sektoren, også kostnader som helseforetakene har knyttet til avtaler med private.

Tabell 1 viser at landets helseutgifter er ganske likt fordelt mellom kommuner og helseforetak, der helseforetakene har fått overført noe mer midler hvert av årene. Avstanden var minst det året samhandlingsreformen ble innført og årene like etterpå. Avstanden i 2017 er ganske lik avstanden som var i 2011, året før reformen ble innført. Utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester utgjør like under 1/3 av de samlede kommunale utgifter. Det er en andel som har vært veldig stabil i alle årene som er vist i tabell 1.

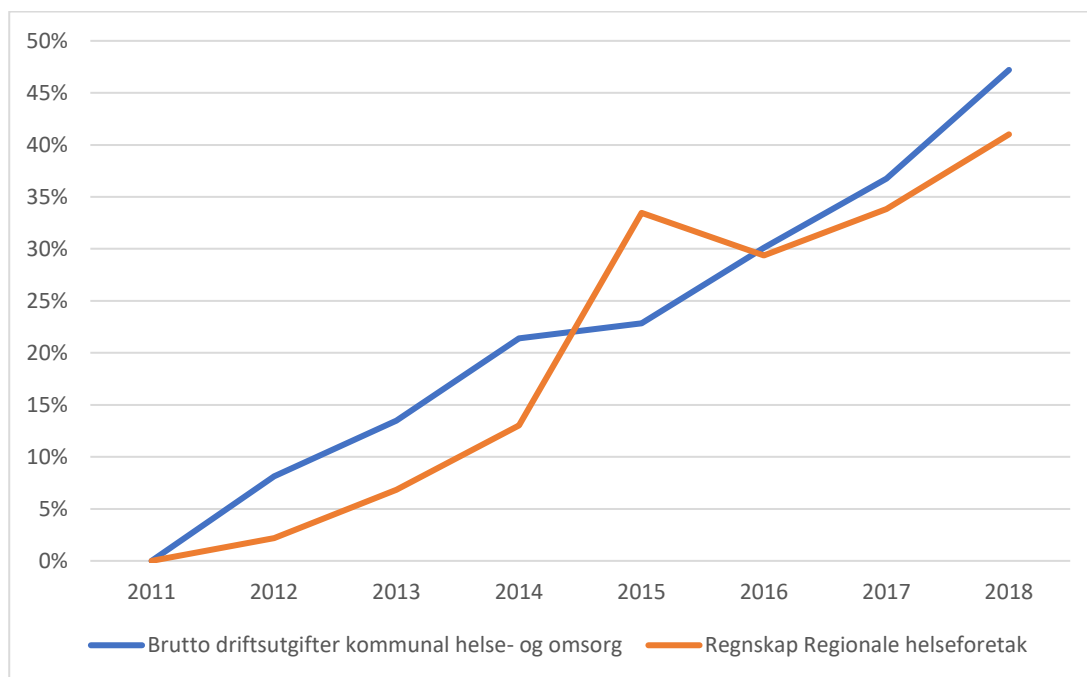
Tabell 1 Brutto driftsutgifter helse- og omsorgstjenester, mill. kroner ¹³

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Brutto driftsutgifter i kommunene	321 473	343 157	363 157	379 198	389 121	419 991	434 286	454 727
Brutto driftsutgifter kommunal helse- og omsorg	95 455	103 204	108 312	115 888	117 269	124 192	130 528	140 515
Regnskap Regionale helseforetak	104 841	107 127	112 005	118 494	139 930	135 637	140 319	147 836

Kilde: St.prp. nr. 1 2012-13 til og med 2019-20

Figur 1 er en visualisering av de to nederste linjene i tabell 1. Utgiftsveksten for kommuner og helseforetak har fulgt hverandre med et lite avvik i 2012 da samhandlingsreformen ble innført og et avvik i 2015. Den økte veksten for helseforetakene i 2015 skyldtes en endring av hvordan pensjonsforpliktelser ble ført i helseforetakenes regnskap.

¹³ Overføringer til legetjenester via HELFO og pasienters egenandeler til privatpraktiserende spesialister og fastleger er ikke inkludert i disse tallene, da de ikke er regnskapsført som en utgift for disse regnskapsenheterne.



Figur 1 Veksten i brutto driftsutgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester og til regionale helseforetak, 2011-2017

I tabell 2 er utgiftene fordelt på underområder. Tabellen er skyggelagt slik at områder knyttet til spesialisthelsetjenesten er i det øvre skyggelagte området, det neste området dekker områder som i all hovedsak er knyttet til kommunene. Det nederste, skyggelagte området, omfatter områder som i mindre grad påvirker samhandlingen mellom sykehus og kommuner. Av områdene som er knyttet til den direkte samhandlingen mellom sykehus og kommuner, er det heldøgnsopphold på sykehus, heldøgnsopphold i kommunale institusjoner og hjemmesykepleie som er de store utgiftspostene. Deretter kommer legespesialister og allmennlegetjenesten.

Veksten har vært klart størst for dagopphold sykehus (77 prosent) og hjemmesykepleie (70 prosent). Endringen for dagopphold er mye knyttet til refusjonsordningene. Veksten på dette området har flatet ut etter at en del tjenester som tidligere ble registrert som dagopphold nå refunderes som polikliniske konsultasjoner. Den samlede utgiften på dette området er heller ikke blant de største områdene presentert i tabell 2. Av de store utgiftsområdene, utover hjemmesykepleie, har veksten vært størst for heldøgnsopphold på sykehus (43 prosent) og heldøgnsopphold på sykehjem (31 prosent).

Dette prosjektet skal se på forholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tabell 2 viser markerte endringer for flere av de mindre områdene. Det gjelder rehabilitering, helseadministrasjon, investeringer og FoU. For disse områdene er det ikke skilt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Vi presenterer tallene slik de presenteres av Statistisk sentralbyrå (SSB), men har ikke hatt anledning til å splitte opp disse dataene slik at de kunne blitt benyttet i analysene vi foretar i dette prosjektet.

Tabell 2 Helseutgifter etter type tjeneste og finansieringskilde, mill. kr.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sykehus tjenester - heldøgnsopphold	63 608	66 295	69 596	74 034	79 214	81 992	86 362	90 754
Sykehus tjenester - dagopphold	3 254	3 939	4 033	4 340	5 218	5 210	5 484	5 763
Legetjenester fra spesialister	22 869	23 393	25 170	28 080	28 471	28 703	30 002	31 493
Ambulanse og pasienttransport	7 368	8 148	8 394	8 955	9 699	9 990	10 549	11 065
Røntgen- og laboratorietjenester	10 354	12 024	12 605	13 501	14 286	14 737	15 549	16 315
Sykehjemstjenester - heldøgnsopphold	41 962	44 753	44 044	46 653	48 155	50 409	52 998	55 104
Hjemmesykepleie mv.	27 106	29 477	34 814	37 579	39 477	42 108	44 355	46 085
Allmennlege-tjenester	15 387	16 052	16 904	18 156	18 904	20 135	21 123	21 980
Forebygging, informasjon mv.	2 371	2 574	2 962	3 247	3 961	3 600	3 793	3 986
Helsestasjon, bedriftshelse mv.	4 195	4 700	4 897	5 084	5 464	5 953	6 268	6 559
Rehabilitering	4 490	4 912	4 987	5 373	5 967	6 583	6 932	7 284
Fysioterapi, kiropraktikk og annet	4 332	4 431	4 495	4 675
Medisinske produkter for pasienter uten innleggelse	28 476	29 269	29 942	31 695	34 346	35 412	37 328	37 992
Tannlegetjenester	12 739	13 115	14 168	15 222	15 886	16 618	17 583	18 435
Helseadministrasjon	1 262	1 531	1 729	1 587	1 827	2 253	2 374	2 495
Investeringer til helseformål (ekskl. FoU)	9 621	11 338	15 000	17 289	15 326	17 311	16 337	17 276
Investeringer i FoU til helseformål	2 963	3 120	3 487	3 635	4 029	4 434	4 669	4 908

Kilde: SSB tabell 10811

Utgiftene presentert i tabell 2 kan også sorteres etter hva Statistisk sentralbyrå (SSB) definerer som produsent. Produsenter er da sykehus (somatiske, psykiatriske, rusomsorg), sykehjem og tilsvarende. De store utgiftspostene er knyttet til somatiske sykehus, institusjoner for psykiatri og rus, sykehjem, hjemmebaserte tjenester og legekontor (hovedsakelig allmennleger/fastleger), og gir det samme bilde som i tabell 2 av hva som har vokst sterkt og hva som har vokst svakere.

Helseutgifter utgjør nesten halvparten av alt offentlig konsum, og andelen har økt svakt det siste tiåret. Ser vi på all økonomisk virksomhet i landet, er andelen som går til helserelatert virksomhet mindre, men også i en slik sammenligning er andelen økt svakt. I 2011 utgjorde helseutgiftene 6,7 prosent av landets samlede utgifter. Andelen hadde økt til 7,6 prosent i 2018¹⁴.

¹⁴ For mer dokumentasjon se "Prosjektnotat, Data for sykehus og kommunehelsetjeneste 2011-2018. Delrapport for å se på ikke avtalte overføringer av pasienter fra sykehus til kommuner" som er vedlegg til denne rapporten.

3.2.2 Utviklingen for årsverk og personellkategorier

Tabell 3 viser det samme bildet som for utgifter. Økningen i årsverk har fulgt hverandre når vi deler det opp mellom sykehus, kommunale institusjoner og årsverk utenfor institusjoner. Antall årsverk er høyere for kommunale institusjoner enn for sykehus, mens de samlede utgiftene var høyest for helseforetakene. Det gjenspeiler at kommunale tjenester er mer arbeidsintensive enn hva som er tilfellet for sykehus. Lønnsutgiftene utgjør 65 prosent av de samlede utgiftene for sykehusene.¹⁵ For kommunene er lønn den helt dominerende utgiften til helse- og omsorgstjenester.¹⁶

Tabell 3 Årsverk etter produsent i 1 000

Produsent	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Sykehus	101,5	103,3	105,7	108,0	109,9	111,3
Sykehjem og andre bolig-/omsorgsinstitusjoner	125,4	127,3	130,7	132,6	131,7	136,8
Helsetjenester utenfor sykehus og kommunale institusjoner	54,3	54,5	55,0	56,5	62,1	64,3

Kilde: SSB tabell 10815

Utgiftsveksten for helsetjenester har vært litt høyere enn for annen virksomhet i landet. Slik er det ikke for årsverk. Andelen årsverk knyttet til helsesektoren, sammenlignet med alle sysselsatte i landet, har sunket fra 22 prosent til 20 prosent siden 2011.¹⁷

Kommunene sysselsetter klart flest personer med helsefaglig utdanning og avstanden ned til helseforetakene (statsforvaltningen) er stabil i hele perioden. (tabell 4) Fastlegene er å finne i linja for privat sektor og offentlige foretak.

Tabell 4 Årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning etter sektor

Sektor	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Kommuneforvaltningen	116 080	120 474	123 528	125 929	132 105	135 150	140 695	145 130
Fylkeskommunal forvaltning	2 690	2 768	2 803	2 710	2 987	2 998	3 055	3 067
Statsforvaltningen	78 670	79 369	79 727	81 928	87 792	88 027	89 299	90 550
Privat sektor og offentlige foretak	47 401	46 776	47 752	50 219	51 381	52 332	53 907	55 527

Kilde: SSB tabell 07944

De største personellgruppene er sykepleiere og jordmødre (88 000), hjelpepleiere og tilsvarende (59 000), leger (25 000), personer med annen helseutdanning (22 000) og barnevernspedagoger og sosionomer (20 000).

Det er et ønske om å styrke rehabiliteringsarbeidet.¹⁸ Antallet personer som er rettet direkte mot rehabilitering, det vil si fysio- og ergoterapeuter, aktivitetører og tilsvarende, har bare hatt en svak vekst i perioden. Veksten har utelukkende kommet i området for kommunal forvaltning.

Tabell 5 viser leger i helsetjenesten og hva de arbeider med. Øverste linje er alle leger innen de kommunale tjenestene. De tre andre linjene viser hva de arbeider med og hvor mange av legene som er registrert som

¹⁵ SSB tabell 06464

¹⁶ SSB tabell 12367

¹⁷ SSB tabell 11153

¹⁸ St.prp. nr. 1 (2011-2012) med henvisning til samhandlingsreformen

fastleger. Antallet som arbeider med diagnose/rehabilitering/behandling er ganske likt antallet fastleger. Leger i den kommunale helsetjenesten er i all hovedsak fastleger som arbeider med pasienter. Den overlegent største gruppen av leger arbeider i spesialisthelsetjenesten. Det er grovt regnet tre ganger så mange leger i spesialisthelsetjenesten som i kommunehelsetjenesten.

I Stortingsproposisjonen som presenterte samhandlingsreformen, ble det tatt til orde for et behov om å øke antall fastleger med 2 000 årsverk. Tabellen viser at økningen så langt har vært ca.600. Økningen i legestillinger i spesialisthelsetjenesten har vært 3 400. Antallet nye leger innen spesialisthelsetjenesten er nesten like mange som det samlede antallet fastleger. Avstanden mellom antallet leger i spesialisthelsetjenesten og leger i kommunehelsetjenesten har økt med 2 900 i perioden.

Selv om kommunene rapporterer at det er krevende å rekruttere leger til fastlegestillinger, så har ikke utfordringen med rekruttering endret seg i perioden¹⁹. Når tilveksten av leger til spesialisthelsetjenesten har vært så mye større en tilveksten i kommunene må årsaken forklares på annen måte. Opphevingen av kvotefordelingssystemet for sykehusleger i 2013 kan ha bidratt til den sterke veksten i antall sykehusleger.

Tabell 5 Oversikt over hvor leger arbeider, og hva leger i kommunehelsetjenesten arbeider med, årsverk

Kommunehelsetjenesten (årsverk)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Totalt	4 837	5 020	5 197	5 325	5 457	5 585	5 823	5 963
Diagnose/behandling/rehabilitering	3 962	4 094	4 246	4 340	4 429	4 526	4 647	4 779
Forebygging/skolehelsetjeneste	210	206	207	209	210	214	218	220
Annet forebyggende arbeid	155	159	154	149	151	140	143	133
Helse- og omsorgstjeneste institusjon	427	472	502	533	570	590	576	580
Administrasjon	83	89	91	95	97	115	119	132
Tilbud om øhj. døgnopphold							120	119
Antall fastleger	4 162	4 240	4 316	4 475	4 563	4 643	4 687	4753
Leger i spesialisthelsetjenesten (årsverk)	12 816	13 158	13 618	14 089	15 089	15 597	16 210	16 697

Kilde: Helsedirektoratet (Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten 2018 og 2019, Rapport IS 2789/IS 2870)

3.2.3 Tjenester ytt til befolkningen

I dette kapitlet er data for kommunesektoren og for spesialisthelsetjenesten presentert i hvert sitt underkapittel. Tjenester registreres på forskjellig måte i de to sektorene. Kommunene opererer med brukere som får en eller flere tjenester. Brukeren er en individuell, identifiserbar person. Sykehusene opererer med besøk som en hovedmåte å registrere aktivitet på. Fra andre undersøkelser har vi data som viser at antallet individer gjennomgående utgjør en tredjedel av antall besøk. Forskjellen i registreringspraksis påvirker i liten grad de vurderingene som gjøres i denne rapporten.

3.2.3.1 Helse- og omsorgstjenester i kommunene

Tabell 6 viser at det rapporteres inn en rekke tjenester fra kommunene til Statistisk sentralbyrå (SSB). Det er en viktig informasjon i seg selv at det er definert såpass mange omsorgssektorer/tjenesteområder. Nesten halvparten av norske kommuner har, til tross for sammenslåinger, under 4 000 innbyggere. Det vil derfor varierer ganske mye hva den enkelte kommune har av tjenestene som er presentert i tabellen og sikkert også hva de legger i de forskjellige tjenestene. Det finner også sted et utstrakt samarbeid mellom kommuner, blant

¹⁹ Hdir (Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten 2018, Rapport IS 2789)

annet gjelder det kommunale døgnseger og fagpersoner som det er få av, blant annet psykologer. Registreringene har vært ganske lik over år slik at tabellen bør gi et bilde av utviklingen.

Antall unike brukere har økt med 11 prosent i perioden. I samme periode har befolkningen økt noe mindre, slik at andelen som bruker kommunale tjenester har økt svakt. I gjennomsnitt mottar hver unik bruker 2,2 tjenester, noe som ikke har endret seg siden 2011.

De tjenestene som har fleste brukere, er helsetjenester i hjemmet og praktisk hjelp til daglige gjøremål. I perioden har brukere av helsetjenester i hjemmet økt, mens brukere av praktisk hjelp har sunket. Langtidsopphold i institusjon har sunket svakt (-3 prosent). Tjenester knyttet til institusjon og/eller bolig har økt svakt. Veksten i befolkningen i perioden gjør at reduksjonen av brukere med langtidsopphold i realiteten er større.

Kommunale øyeblikkelig hjelp senger (KØH) er kommet til som en tjeneste i perioden. Det ble registrert i noe omfang fra og med 2015. Da begynte man også å registrere mottakere av varslings- og registreringsteknologi. Denne siste tjenesten er ennå liten i omfang. Brukere av KØH står for 17,6 prosent av økningen av antall brukere fra 2011 til 2018. Hensikten med KØH senger har vært å unngå innleggelser i sykehusenes akuttenheter. Intervjuene viser at det varierer ganske mye hvordan KØH sengene benyttes. Noen kommuner bruker dem etter hensikten som var å hindre innleggelser. Andre bruker dem også til å ta imot pasienter skrevet ut fra sykehuset. Vi antar at vi hadde funnet tilsvarende forskjeller på andre områder om vi hadde spurt spesielt om det.

Den mest markante utviklingen har vært at hjemmetjenester har økt vesentlig mens institusjonstjenester er redusert, om det tas hensyn til befolkningsutviklingen.

Tabell 6 Brukere av omsorgstjenester

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Unike brukere²⁰	329 293	335 587	338 750	340 868	348 134	354 284	360 160	366 496
Praktisk hjelp: daglige gjøremål	118 439	116 985	115 170	112 313	109 318	106 142	105 561	102 745
Praktisk hjelp - opplæring - daglige gjøremål	21 772	22 438	23 253	23 633	23 591	24 384	24 738	25 752
Praktisk hjelp: brukerstyrt personlig assistanse	3 327	3 252	3 268	3 388	3 512	3 776	3 945	3 931
Dagaktivitetstilbud	25 799	26 433	27 864	28 151	28 981	29 986	30 906	32 281
Matombringing	31 022	31 514	32 473	33 521	33 312	32 421	32 789	32 557
Trygghetsalarm	89 637	91 036	90 348	90 311	91 424	92 955	95 158	98 463
Avlastning - utenfor institusjon	9 897	9 971	9 743	9 740	9 780	9 777	9 611	9 514
Avlastning i institusjon- rullerende	2 367	2 203	2 398	2 368	2 477	2 571	2 564	2 855
Avlastning i institusjon - ikke rullerende	5 612	5 807	5 752	5 640	5 588	5 581	5 698	5 797
Støttekontakt	34 265	34 964	35 506	36 150	36 635	36 928	37 860	38 593
Omsorgsstøtte	10 686	10 833	10 848	10 971	11 151	11 431	11 584	11 632
Omsorgsbolig	33 604	33 496	33 563	33 617	33 846	34 233	34 637	34 358
Annen bolig	18 129	19 005	18 864	18 589	18 246	18 198	18 027	17 755
Helsetjenester i hjemmet	192 290	199 449	202 835	207 317	214 694	221 420	227 269	232 786
Re-/habilitering utenfor institusjon	27 583	27 202	27 034	27 741	33 312	35 900	32 862	34 397
Dagopphold i institusjon	7 634	8 178	7 183	6 880	6 394	6 242	6 059	5 783
Tidsavgrenset opphold/ utredning/ behandling	21 576	26 512	27 370	27 263	27 671	28 237	28 394	28 851
Tidsavgrenset opphold/ utredning/ behandling	13 315	14 555	15 143	15 001	15 535	15 964	16 090	16 122
Tidsavgrenset opphold - annet	19 453	21 252	21 915	21 510	22 041	22 452	22 420	21 900
Langtidsopphold i institusjon	47 884	48 126	47 773	47 627	47 526	47 266	47 193	46 312
Nattopphold institusjon	66	70	75	:	36	38	60	48
KØH	5	5	111	554	2 928	8 405	10 574	15 230
Varsling/lokal. tekn.	-	-	-	:	78	316	591	1 410
Sum tjenester	734 362	753 286	758 489	762 285	778 076	794 623	804 590	819 072
Tjenester per unike bruker	2,23	2,24	2,24	2,24	2,23	2,24	2,23	2,23

Kilde: SSB tabell 06969

Når antallet brukere fordeles på alder, finner vi at antallet under 67 år som får kommunale tjenester er stort. Nesten 150 000 brukere er under 67 år, mens antallet brukere 80 år og eldre er noen få tusen mindre. Imellom kommer gruppen 67-79 år med 74 000 unike brukere. Kommunale tjenester retter seg derfor mot et vesentlig antall brukere som ikke er eldre. For tjenester som tildeling av annen bolig enn omsorgsbolig og institusjonsplass, er det disse yngre aldersgruppene som dominerer. Det samme gjelder praktisk hjelp til daglige gjøremål, brukerstyrt personlig assistanse, støttekontakt/omsorgsstøtte og ikke minst alle former for avlastning, både innenfor og utenfor institusjon. Innen denne yngre gruppen er det brukere med omfattende bistandsbehov. De omfatter personer med utviklingshemming, fysiske funksjonsnedsettelse, psykiske lidelser, rusavhengige i rehabilitering og rusavhengige i aktiv rus.[18]

De eldste gruppene dominerer for tjenester som langtidsopphold i institusjon og tidsavgrensede opphold i institusjon.

Fordelingen mellom de eldste og yngste aldersgruppene er jevnere for hjemmetjenester og omsorgsboliger.

²⁰ Unike brukere er den enkelte person. Denne linjen uttrykker hvor mange individer som får kommunale tjenester. De øvrige linjene uttrykker hvor mange som får de ulike tjenestene.

Antall tjenester gitt hver unik bruker øker med alderen. Den er 1,7 for gruppen 0-49 år og 2,8 for gruppen 90 år og eldre.²¹

Tabell 7 viser at andelen unike brukere i de enkelte aldersgrupper har vært ganske stabil i perioden. Den lille økningen som er skjedd har funnet sted for de yngste. Andelen unike brukere i de to eldste aldersgruppene har sunket svakt. Dette er en utvikling som startet før samhandlingsreformen [19]. For de over 90 år er det registrert flere unike brukere enn det er 90 år+ i befolkningen. Dette skyldes at brukere og antall personer i aldersgruppen registreres på forskjellig måte. Antallet 90-åringer ett år er registrert 1. januar det året. Brukere er en sum av alle brukere meldt inn i løpet av året. Siden flere blir 90 i løpet av et år, viser tabellen at så godt som alle er registrert som brukere av kommunale tjenester, men antagelig ikke alle, siden andel som får tjenester har sunket sterkest for denne gruppen.

Tabell 7 Andelen brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester samlet og i enkelte aldersgrupper

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
I alt	7 %	7 %	7 %	7 %	7 %	7 %	7 %	7 %
0-49 år	2 %	2 %	2 %	2 %	3 %	3 %	3 %	3 %
50-66 år	4 %	4 %	4 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
67-79 år	14 %	14 %	14 %	13 %	13 %	13 %	13 %	13 %
80-89 år	57 %	57 %	56 %	55 %	55 %	54 %	54 %	53 %
90 år og eldre	115 %	116 %	115 %	113 %	112 %	112 %	110 %	110 %

Kilde: SSB tabell 11642 (Brukere) og tabell 07459 (Befolkning)

Det er kommunene som har ansvaret for legevakttjenesten. Mindre kommuner går ofte sammen og danner en interkommunal legevakt. Legevaktene er som regel i aktivitet fra fastlegekontorene stenger til de åpner igjen. Legebemanningen vil vanligvis ikke være fast. Dette arbeidet dekkes av fastleger etter avtale med kommunen og av LIS leger der sykehus ligger slik til at det er praktisk mulig. Samlet sett har aktiviteten i landets legevakter ligget på samme nivå i hele perioden, med en svakt nedadgående tendens (-2,2 prosent). Per innbygger er da nedgangen noe større. På ett område har det vært en tydelig økning i antallet besøk/vurderinger. Det gjelder psykisk sykdom eller lidelse. Her har økningen vært 14,8 prosent. Legevaktene representerer den største øyeblikkelig hjelp tjenesten i kommunene utenfor ordinær arbeidstid. Legevakter vil ofte også ha tilgjengelige senger som kan benyttes når det er akutt behov for slike. Øyeblikkelig hjelp i kommunene omfatter vesentlig mer enn de nylig opprettede KØH sengene.

²¹ SSB tabell 11642

Tabell 8 Legevakt, antall kontakter etter diagnose

	2014	2015	2016	2017	2018
Somatiske diagnoser	597 879	594 567	601 444	583 966	574 488
Psykisk sykdom eller lidelse	54 245	55 853	56 342	59 393	62 455
Ulykker og skader	202 993	200 092	202 873	203 607	205 508
Medfødt sykdom eller feil	443	479	479	424	461
Svangerskap, fødsel, prevensjon	14 924	14 708	13 950	13 367	12 789
Frykt for sykdom	5 409	5 249	5 166	5 793	5 794
Administrativ kontakt	6 482	7 264	7 247	4 882	4 068
Forebyggende kontakt	34 862	37 738	39 117	38 846	34 286
Andre diagnoser	442 254	435 133	435 283	430 759	430 053
Sum	1 359 491	1 351 083	1 361 901	1 341 037	1 329 902

Kilde: SSB Tabell 10903

Kommunene har avtale med fastleger. Som tabell 9 viser utgjør disse den alt overveiende delen av leger i kommunehelsetjenesten. Disse legene har i hovedsak tre typer avtaler med kommunene. 13,6 prosent har en fastlønsavtale. Resten er private næringsdrivende, men en god del av disse har en avtale med kommunen der de får en form for støtte til driften av selve legekantoret. I 2009 drev 75 prosent ren privat næringsdrift, mens 18 prosent av de private hadde en leieavtale med kommunene. I kommuner med under 20 000 innbyggere er bildet noe annerledes. Da har en av fem fastleger fast lønn og en tredjedel av de private hadde en driftsavtale med kommunen knyttet til lokaler, utstyr og/eller personell. [20]

Registrert aktivitet for fastlegene har økt med 7 prosent. Det er mindre enn økningen i antallet fastleger og noe under økningen i befolkningen. Aktiviteten per fastlege har derfor sunket og antall besøk per innbygger har også sunket noe. Den store gruppa er somatiske diagnoser. For denne har det ikke vært noen endring. Administrativ kontakt (51 prosent) og forebyggende kontakt (78 prosent) har økt sterkt. Disse to kontaktene utgjør litt over 10 prosent av alle somatiske kontakter. Den nest største gruppa er psykisk sykdom eller lidelse. For denne gruppa har økningen vært 17 prosent. Ulykker og skader har også hatt en markant økning på 14 prosent.

Administrativt arbeid det ikke er knyttet noen refusjon til er ikke registrert.

SSB har foretatt en analyse av takstbruken til fastlegene. Konklusjonen i den studien er at selv om antallet besøk/konsultasjoner er noe redusert per fastlege, synes kompleksiteten å ha økt. [1, 21]

Tabell 9 Fastlegeaktivitet, antall konsultasjoner

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Alle aktiviteter	13 539 638	13 553 976	13 812 691	13 927 523	14 137 387	14 393 944	14 482 042
Somatiske diagnoser	6 710 437	6 625 688	6 632 930	6 685 021	6 735 046	6 837 195	6 752 967
Ulykker og skader	433 736	447 877	458 769	462 284	474 243	480 893	495 478
Psykisk sykdom eller lidelse	1 307 246	1 320 776	1 355 899	1 388 869	1 424 466	1 478 329	1 525 269
Medfødt sykdom eller feil	24 399	24 968	25 629	24 958	25 571	26 442	26 939
Svangerskap, fødsel, prevensjon	558 672	548 900	544 343	548 734	544 279	535 299	540 911
Frykt for sykdom	83 411	87 524	88 506	84 828	83 108	85 483	86 724
Administrativ kontakt	233 041	235 081	274 989	291 016	318 682	299 803	351 744
Forebyggende kontakt	228 715	341 401	380 235	389 705	399 682	416 647	406 782
Andre diagnoser	3 959 981	3 921 761	4 051 391	4 052 108	4 132 310	4 233 853	4 295 228

Kilde: SSB tabell 10141

Kommunene registrerer i IPLOS hvilke bistandsbehov brukerne har. Bistandsbehov er gruppert i tre grader. I tillegg registreres det hvilke brukere det ikke er oppgitt bistandsbehov for:

- noe/avgrenset
- middels til stort
- omfattende bistandsbehov
- uoppgitt bistandsbehov

Sammenlignes dette med antallet unike brukere (tabell 6), er 78 prosent av brukerne i 2018 registrert med ett av de tre gradene av bistandsbehov, inklusive uoppgitt bistandsbehov. Andelen som er registrert med et bistandsbehov er lavere enn hva den var i 2011 (82 prosent). Antallet registrert med det laveste nivået for bistandsbehov har ikke endret seg i perioden. Veksten for de to øverste behovene har vært ganske lik (11-12 prosent). Antallet med stort bistandsbehov har derfor ikke økt vesentlig når det korrigeres for befolkningsøkningen. Det som er registrert, gir ikke grunnlag for å si at det er skjedd en markant endring av bistandsbehovet til de kommunale brukerne i perioden vi har sett på.

Vi har sett på hvilke tjenester som har den største andelen med stort bistandsbehov. Som forventet er det blant de med langtidsopphold i institusjon vi finner den største andelen. 85 prosent av de som er registrert med langtidsopphold på institusjon har et stort bistandsbehov og andelen har økt i perioden. Det er et langt sprang ned til de to neste på lista. Disse er tidsavgrenset opphold i institusjon og både praktisk hjelp og hjemmesykepleie.²²

²² SSB tabell 06971

Tabell 10 Brukere etter bistandsbehov

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bistandsbehov i alt	268 778	271 530	271 412	272 357	275 200	278 017	282 302	285 582
Noe/avgrenset bistandsbehov	103 368	103 870	103 424	102 897	102 695	102 490	103 465	103 726
Middels til stort bistandsbehov	85 804	88 364	90 526	91 276	92 997	94 686	95 776	96 446
Omfattende bistandsbehov	59 123	60 085	61 231	62 551	63 472	64 476	65 577	66 341
Uoppgitt bistandsbehov	20 483	19 211	16 231	15 633	16 036	16 365	17 484	19 069

Kilde: SSB tabell 06971

Den finnes ingen kobling mellom de som er innlagt på sykehus og registrert bistandsbehov, men bistandsbehov er registrert etter alder. Tabell 11 viser utviklingen i bistandsbehovet fra 2011 til 2018 etter alder. Økningen i omfattende bistandsbehov har vært størst i den yngre delen av de "eldre". Den svakeste veksten har vært for gruppen 80-89 år. For denne gruppen har det funnet sted en reduksjon av bistandsbehov i perioden, men det har vært en vekst for brukere med omfattende bistandsbehov.

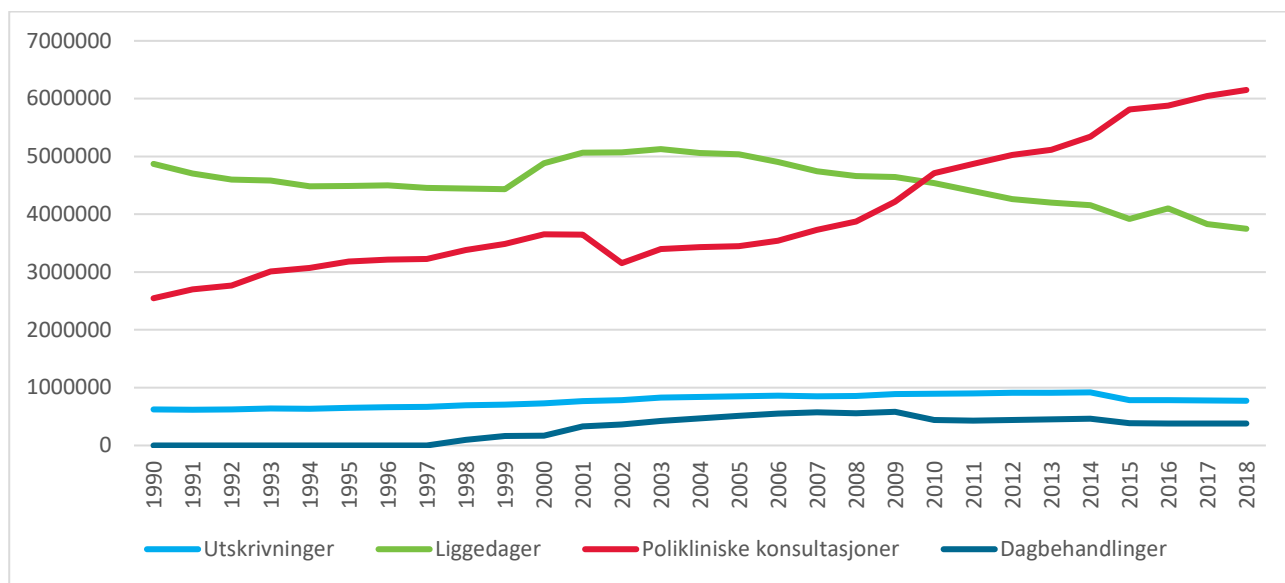
Tabell 11 Bistandsbehov etter alder, endringer fra 2011 til 2018

Bistandsbehov	Alle	0-66 år	67-74 år	75-79 år	80-84 år	85-89 år	90 år +
I alt	8 %	23 %	31 %	2 %	-18 %	-13 %	13 %
Noe/avgrenset	-1 %	23 %	14 %	-12 %	-30 %	-24 %	0 %
Middels til stort	14 %	25 %	43 %	11 %	-6 %	-6 %	19 %
Omfattende	25 %	25 %	58 %	34 %	6 %	9 %	32 %

Kilde: SSB tabell 06972

3.2.3.2 Helsetjenester i spesialisthelsetjenesten, sykehus

Denne rapporten har begrenset sin analyse til årene fra innføringen av samhandlingsreformen og fram til i dag. Det er foretatt en rekke evalueringer av samhandlingsreformen.[4] Her blir det trukket fram at endringer i antall liggedager og behandlede pasienter er blitt påvirket av reformen. SINTEF har i dette prosjektet ikke foretatt noen egen vurdering av dette, men figur 2 viser liggedager, utskrivinger, dagpasienter og polikliniske konsultasjoner fra 1990 og fram til i dag. Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012 og det synes som det har vært en utvikling helt fra 1990 som i liten grad er påvirket av samhandlingsreformen. Det eneste knekket i kurven skjedde rundt innføring av foretaksreformen i 2002. Da steg antall liggedager noen år og antall polikliniske konsultasjoner falt. Dette fallet ble i noen grad kompensert av en økning av dagpasienter. Antallet utskrevne (døgnpasienter) steg svakt fram til årene omkring innføring av samhandlingsreformen for så å synke de siste årene. Reduksjonen i gjennomsnittlig liggetid ble ikke synlig påvirket av samhandlingsreformen. Dagpasienter ble ikke registrert før i 1998. Da steg det sterkt til et tidspunkt der takstene for poliklinikk ble slik at færre ble registrert som dagpasienter og flere som polikliniske konsultasjoner. Tallene fra SSB som ligger til grunn for figuren er påvirket av at det har vært noe endring av registreringspraksis i perioden. Vi har likevel valgt å vise figuren fordi trenden den viser er tydelig. Endringer det siste tiåret er en fortsettelse av en utvikling som har foregått over lang tid.



Figur 2 Utviklingen for pasienter ved sykehus 1990-2018 fordelt på utskrivninger (døgnpasienter), liggedager, polikliniske konsultasjoner og dagpasienter

Kilde: SSB tabell 04433 og tabell 06922

Tabell 12 viser det samme som figur 2, men da konsentrert til perioden 2011-18.

Veksten i antallet polikliniske konsultasjoner har vært tre ganger så sterk som befolkningstilveksten²³. Det har vært en jevn økning i antall polikliniske konsultasjoner, selv om veksttakten har variert de enkelte år. For utskrivninger og dagopphold har det ikke skjedd noen vesentlig endring. Kommunene registrerer brukere. For sykehusene vil da antallet personer som har oppsøkt dem være det sammenlignbare tallet. Økningen i antallet personer har vært 11 prosent i perioden, svakt mer enn befolkningstilveksten.

Tabell 12 Pasienter ved somatiske sykehus etter omsorgsnivå

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Utskrivninger	795 474	806 936	806 652	810 075	816 441	818 181	808 693	802 861
Liggedager/ oppholdsdøgn	3 807 225	3 667 484	3 598 597	3 566 148	3 537 679	3 497 456	3 425 294	3 372 950
Polikliniske konsultasjoner	5 100 751	5 263 716	5 363 217	5 553 384	5 832 791	5 943 609	6 113 749	6 210 429
Dagbehandlinger/ oppholdsdager	356 957	355 354	348 692	351 809	349 549	342 012	338 474	339 632

Kilde: NPR

I tabellene som følger, viser vi hvordan utviklingen har vært for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere (TSB). For psykisk helsevern er antall utskrevne (døgnpasienter) økt med 3 prosent. Liggedager er redusert med 16 prosent, slik at gjennomsnittlig liggetid er vesentlig redusert. Polikliniske konsultasjoner er økt med 55 prosent, mens dagpasienter er redusert med hele 39 prosent. I 2017 var det 193 039 pasienter som fikk vurdering/behandling innen det psykiske helsevernet for voksne.[22] Veksten for antall pasienter i perioden har vært det dobbelte av befolkningstilveksten.

²³ Fra 2011 til 2018 økte befolkningen med 7,6 prosent.

Tabell 13 Pasienter ved psykisk helsevern etter omsorgsnivå

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Utskrivninger	54132	53718	52341	59847	53117	53621	54065	55088
Liggedager/ Oppholdsøgn	1266490	1219481	1150379	1111120	1092977	1083956	1053094	1041439
Polikliniske konsultasjoner	1262165	1327321	1403930	1466209	1577451	1655990	1934216	2267273
Dagbehandling/ oppholds dager	37604	34261	26608	17041	16800	19031	22314	16403

Kilde: SSB tabell 04511

Innen rusomsorgen har det vært en økning på 2 prosent for utskrivninger (døgnpasienter). Antallet liggedager har ikke endret seg i perioden, slik at gjennomsnittlig liggetid er svakt redusert. Liggedager økte fram til 2016 for så å falle ned til nivået i 2011. Polikliniske konsultasjoner har økt med 141 prosent, mens antallet dagpasienter er redusert med 36 prosent. 33 000 pasienter fikk et tilbud innen TSB i 2017. Andelen av befolkningen som får slik behandling økte fra 77 i 2013 til 82 per 10 000 innbyggere i 2017.[23]

Tabell 14 Pasienter til rusomsorg (TSB) etter omsorgsnivå

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Utskrivninger	14 218	15 092	14 269	15 365	14 089	15 885	16 395	14 458
Liggedager/ oppholdsøgn	596 145	572 370	540 791	572 926	623 444	636 981	624 759	596 317
Polikliniske konsultasjoner	244 223	259 852	288 023	332 406	433 790	402 267	436 693	587 626
Dagbehandlinger/ oppholds dager	8 480	9 069	9 380	11 662	5 223	5 064	7 104	5 448

Kilde: SSB tabell 06922

Utskrivingsklare pasienter er pasienter som er definert å ha behov for oppfølging av kommunehelsetjenesten når de skrives ut, og gjelder derfor ikke alle pasienter som er ferdigbehandlet i sykehus. Det er knyttet en betalingsplikt for kommunene om de ikke kan ta imot pasienten, slik at han/hun må ligge på sykehuset etter at vedkommende er meldt klar for utskriving. Tabell 15 viser at de som har ligget 1 eller flere dager som meldt utskrivingsklar falt klart fra 2011 til 2012, da betalingsplikten for kommunene ble innført. Siden har antallet i denne gruppen økt hvert år. Økningen har vært jevn i perioden, men synes av en ukjent grunn å være sterkere annet hvert år. Registreringspraksisen til sykehusene er noe endret i perioden, slik at tallene for de enkelte år er ikke helt sammenlignbare [24]. Det kan også være et avvik mellom hva sykehusene rapporterer som utskrivingsklare pasienter til Norsk Pasientregister og det antallet døgn kommunene ender opp med å betale for. En stor del av uenigheten mellom sykehus og kommuner er knyttet til dette antallet. Liggedager knyttet til utskrivingsklare pasienter utgjør en større andel av alle liggedager nå enn tidligere. Antallet liggedager er redusert i perioden. Vi vet ikke om reduksjonen har vært sterkere for gruppen uten behov for kommunale tjenester etter utskriving.

Tabell 15 Utskrivingsklare²⁴ pasienter, antall liggedager, medisin/kirurgi

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
0 dager	2 357	30 702	45 279	71 940	87 843	91 322	95 098	96 969
1-2 dager	4 866	7 227	7 268	8 412	9 119	10 225	10 859	12 341
3-5 dager	5 600	3 308	3 571	4 020	3 940	4 500	4 760	5 877
6-10 dager	7 247	1 916	1 861	2 387	2 081	2 599	2 564	3 156
> 10 dager	2 900	1 126	1 096	1 676	1 419	1 601	1 535	1 839
>= 1 dag	20 613	13 577	13 796	16 495	16 559	18 925	19 718	23 213
Totalt	22 970	44 279	59 075	88 435	104 402	110 247	114 816	120 182

Kilde: Helsedirektoratet 2018 rapport IS-2813 "Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivingsklare pasienter"

I tabell 15 er alle liggedager knyttet til gruppen utskrivingsklare pasienter presentert. I tabell 16 presenteres antallet liggedager denne gruppen har hatt etter at de ble registrert som ferdig behandlet av sykehuset. Den viser også det sterke fallet ved innføringen av betalingsplikten for kommunene. Så holdes antall liggedager konstant et par år, før de stiger fram til 2018.

Tabell 16 Antall liggedager etter meldt utskrivingsklar

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	133 854	56 868	56 186	76 220	69 463	81 063	80 465	96 134

Kilde: Helsedirektoratet 2018 rapport IS-2813 "Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivingsklare pasienter"

Vi har studert om det er noen forskjell mellom store og små kommuner når det gjelder utskrivingsklare pasienter. De minste kommunene har færrest utskrivingsklare med registrerte liggedøgn som andel av sin befolkning. Andelen stiger fram til kommuner med fra 20 000 til 50 000 innbyggere. For de største kommunene faller andelen noe, men den ligger over andelen i de minste kommunene. Andelen utskrivingsklare uten liggedøgn er vesentlig høyere (6 ganger høyere) enn andelen utskrivingsklare med liggedøgn, og der er det liten forskjell etter kommunestørrelse.

²⁴ Før pasienten kan registreres som utskrivingsklar, må det være sendt varsel til kommunen om behov for tjenester fra primærhelsetjenesten. Sykehuset har følgende plikter: a. Innen 24 timer etter at pasienten er lagt inn skal det gjøres en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste etter utskriving fra sykehuset. b. Innen 24 timer etter innleggelsen skal kommunen varsles om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivingstidspunkt. Informasjonen skal være tilstrekkelig for at kommunen skal kunne gjøre nødvendige forberedelser.

Tabell 17 Utskrivingsklare fordelt etter kommunestørrelse

Kommunestørrelse	Andel av døgnoophold meldt utskrivingsklar	Døgnoophold ikke utskrivingsklar (2017), per 1000 innbygger (2016)	Døgnoophold utskrivingsklar med liggedøgn (2017), per 1000 innbyggere 2016	Døgnoophold utskrivingsklar uten liggedøgn (2017), per 1000 innbyggere (2016)
1: 0 - 1.999 innb.	10,7 %	179,4	2,9	18,6
2: 2.000 - 4.999 innb.	11,2 %	166,4	2,8	18,3
3: 5.000 - 9.999 innb.	11,8 %	158,8	3,3	17,9
4: 10.000 - 19.999 innb.	12,9 %	147,1	3,7	18,1
5: 20.000 - 29.999 innb.	14,2 %	144,8	5,1	18,8
6: 30.000 - 49.999 innb.	15,4 %	152,3	5,0	22,7
7: mer enn 50.000 innb.	13,1 %	137,6	4,1	16,6
Sum	13,0 %	147,7	4,0	18,1

Kilde: NPR

Kommunene har en tredeling av bistandsbehovet. Sykehusene benytter diagnoserelaterte grupper (DRG) for å måle kompleksiteten av behandlingen. Jo høyere tallet er, jo mer kompleks og kostbar skal behandlingen være. Økningen i DRG-tyngde var størst for dagbehandling og polikliniske konsultasjoner og lavest for døgnoophold. Som for brukerne av kommunehelsetjenesten, har utførte behandlinger/vurderinger blitt mer komplekse. Mens kommunene måler funksjonsevnen til sine brukere, måler sykehusene kompleksiteten og dermed ressursbehovet knyttet til behandlingen. En høy DRG betyr derfor ikke det samme som omfattende bistandsbehov.

Tabell 18 Utvikling DRG tyngde, samlet og for de tre hovedtypene

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Døgnoophold	1,297	1,296	1,280	1,314	1,328	1,342	1,348	1,346
Dagbehandling	0,273	0,267	0,273	0,270	0,278	0,288	0,301	0,297
Polikliniske konsultasjoner	0,048	0,049	0,049	0,048	0,049	0,050	0,051	0,052

Kilde: 2014-2018 Helsedirektoratet Samdata Spesialisthelsetjenesten. 2011-2014 avledet fra Anthun KS, Kittelsen SAC og Magnussen J 2017 "Productivity growth, case mix and optimal size of hospitals. A 16-year study of the Norwegian hospital sector", Health Policy 121: 418-425

Reinnleggelse er definert som en innleggelse innen 30 dager etter utskriving. En reinnleggelse kan være for en annen diagnose enn hva pasienten ble utskrevet for. Det er derfor ikke mulig å bruke denne parameteren til å si noe om kvaliteten ved sykehusbehandlingen. Hvis du har vært til behandling for dehydrering første gang og kommer inn med lårhalsbrudd innen 30 dager, kan det ha sammenheng med at pasienten ikke er fulgt godt nok opp, men det er vanskelig å bruke reinnleggelser som indikasjon på pasientbehandlingen. Om man nå ønsker å vise til reinnleggelser, viser det seg at andelen reinnleggelser har vært ganske stabil siden samhandlingsreformen ble innført.²⁵

Tabell 19 viser hvordan de 9 største HDG²⁶ene fordeler seg på aldersgrupper. Samlet sett står disse for 3/4 av alle liggedøgn. Tabellen er sortert slik at den viser hvilke HDGer som er mest registrert for eldre

²⁵ Kilde: Helsedirektoratet 2018 rapport IS-2813 "Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivingsklare pasienter"

²⁶ HDG er hoveddiagnosegruppe

pasientgrupper. Det gjelder i første rekke sykdommer i åndedretsorganene, nyre- og urinsveissykdommer og sykdommer i sirkulasjonsorganene. Det siste dekker da hjerte- og karsykdommer. Siste linje i tabellen viser at gruppen 20-59 år står for en større del av sykehusets pasienter enn de to eldste aldersgruppene. Forskjellen er ikke stor, men viser at selv om andelen brukere er størst i de eldste gruppene er antallet som oppsøker spesialisthelsetjenesten også stort for den yngre delen av befolkningen. Vi har ikke HDG data for de enkelte år, men det er god grunn til å anta at fordelingen på aldersgrupper ikke har endret seg vesentlig. Dette prosjektet har ikke hatt ressurser til å analysere mer inngående den medisinske profilen på pasienter som skrives ut fra sykehusene til kommunen og koble dette sammen med bistandsbehov.

Tabell 19 Fordeling av pasienter på de HDG²⁷ gruppene som står for 75 prosent av alle liggedager, 2017

Utvalgte HDG	0-9 år	10-19 år	20-39 år	40-59 år	60-69 år	70-79 år	80 år +
04 Sykdommer i åndedretsorganene	7,7 %	1,4 %	5,9 %	13,7 %	17,9 %	26,4 %	27,0 %
11 Nyre- og urinveissykdommer	2,7 %	1,2 %	9,5 %	19,5 %	17,1 %	24,4 %	25,7 %
05 Sykdommer i sirkulasjonsorganene	0,5 %	0,7 %	5,6 %	22,5 %	20,2 %	26,1 %	24,4 %
01 Sykdommer i nervesystemet	7,0 %	4,5 %	15,5 %	22,9 %	14,5 %	17,6 %	18,0 %
08 Sykdommer i skjelett-muskelsystemet og bindevev	3,3 %	4,4 %	11,8 %	25,9 %	17,5 %	19,5 %	17,6 %
06 Sykdommer i fordøyelsesorganene	5,0 %	4,8 %	19,7 %	23,5 %	15,2 %	17,3 %	14,4 %
03 Øre-, nese og halssykdommer	19,5 %	4,5 %	17,6 %	22,2 %	12,6 %	13,0 %	10,6 %
14 Sykdommer under svangerskap, fødsel og barsel	0,0 %	0,5 %	94,5 %	5,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
15 Nyfødte med tilstand oppstått i perinatalperioden	100,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Alle HDG	11,0 %	3,8 %	18,2 %	19,3 %	15,0 %	17,4 %	15,4 %

Kilde: NPR

Som skrevet tidligere vurderes sykehuspasienter etter diagnose, mens man i kommunene bruker funksjonsnivå. En måte å bygge bro mellom tjenestene på er å analysere hva det store flertallet av pasienter utskrevet fra sykehus har som diagnose. Det kan også benyttes til en vurdering av hvor kommunene har behov for å styrke sin kompetanse.

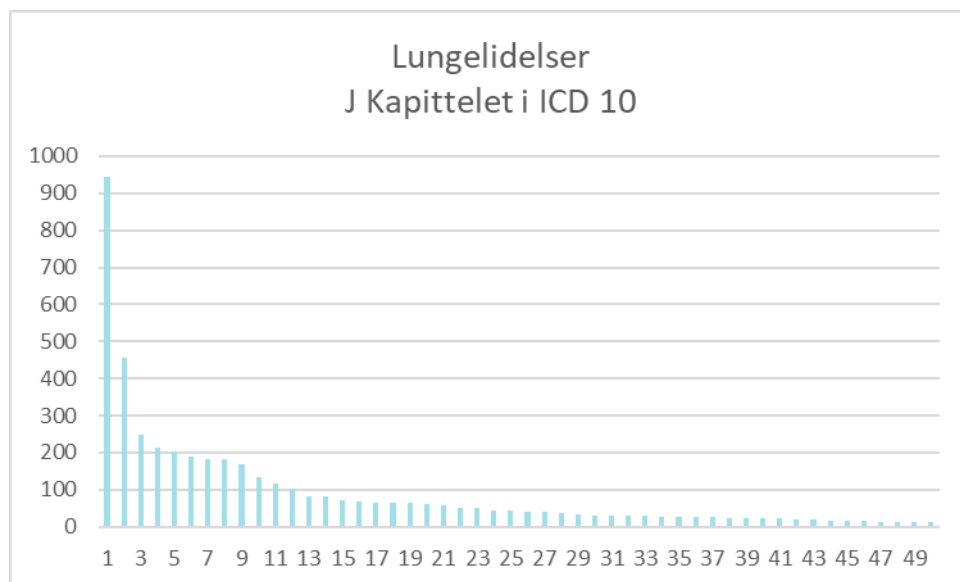
Figur 3 viser at et relativt lite antall diagnoser (20%) representerer en majoritet av pasientene (80%). Dette er viktig når man skal planlegge en rasjonell kompetanseoppbygging. Denne effekten blir enda større dersom man grupperer alle pasienter med lik sykdom, f.eks. alle med en eller annen lungebetennelse. Da ville den høyeste søylen vært på 1700 pasienter og ikke på 930 som i figur 3. Alle kommuner må ha kompetanse til å ta imot pasienter med disse «20% diagnosene» tidligere enn før. For lungesykdommer gjelder det alle typer lungebetennelse (utgjør 1700 av ca. 5000 innleggelse). Likeledes må alle kunne behandle tyngre KOLS pasienter som er den nest største gruppen.

Dersom alle kommuner hadde gjort en slik «markedsanalyse», eller epidemiologisk analyse, av pasienter som utskrives fra sykehus til egen kommune, kunne en målrettet samarbeidet mellom sykehus og kommuner mye bedre. En kunne fått et grunnlag for en dialog mellom det lokale sykehuset og kommunene for å bli enige om et passende kompetansenivå for leger, sykepleiere og ikke minst fysioterapeuter for å ta slike pasienter tidligere ut av sykehuset for rehabilitering og en videreføring av behandlingen.

I den andre enden av tabellen finner vi de sjeldne diagnosene, f.eks. en diagnose kalt Bronkiektasi, dvs. utposninger på bronkiene, som disponerer for tilbakevendende lungebetennelser. Men det skrives bare ut 16

²⁷ Hoveddiagnose grupper

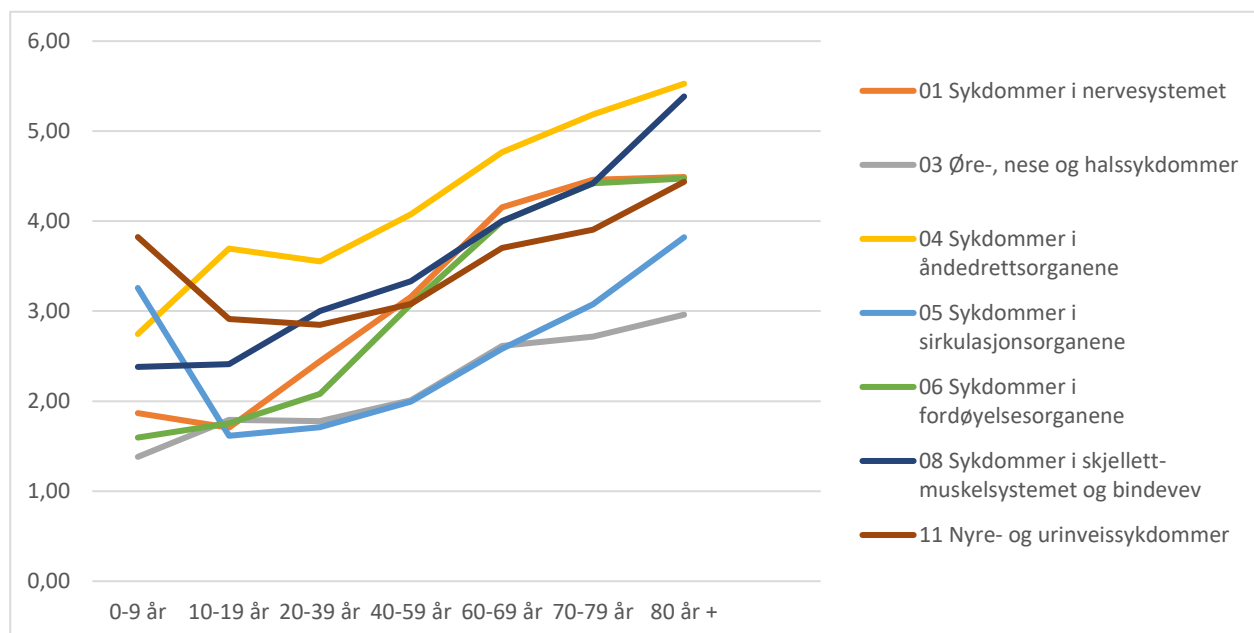
slike pasienter i året fra sykehuset. Det vil si at flere av kommunene aldri vil se en slik pasient og derfor heller ikke trenger å bygge kompetanse på denne lidelsen.



Figur 3 Hyppigheten av lungediagnoser ved Haukeland universitetssykehus (HUS)²⁸

²⁸ Kilde: Personlig meddelelse, artikkel under arbeid

Figur 4 viser hvordan gjennomsnittlig liggetid er for de forskjellige aldersgruppene. Liggetida øker med alder. Den lengste liggetida er for gruppen 80 år og over for sykdommer i åndedretsorganene. Liggetida er likevel ikke lengre for disse eldste enn hva som var gjennomsnittet for alle sykehusinnlagte i 2007.



Figur 4 Gjennomsnittlig liggetid etter alder for noen utvalgte HDGer, 2017

Kilde: NPR

Dette prosjektet skal se på samarbeidet mellom sykehusene og kommunene. Da er det interessant å se hvor pasienter blir overført når de skrives ut av sykehus. De aller fleste som vurderes/behandles av sykehus besøker poliklinikken. Disse går alle tilbake til sitt hjem etter sykehusbesøket. Dette gjelder også dagpasienter. Det er bare et ubetydelig antall som skrives ut til annet sted enn eget hjem. For døgnpasienter er bildet noe annerledes, men andelen som skrives ut til kommunal institusjon er lav. Bare 3 av 100 døgnpasienter skrives ut til sykehjem. (tabell 19) Av de som skrives ut til sykehjem, er nesten $\frac{3}{4}$ definert i gruppen for utskrivingsklare pasienter. Hvorfor det ikke er alle kan kanskje tolkes som at dette ikke var avklart da behandlingen startet, men avgjøres i samarbeid med kommunene når behandlingen er avsluttet. Antallet er lite. I gjennomsnitt over året overføres 75 pasienter per dag fra sykehus til sykehjem. Etter sammenslåinger er det nå 365 kommuner. Antallet per kommune er derfor lavt. Av disse er det 15 som er registrert med overliggerdøgn.

Den store gruppen overføres til sitt eget hjem. Om lag $\frac{1}{3}$ av de som behandles som døgnpasienter eller polikliniske pasienter er 70 år og eldre. De som skrives ut til hjemmet er mindre pleietrengende enn de som overføres til sykehjem, men det kan knytte seg spesielle krav til oppfølgingen av disse, en oppfølging som setter krav til kommunenes hjemmetjeneste og til fastlegene.

Tabell 20 og 21 viser situasjonen for pasienter innen den somatiske medisinen. Vi har ikke tilsvarende data for psykisk helse og rusbehandling (TSB). Veksten i antall pasienter i spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern og rusbehandling har vært sterkere enn i den somatiske delen. Veksten har først og fremst vært for poliklinisk konsultasjon og behandling. Det er derfor grunn til å anta at de aller fleste pasientene innenfor disse to områdene skrives ut til eget bosted når de ikke er til vurdering/behandling i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 20 Hvor pasienter skrives ut til fra sykehus, 2017

Utskrevet til	Dagbehandling	Døgnopphold	Poliklinisk konsultasjon	Sum
Annen institusjon i spesialisthelsetjenesten	473	65 769	122	66 364
Annet	1 122	32 143		33 265
Eget hjem	560 830	760 117	5 453 661	6 774 608
Sykehjem/Aldershjem	234	27 414		27 648
Sum	562 659	885 443	5 453 783	6 901 885

Kilde: NPR

Tabell 21 Hvor utskrivingsklare pasienter skrives ut til fra sykehus, døgnopphold 2017

Utskrevet til	Ikke utskrivingsklar pasient	UKP med liggedøgn	UKP uten liggedøgn	Sum
Annen institusjon i spesialisthelsetjenesten	50 158	5 171	10 440	65 769
Annet	24 466	2 505	5 172	32 143
Eget hjem	688 952	7 559	63 606	760 117
Sykehjem/Aldershjem	6 368	5 719	15 327	27 414
Sum	769 944	20 954	94 545	885 443

Kilde: NPR

3.2.4 Oppsummering av kvantitative data

I arbeidet med dette prosjektet har vi spurt etter og lett etter informasjon som kan si noe om sykehusene har skjøvet oppgaver over på kommunene som kommunene ikke har fått kompensert for. Vi har ikke foretatt noen analyse av om de to nivåene av helsetjenesten har fått endrete oppgaver på grunn av demografi og utviklingen av folkehelsen. Vi legger til grunn at dette har påvirket situasjonen for dem begge ganske likt, selv om økningen i antallet eldre nok er en noe større utfordring for kommunehelsetjenesten enn spesialisthelsetjenesten.

Utgiftsøkningen for kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester har vært nokså lik i perioden. I de to årene etter innføringen av samhandlingsreformen var veksten noe høyere for kommunehelsetjenesten enn den var for spesialisthelsetjenesten. I denne perioden fikk kommunene tilført ekstra midler for å unngå overleggere som var definert utskrivingsklare og de fikk tilført midler for å opprette KØH senger. En endring i føring av pensjonsutgifter resulterte i en bratt økning i utgiftene for sykehusene fra 2014 til 2015. Så ble veksten kraftig redusert igjen og fra 2016 til 2017 vokser utgiftene helt likt for de to nivåene av helsetjenesten. Som beskrevet i kapittel 3.1 domineres finansieringen av helsetjenestene av rammeoverføringer. I realiteten gjelder det også innsatsstyrt finansiering av sykehusene, fordi det her bevilges en ramme sykehusene får refundert sine utgifter fra. Det som dominerer utgiftsøkningen, er derfor den årlige indeksjusteringen som vedtas med statsbudsjettet. Våre data viser at den ekstra tilførselen som kom med innføringen av samhandlingsreformen ikke har holdt seg. Spesialisthelsetjenesten har utlignet denne forskjellen slik situasjonen er i dag. Det ble en styrking av kommunehelsetjenesten i 2012 og årene etter det. Utgiftsveksten har fortsatt for kommunehelsetjenestens del, men den har vært større for spesialisthelsetjenesten de siste årene. Begge nivåene av helsetjenesten har hatt en god vekst i hele perioden. Helseutgiftene utgjør halvparten av det samlede offentlige konsumet og andelen har økt svakt i perioden. Andelen helseutgifter av landets samlede utgifter har også økt noe. Ressursveksten for helsetjenesten har derfor vært sterkere enn for de fleste andre sektorer av norsk økonomi, men ikke vesentlig annerledes.

Menon påpeker dette i sin vurdering av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, der de hevder at erklæringer om å satse på disse tjenestene i mindre grad er reflektert i budsjettene [14].

Andelen av kommunenes samlede utgifter som går til helsetjenester har vært konstant i perioden. Den har bare variert med noen tiendels prosent de enkelte år. De ekstra overføringene gitt i forbindelse med samhandlingsreformen kan ikke spores ved å se på denne andelen. Årsaken er antagelig at selv en milliard ekstra i overføringer bare utgjør under en prosent av de samlede utgiftene. Samtidig får kommunen også pålegg på andre ansvarsområder som skole, trafikk og miljø. Sentrale satsinger må derfor ha et betydelig omfang og varighet om det skal framstå som en prioritering framfor andre samfunnsområder.

Statistikken for utviklingen av de enkelte tjenesteområdene skiller bare mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for de største områdene. Det er heldøgnsopphold i sykehus og sykehjem, hjemmesykepleie, allmennlegetjenester og legespesialisttjenester som står for det meste av utgiftene (84 prosent). I denne gruppen er det hjemmesykepleie som har vokst mest med hele 70 prosent. Så er det et ganske langt sprang ned til heldøgnsopphold i sykehus og allmennlegetjenesten med en vekst på 43 prosent. Lavest vekst har det vært for heldøgnsopphold i sykehjem med 31 prosent. I begge regjeringens nasjonale planer for helsetjenester og sykehus uttrykkes det et ønske om å bringe behandlingen hjem til pasienten/brukerne [25]. Dette er sterkest realisert i kommunesektoren.

Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er arbeidsintensive, men andelen av utgiftene som går til lønn er vesentlig høyere for kommunehelsetjenesten enn for sykehusene. Veksten i antall årsverk og veksten i driftsutgifter har vært ganske lik for de to nivåene av helsetjenesten. Veksten i årsverk for kommunale institusjoner og sykehus har vært helt lik, mens veksten i årsverk utenfor institusjoner har vært vesentlig høyere for kommunehelsetjenesten. Veksten i årsverk har vært klart lavere enn veksten i utgiftene, slik at kostnaden per årsverk har økt betydelig. For kommunene utgjør lønnsutgiftene en så stor andel av de samlede utgifter at dette må skyldes lønnsutviklingen. For sykehusene kan også utgiftsøkninger for medisiner, apparatur og investeringer i bygg ha bidratt til denne økte kostnaden.

Vi vil trekke fram to forhold knyttet til utviklingen av årsverk. Det første er at utviklingen for fysioterapeuter har vært svakere enn for gjennomsnittet, og all veksten er i kommunal sektor. Tabell 11 viste at bistandsbehovet for aldersgruppen 80-89 år har sunket fra 2011 og fram til 2018. Vi vet ikke om dette skyldes en sunnere gruppe eldre, eller om satsing på forebygging, bedre boliger og rehabilitering har hatt en effekt. Ønsker man å satse mer på forebygging og rehabilitering bør det prioriteres høyere å øke tilgangen på personell som arbeider med dette. Med et behov for mer og bedre rehabilitering synes dette å være noe man bør søke å endre på. Det andre forholdet er at antallet nye leger i spesialisthelsetjenesten har vært så mye høyere enn antallet nye leger i kommunehelsetjenesten. Antallet nye leger i spesialisthelsetjenesten har vært nesten like høyt som det samlede antallet fastleger. Behandlingskapasiteten til leger er derfor økt vesentlig sterkere for sykehusene enn for kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen satte et mål om 2 000 flere fastleger. Den faktiske økningen har til nå vært ca. 600. Flere leger i spesialisthelsetjenesten gir muligheter til å behandle flere pasienter, men det genererer også flere oppgaver til kommunehelsetjenesten.

Utviklingen for hvor pasienter/brukere får behandling følger mønsteret for utgifter og årsverk. Den største veksten av brukere av kommunehelsetjenesten har vært tidsavgrenset opphold/utredning/behandling, dagaktivitetstilbud, rehabilitering og habilitering utenfor institusjon, tidsavgrenset opphold i institusjon og helsetjenester i hjemmet. Antallet brukere av langtidsopphold i institusjon har sunket. For sykehusenes del har antall døgnopphold holdt seg på samme nivå i antall i hele perioden, mens antallet polikliniske konsultasjoner har økt med om lag samme takt som helsetjenester i hjemmet. For kommunenes del er mye av oppmerksomheten rettet mot de eldre. Da er det viktig å se at antallet brukere av kommunale helsetjenester som er under 67 år er stort og utgjør 2/3 av brukere som er 67 år og over. Den yngre gruppen brukere har økt i perioden, mens antallet i den eldre gruppen er noe redusert. Vi har ikke hatt tid og anledning til å analysere denne yngste gruppa nærmere, men antar at dette er en gruppe som samler mange slags behov for bistand og der pårørende ofte må ta en stor del av belastningen. Tromsø kommune foretok en vurdering av sine tjenester

på dette området og konkluderte med at det var behov for en kraftig oppgradering av de kommunale tjenester for å lette presset på pårørende [18].

I 2016 ble kommunene pålagt å ha øyeblikkelig hjelp senger. I 2018 ble 15 230 personer lagt inn på dette tilbudet. Det er ikke lett å sammenligne det som registreres som øyeblikkelig hjelp i sykehusene med antallet øyeblikkelig hjelp i kommunene. Inkludert poliklinikk var det anslagsvis noe over 2 millioner registrert som øyeblikkelig hjelp som besøkte sykehusene. Skal dette sammenlignes med kommunehelsetjenesten må også legevaktjenesten tas med. De hadde 1,3 millioner kontakter i 2018. Legevaktene opererer når legekantorene er stengt. Fastlegene registrerte i 2018 over 14 millioner aktiviteter. Det kan derfor være at antallet øyeblikkelig hjelp henvendelser i kommunehelsetjenesten er like stort eller større enn hva som søker til sykehusene. Vi har imidlertid ikke noe tall for dette, siden det ikke er registrert på noen tilnærmet lik måte med hva som gjøres innenfor spesialisthelsetjenesten. I antall utgjør kommunale øyeblikkelig hjelp senger (KØH) en liten del av dette.

Både sykehusene og kommunehelsetjenesten kan vise til at deres pasienter/brukere er blitt noe mer krevende, målt med bistandsbehov for kommunenes del og DRG for sykehusene. Datamaterialet kan ikke si oss noe om kompleksiteten har økt mer for den ene sektoren enn for den andre. Endringene har ikke vært store. Arbeidssituasjonen for fastleger har fått mye oppmerksomhet. Målt i antall aktiviteter/konsultasjoner har fastlegene fått noe mindre å gjøre per lege. Vi har vist til en artikkel utgitt av SSB som sannsynliggjør at fastlegene, til tross for det, har fått en noe mer belastende hverdag [1].

Statistikkgrunlaget for psykisk helsevern og rusomsorg er gjennomgående svakere enn for somatiske tjenester. Det gjelder i særlig grad for kommunehelsetjenesten, der slike data knapt finnes. Utviklingen i spesialisthelsetjenesten for disse tjenestene har vært som for somatisk sektor. Antallet døgnpasienter har vært konstant, mens antallet polikliniske konsultasjoner har økt kraftig. Andelen av befolkningen som får behandling for rusrelaterte problemer har økt i perioden. Siden antallet liggedager har sunket både innen psykiatrien og innen rusomsorgen vil en større andel av disse pasientene nå oppholde seg i egen bolig eller kommunal bolig. Antallet behandlet poliklinisk av spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusomsorg har økt betydelig. Disse bor i privat eller kommunal bolig i den enkelte kommune.

4 Diskusjon

I kapittel 3 satte vi opp sju punkter som skulle besvares. Når vi skal diskutere funnene i dette prosjektet, velger vi å ta for oss hvert enkelt av disse punktene.

- **Har det skjedd en ubalansert utvikling i tildelingen av ressurser til kommunale helsetjenesteoppgaver sett i forhold til utviklingen for spesialisthelsetjenesten?**

De kvantitative dataene viser at utgiftsutviklingen og økningen i antall årsverk har vært ganske lik. Kommunene fikk et løft i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen, men de ekstra midlene var ikke store sammenlignet med summen av alle utgifter til helsetjenester i kommunene. Beløpet som ble tilført for å kunne ta imot utskrivingsklare pasienter raskere utgjorde under 0,5 prosent av de samlede utgiftene. I løpet av perioden er denne ekstra veksten spist opp, slik at veksten har vært nesten identisk for helseforetak og helsetjenestene i kommunene. Kommunene har heller ikke benyttet de ekstra midlene til å øke helsetjenestenes andel av de kommunale budsjettene. Andelen av de kommunale budsjettene som går til helsetjenester har holdt seg konstant i perioden. Den økte veksten til fordel for kommunehelsetjenesten ved innføringen av samhandlingsreformen har ikke resultert at helse- og omsorgstjenesten har økt sin andel av kommunale utgifter. Både sykehusene og kommunehelsetjenesten har hatt en realvekst og veksttakten, perioden sett under ett, har vært ganske lik. Både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har hatt en ressursvekst i perioden, målt i penger, som har vært noe større enn i andre sektorer i samfunnet. Når det gjelder årsverk har det også vært en vekst for både kommune- og spesialisthelsetjenesten, men på dette området er det andre deler av økonomien som har hatt en høyere vekst.

Tallene for den økonomiske utviklingen og svarene gitt i intervjuene motsier ikke hverandre. Våre informanter peker ikke på den andre part og hevder denne har hatt en bedre økonomisk utvikling enn dem selv. Begge parter mener det er behov for flere ressurser for å utøve tjenesten tilfredsstillende, uten at noen dramatiserer situasjonen.

- **Har kommunene fått nye og mer krevende oppgaver, - oppgaver som krever mer ressurser enn hva som er overført kommunene?**

I intervjuene vises det til at kommunene måtte forholde seg til nye og mer krevende oppgaver også før samhandlingsreformen. Både behandlingsmetoder og oppfatning av hvordan pasienter og brukere skal gis bistand har utviklet seg over tid. Statistikken vi presenterer viser at for eksempel gjennomsnittlig liggetid har falt jevnt helt siden 1990, uten noen spesiell endring med innføringen av samhandlingsreformen. Det er stor enighet blant våre informanter, både fra kommunene og fra sykehusene, at kommunene har fått nye og mer krevende oppgaver. De uttrykker også ganske enstemmig at dette er en ønsket utvikling. Informantene fra kommunene ønsker ikke at deres brukere skal oppholde seg lenger enn nødvendig på sykehus, men er samstemt i at en utskrivingsklar pasient bør skrives ut. Kritiske synspunkter knytter seg til hvordan de kommunale tjenestene får anledning til å forberede seg på å ta imot disse pasientene. Utfordringen er at det må følge med nødvendig opplæring, oppdaterte lister over medikamenter og også overføring av utstyr når det trengs. Kommunene må også få tid til å organisere seg, og sykehusene må overlate til kommunene å avgjøre om den utskrevne skal behandles hjemme eller i en kommunal institusjon.

De kvantitative dataene gir ikke noe godt grunnlag for å vurdere hvilke nye oppgaver kommunene har fått, og hva dette krever av kompetanse. Vi har derfor ikke grunnlag for å ta stilling til om den økte ressurstilgangen burde vært tilstrekkelig til å løse oppgavene. Intervjuene viser at det innen de somatiske tjenestene dreier seg om få, men krevende pasienter. Det er vanskelig å sammenligne pasienter beskrevet med diagnoser og brukere beskrevet med bistandsbehov etter en funksjonsvurdering. Tallmaterialet viser at antallet sykehuspasienter som skrives ut til kommunale institusjoner er lite. Betalingen for utskrivingsklare pasienter er også ganske lav, sammenlignet med kommunenes samlede utgifter. I en rapport om utviklingen i pleie- og omsorgssektoren fra 2010 skriver Breivik [12] at forholdet mellom sykehuspasienter og kommunale tjenester får mer oppmerksomhet enn det fortjener, sammenlignet med hvilke oppgaver kommunene bruker ressurser på. Rapporten er fra før innføringen av samhandlingsreformen, men vurderingene som er foretatt der, synes å ha relevans også for dagens situasjon. Både våre informanter og

statistikken for fastleger og spesialisthelsetjenester viser at psykisk helse og rusrelaterte lidelser har økt i omfang. Dette gjelder for begge nivåene av helsetjenester.

- **Får kommunene tilstrekkelig faglig hjelp fra spesialisthelsetjenesten slik at de kan utøve en god tjeneste med nye og krevende pasientgrupper?**

Intervjuene viser at begge parter er opptatt av dette. Det blir vist til at sykehusene noen ganger vil overføre pasienter som er ferdig behandlet til kommunene før kommunen har fått tid til å forberede seg. Både sykehus- og kommuneinformanter viste også til eksempler der sykehusleger bruker fastlegene som "sekretærer"²⁹, mens fastlegene har behov for mer faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten. Det kan tenkes at det er en mulighet for at sykehuslegene i noen situasjoner kan se på denne overføringen av oppgaver som et ledd i en faglig støtte, ved at fastlegene da får erfaring som er nødvendig i det videre arbeidet med pasienten. Dette er en situasjon som erkjennes av informanter fra begge nivåene av tjenestene. Hovedinntrykket er imidlertid at begge parter ser nytten i et godt samarbeid. Begge parter er enige om at en pasient har godt av å komme ut av sykehuset når den medisinske behandlingen er avsluttet. Utfordringen for kommunene er å ha forberedt dette på en god nok måte. Dette krever at kommunen får melding om utskriving i god tid, og at all relevant informasjon og utstyr må følge med pasienten.

Intervjuene viser at kommunenes ansvarlige for helse- og omsorgstjenesten i mindre grad involverer fastlegene når de får krevende pasienter overført fra sykehusene. Det gjelder både kommuner med en høy andel fastlønnete fastleger og kommuner med hovedsakelig privatpraktiserende fastleger. Det er i andre utredninger påpekt at fastlegene fungerer godt for de pasienter som på egen hånd oppsøker dem, men at fastlegen har en mindre sentral funksjon for mennesker som ikke evner dette [13, 26].

Tallmaterialet vi har gjennomgått og presentert gir ikke informasjon om dette forholdet. Her har vi bare intervjuene å holde oss til.

- **Har sykehusene skjøvet over oppgaver til kommunene som spesialisthelsetjenesten bør ha ansvaret for?**

Finnes det noe grunnlag for å si at sykehusene har overført pasienter til kommunene som egentlig bør være spesialisthelsetjenestens ansvar? Innenfor det somatiske området gir hverken intervjuene eller tallmaterialet noe grunnlag for å hevde dette.

Når det gjelder psykisk helsevern og rusomsorg, er bildet mer nyansert. På dette området er det mye større usikkerhet om hva som er ansvaret til de to nivåene av helsetjenesten, og ikke minst kunnskap om hva som er gode tiltak. De kvantitative dataene viser at antallet som behandles og vurderes i spesialisthelsetjenesten innen disse områdene har økt. Likevel synes kommunene det er vanskelig å få pasienter lagt inn i psykisk helsevern og rusomsorg, og det konstateres at disse pasientene vil bli boende i kommunene uten at kommunen nødvendigvis har kompetanse og kapasitet til å gi den støtten som burde gis. Vi må også trekke fram at våre kommunale informanter er kritiske til den støtten de får fra de distriktspsykiatriske sentrene (DPS). Begrunnelsen synes å være at kommunene mener DPS-ene mangler både kapasitet og kompetanse.

Rehabilitering er også et område der det råder noe usikkerhet om fordeling av ansvar og kompetanse. Informantene fra spesialisthelsetjenesten uttaler at de i all hovedsak ikke lenger arbeider med rehabilitering, og samtidig er de noe kritiske til den kommunale kompetansen på området. Våre kommunale informanter viser til at de har god erfaring med hverdagsrehabilitering. Tallmaterialet gir ingen indikasjon om hvordan denne delen av tjenesten har utviklet seg, men viser at fagpersoner som skal arbeide med rehabilitering er få og at de ikke har hatt en sterkere veksttakt enn andre grupper.

²⁹ Det kan være sykmeldinger, rekvirering av prøver og radiologiske bilder og andre tjenester.

- **Er planleggingen av utskrivningene for svak? Overføres pasienter uten at kommunene får tid til å forberede seg på å ta imot pasientene, har kommunene tilgang til all relevant informasjon ved utskrivning fra sykehusene? Hvordan vurdere konsekvensen av overføring av oppgaver?**

Intervjuene er entydige ved at både representanter fra kommunehelsetjenesten og sykehusene viser til at problemene som oppstår hovedsakelig skyldes manglende informasjon og for kort tid til planlegging. Det gjelder faglig støtte til fastleger og til pleie- og omsorgstjenesten, støtte med ulike typer utstyr, og ikke minst et samarbeid der det følger med god informasjon om den enkelte pasient, både inn i og ut av sykehus. Manglende og ufullstendige meldinger fra sykehus til kommuner blir trukket fram. Hva som følger med av informasjon når pasienten kommer til sykehuset, blir i liten grad berørt i intervjuene. Gjennom intervjuene gis det ikke et bilde av omfanget. Der dette berøres sies det at omfanget ikke er så stort i antall pasienter. Det stemmer med tallmaterialet om det dreier seg om pasienter i kommunale institusjoner. Svært få blir skrevet ut fra sykehus til kommunal institusjon. Flertallet skrives ut til eget hjem. De aller fleste som har blitt vurdert og behandlet i sykehus, har vært inntatt poliklinikken (tabellene 12-14). Tallmaterialet viser at det er gruppen utskrivningsklare pasienter som blir skrevet ut til kommunal institusjon. Vi vil anta at de fleste i denne gruppen også kommer til sykehus fra kommunal institusjon. Planlegging av et godt forløp bør derfor starte allerede ved innskriving. Hvordan denne delen av pasientforløpet håndteres, blir som sagt lite kommentert i intervjuene.

Utskrivningsklare pasienter vil i hovedsak tilhøre den eldre aldersgruppen, men utgjør bare 21 prosent av alle utskrevne i aldersgruppen 80 år og eldre. Statistikk materialet viser at det har vært en positiv utvikling for de eldste i kommunene. Det synes som flere klarer seg selv lenger. For å få mer kunnskap om årsakene, er det nødvendig å få til en bedre sammenheng mellom sykehusenes diagnoseregistrering og kommunenes registrering av bistandsbehov. Figur 3 i denne delrapporten viser hvordan noen få diagnoser står for den aller største delen av pasienter innen en sykdomsgruppe. Det bør gjennomføres analyser som kan bidra til å gi et oppdatert bilde av hvilke kompetanser alle kommuner bør ha, hvilke kompetanser det er naturlig at større kommuner og eventuelt samarbeidende kommuner bør ha og hvilke pasientgrupper spesialisthelsetjenesten bør følge opp også etter utskrivning til kommunene. Det kan bidra til en mer målrettet kompetanseoppbygging i kommunene og en bedre beskrivelse av hvordan fastlegene og kommunenes øvrige helse- og omsorgstjeneste kan samarbeide slik at behovet for bistand utsettes og reduseres? Da vil man kunne svare bedre på siste setning i kulepunktet over; om hvilke konsekvenser det vil ha om oppgaver blir overført fra sykehus til kommuner. Her er det behov for å arbeide mer med hvordan man kan benytte informasjonen om pasientenes diagnose som finnes i Norsk Pasientregister (NPR).

Både intervjuene og statistikken understreker at planlegging av utskrivninger er et område som må styrkes. Det er behov for at mer av sykehusenes ressurser rettes inn mot der pasienten bor, og dette krever et tett samarbeid med kommunenes helse- og omsorgstjeneste og med fastlegene. Det foregår i dag flere prosjekter som prøver ut tiltak innen disse områdene. Noen av disse vil vi presentere i delrapport 2.

- **Er det enighet, både blant kommunenes og sykehusenes representanter, om at flere oppgaver både kan og bør foretas i kommunal regi?**

Når det gjelder somatiske tjenester, viser intervjuene at alle informantene mener utviklingen de siste årene er riktig. Ingen sier at pasienter bør oppholde seg på sykehus etter at de er ferdigbehandlet. Riksrevisjonens analyse av forholdet mellom fastleger og sykehus viser også at fastlegene mener de kan utvide sitt ansvar for pasienter på egen liste med noe bedre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten [27].

For psykisk helsevern og rus er bildet annerledes. På dette området uttales det heller ikke noe ønske om å snu utviklingen som har vært de siste årene med relativt færre innlagte og en utvidet bruk av polikliniske tjenester. Usikkerheten er knyttet til å bli enige om når en pasient er spesialisthelsetjenestens ansvar. Også innenfor dette området er det vanskelig å kvantifisere utfordringene. Det eksisterer ikke god statistikk for denne type brukere i kommunene. Intervjuene indikerer at de ikke utgjør mange i antall, men at enkelte pasienter kan være ressurskrevende og faglig utfordrende.

Fra og med 2016 fikk alle kommuner pålegg om å bygge opp en tjeneste med akutte sengeplasser, kommunale øyeblikkelig hjelp senger (KØH). Dette er løst ulikt. De større kommunene har egne enheter, mindre kommuner har i noen tilfeller samarbeidet om en felles KØH-enhet, og andre har lagt tjenesten inn i allerede eksisterende tjenester, som for eksempel korttidsplasser. Ett sykehus påpeker at KØH-senger har liten betydning sammenlignet med antallet øyeblikkelig hjelp-pasienter som henvises til sykehuset. Kommuneinformantene har noe ulike oppfatninger når det gjelder hvilken betydning de mener etableringen av KØH senger har. Vi har vist at antallet øyeblikkelig hjelp-pasienter i kommunehelsetjenesten er vesentlig høyere enn hva som kommer til uttrykk i antallet og bruken av KØH-senger. Vi har ikke data som viser om KØH-senger har ført til færre pasienter innlagt i sykehusene, men noen studier konkluderer med at de gir et tilfredsstillende tilbud til de som legges inn [28].

- **Forteller analysen av tallmaterialet og intervjuene samme historie eller er det avvik mellom dem?**

Intervjuene viser at kommunehelsetjenesten har fått mer å gjøre og mer kompliserte pasienter. Mengden dette utgjør tallfestes ikke, men informantene sier gruppen er forholdsvis liten. Eksemplene som trekkes fram, knytter seg til enkeltepisoder. Informantene er opptatt av hvordan de skal samarbeide, og ikke om den andre parten har fått mer ressurser enn de selv har fått. Tallmaterialet viser at utviklingen for de to nivåene av helsetjenesten har vært ganske lik om vi ser på utgiftsøkning, personellutvikling og aktivitet. Det samme gjelder registreringene av bistandsbehov og behandlingstydge (DRG). Informantene er ikke opptatt av at den ene parten har fått mer ressurser enn den andre, og den faktiske utviklingen bekrefter at dette heller ikke har vært tilfelle. Noen oppfatter det slik at sykehusene har fått redusert sine ressurser uten at kommunen er tilsvarende styrket.

Samtlige informanter er enige om at pasientene bør få mest mulig av tjenestene i hjemmet. Statistikken viser at dette også er tilfellet. Den store endringen har vært at hjemmesykepleietjenesten har økt kraftig, mens langtidsopphold i sykehjem har sunket svakt. For sykehusene har veksten først og fremst vært for poliklinisk virksomhet. Informantene synes å være positive til denne utviklingen. Utfordringene knyttes til enkeltpasienter og nødvendig informasjon og tid til å forberede mottaket av pasienter. Det synes som intervjuene og statistikken utfyller hverandre på dette punktet. Innenfor de områdene det synes å være flest utfordringer, psykisk helsevern, rusomsorg og rehabilitering, er tilgjengelig tallmateriale mangelfullt, spesielt for kommunal sektor.

5 Konklusjon

I innledningen til denne rapporten beskrev vi hvorfor det ikke er mulig å gi et entydig svar på om "*omfanget av oppgaver som er overført fra sykehus til kommunene uten at dette er planlagt, konsekvensvurdert eller finansiert*". Studien viser at våre informanter bekrefter at kommunene har fått nye, flere og mer krevende oppgaver, og at kommunene i hovedsak er i stand til å håndtere disse oppgavene. De nye oppgavene dreier seg ikke om én spesiell gruppe pasienter. Utviklingen har gått over tid og kommunene har gradvis bygget opp sin kompetanse for å kunne utføre en faglig god jobb. Det er ikke vist til forsøk på å overføre oppgaver kommunene mener de ikke kan håndtere, men det er vist til tilfeller der sykehus har forsøkt å overføre pasienter tidligere enn kommunen har vært i stand til å ta imot dem.

Vi har ikke vurdert om kommuner og helseforetak har tilstrekkelige ressurser til å utføre de oppgavene de er pålagt. I den grad slike problemstillinger blir berørt i intervjuene, uttrykkes et behov for flere ressurser, - spesielt sykepleiere, men også fastleger i små distriktskommuner. Tallmaterialet vi har presentert viser at utgiftsøkning og aktivitet har utviklet seg noe sterkere enn befolkningsutviklingen. Ofte blir den demografiske utviklingen trukket fram for å vise at behovene for pleie- og omsorgstjenester vil øke med flere eldre. Denne sammenheng eksisterer, og andelen eldre vil øke fram mot 2040. Imidlertid er det interessant at tallene som presenteres i denne rapporten viser at antallet kommunale brukere og økningen i antallet med bistandsbehov også er sterk i aldersgruppen under 67 år. Vi har påpekt at statistikken gir for lite kunnskap

om sammenhengen mellom sykehusbehandling og behovet for kommunale tjenester. Dette gjelder i særlig grad for aldersgruppen under 67 år.

I forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen ble det foretatt vurderinger av hva kommunene hadde behov for av nye ressurser. Det ble da overført midler for å dekke dette behovet. Det ble beregnet et behov for 2 000 flere fastleger [8]. Så langt har økningen av antallet fastleger vært ca. 600, mens økningen i antallet leger i sykehussektoren har vært nesten like høyt som det totale antallet fastleger i landet. Om denne ubalansen har hatt noen konsekvens for oppgavefordelingen har vi ikke kunnskap om. Flere har blitt vurdert og behandlet i spesialisthelsetjenesten, men med flere leger har det antageligvis også fulgt med flere oppgaver for hva som må gjøres videre med pasienten etter utskriving.

Vår studie viser at den økte overføringen som ble kommunene til del i forbindelse med samhandlingsreformen nå er utlignet av sykehusene. Utgiftsveksten til både helseforetak og kommunale helsetjenester har i hovedsak vært på linje med og noe over andre offentlige utgifter. Dette gjelder ikke internt i kommunenes budsjetter. Andelen av kommunale utgifter som går til helsesektoren er den samme i dag som i 2011, året før samhandlingsreformen. Som Menon [14] viser i sin rapport, er det ingen sterk sammenheng mellom politiske erklæringer om å sats på helsetjenester og den faktiske ressurstildelingen.

Referanser

1. Texmon, I., *Kortere pasientlister, lengre arbeidsdager?* 2018, SSB. p. 13.
2. KS, P., *Rekrutteringsbehov i kommunesektoren fram mot 2028*, KS, Editor. 2018. p. 19.
3. Riksrevisjonen, *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen*. 2016, Riksrevisjonen: Oslo. p. 99.
4. Ludt, J., *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. in *Evaluering av samhandlingsreformen, 6 evalueringsprosjekter*, Forskningsrådet, Editor. 2016, Forskningsrådet: Oslo. p. 81.
5. Martin, P.H., Svern Alexander. Fjordholm, Martin., *Utskrevet fra sykehus til kommen. Utviklingen i tilbudet til utskrivningsklare pasienter i Oslo 2007-2016 og effekten av samhandlingsreformen*. Oslospeilet, 2018. **28**(Nr. 1): p. 8.
6. HOD, *Nasjonal veileder, Samhandlingsreformen, lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regional helseforetak/helseforetak* H.o. omsorgsdepartementet, Editor.: Oslo. p. 39.
7. Strøm-Erichsen, A.-G., *Iverksetting av samhandlingsreformen - informasjon om lovpålagte samarbeidsavtaler, ikraftstredelsestidspunkt og arbeidet med nasjonal veileder*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2011, HOD: Oslo. p. 3.
8. HOD, *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2008: Oslo. p. 150.
9. HOD, *Omsorg 2020, Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2015. p. 64.
10. Høie, B., *Demensplan 2020*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2015, HOD: Oslo.
11. Kalseth, B.M., Linda Paulsen, Bård Nygård, Lars., *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill*, SINTEF, Editor. 2004, SINTEF: Trondheim. p. 149.
12. Breivik, I., *Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2. linjetjenesten. Om utviklingen i pleie- og omsorgstjenesten 1988-2017 - all vekst i endret retning*, N.i.f.b.-o.r. (NIBR), Editor. 2010, NIBR: Oslo. p. 290.
13. Holm, F., *Evaluering av fastlegereformen*. 2019, EY og Vista analyse. p. 315.
14. Theie, M.G.L., Lars Halvard. Jenssen, Torbjørn Bull. Skogli, Erland., *Bemanningskompetanse, kvalitet. Status for de kommunale helse- og omsorgstjenestene*, M. Economics, Editor. 2018: Oslo. p. 55.
15. Deloitte, H.i.S.-Ø.N., *Insentiver for god samhandling i lokalbasert rus og psykisk helsearbeid, Sluttrapport*, in *KS FoU*. 2016, Deloitte: Oslo. p. 75.
16. Hagen, T.P., *Effekten av kommunal medfinansiering på etterspørselen etter spesialisthelsetjenester*. 2016, HERO: Oslo. p. 12.
17. Martin, P.H., Svern Alexander. Fjordholm, Martin., *Utskrevet fra sykehus til kommunen. Utviklingen i tilbudet til utskrivningsklare pasienter i Oslo 2007-2016 og effekten av samhandlingsreformen*. Oslospeilet, 2018. **Nr. 1 2018, årgang 28**: p. 9.
18. Kanestrøm, K., *Strategi for utvikling av eiendommer tilhelse og omsorg i Tromsø mot 2030. Planforslag/høringsutkast*. 2013, Tromsø kommune. p. 128.
19. Otnes, B. *Pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013 Stadig mer hjelp til dem under 67 år*. Samfunnsspeilet, 3/2015 2015; Available from: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/stadig-mer-hjelp-til-dem-under-67-ar>.
20. Abelsen, B.G., Margrete. Brandstorp, Helen., *Fastelegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere*. 2016, Nasjonalt senter for distriktsmedisin: Alta. p. 59.
21. Texmon, I., *Vekst i bruk av fastlegene i 2017*, in *Allmenlegetjenesten*. 2018, SSB.
22. Huseby, B.M., *Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne 2013-2017*. 2018, Helsedirektoratet. p. 39.
23. Huseby, B.M., *Befolkningens bruk av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) 2017*. 2018, Helsedirektoratet.

24. Kittelsen, S.A.C., *Resultater av samhandlingsreformen: Bedre helse, bedre helsetjenester, bedre samfunnsøkonomi*, in *Utvidet sluttrapport fra NFR-prosjektet 220804 til Evaluering av Samhandlingsreformen (EVASAM)*, Forskningsrådet, Editor. 2016, Forskningsrådet: Oslo. p. 17.
25. HOD, *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2019: Oslo. p. 178.
26. Skaset, M., partssammensatt gruppe, *Oppfølging etter protokoll 01.10.2018*, F. HOD, KS, RHF, Dnlf, Editor. 2019: Oslo. p. 24.
27. Riksrevisjonen, *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten* Riksrevisjonen, Editor. 2018, Riksrevisjonen: Oslo. p. 91.
28. Snåre, Å.L., *Øyebliklig hjelp døgnopphold i kommunene - kan forventningene innfris? En litteraturgjennomgang*. 2016, Universitetet i Oslo, Institutt for samfunn og helse, Det medisinske fakultet: Oslo. p. 70.

VEDLEGG

A Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet "Samhandling og oppgaveoverføring mellom sykehus og kommuner"?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utrede erfaringer med samhandling og oppgaveoverføring mellom sykehus og kommuner. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og formål

Hovedoppgavene til prosjektet er å dokumentere omfanget av oppgaver som "er overført fra sykehus til kommunene uten at dette er planlagt, konsekvensvurdert eller finansiert", beskrive gode eksempler på samarbeid mellom kommuner og helseforetak og komme med forslag til endringer i "rammevilkår og øvrige betingelser" som kan fremme et bedre framtidig samarbeid. Prosjektet skal se på utfordringene fra kommunenes side og det er derfor satt av mest ressurser til intervjuer av fagpersoner fra kommunene. Utredningen skal gjennomføres av SINTEF i perioden september 2019 – april 2020.

Hva gjelder denne henvendelsen til deg?

Som en del av datainnsamlingen i denne utredningen, skal det gjennomføres intervjuer med ledere i den kommunale helsetjenesten og samhandlingsenheten i helseforetaket. Dette er et spørsmål til deg om å delta i intervju om dine erfaringer med og synspunkter på samhandling mellom kommunen og sykehus.

Hva innebærer deltakelse i denne studien?

Deltagelse innebærer å delta i et intervju høsten 2019. Tid og sted for intervjuene bestemmes etter avtale med deg. Intervjuene vil ta ca. en time og blir tatt opp på bånd. Alle data anonymiseres. Hovedtemaene for intervjuene vil være:

- Oppgaveoverføring fra sykehus til kommuner som ikke er planlagt, konsekvensvurdert eller finansiert
- Erfaringer fra kommuner/kommunesamarbeid om samhandling med sykehus
- Forslag til mulige endringer i rammevilkår og betingelser

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger, som navn, telefonnummer, epostadresser, vil bli behandlet konfidensielt og oppbevart adskilt fra intervjuutskrifter. Kun forskerne i utredningsteamet har tilgang til personopplysningene. Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i rapporter og publikasjoner. Prosjektet starter i september 2019 og skal etter planen avsluttes i april 2020. Alle personopplysninger og intervjuutskrifter slettes ved prosjektets slutt.

Frivillig deltakelse og dine rettigheter

Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og

- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, kan du ta kontakt med:

prosjektleder Tarald Rohde, epost: Tarald.Rohde@sintef.no tlf. 950 51 745

Norsk senter for forskningsdata AS (NSD), epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17

Studien er meldt til NSD. Referanse: 194743.

Samtykke til å delta i studien

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "**Samhandling og oppgaveoverføring mellom sykehus og kommuner**" og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 30. mars 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

B Intervjuguide – kommunene

Erfaringer med, og synspunkter på, om det er overført oppgaver fra sykehus til kommuner uten at dette er planlagt, konsekvensvurdert eller finansiert. Overordnede temaer:

1. Har det de senere år skjedd endringer i arbeidsoppgaver knyttet til samhandlingen mellom sykehus og kommune?
2. Har det de senere år skjedd endringer i pasientgruppen knyttet til samhandlingen mellom sykehus og kommune?
3. Har kommunen kompetanse til å håndtere disse endringene i pasientgruppen og arbeidsoppgavene?
4. Samhandling mellom sykehus og kommune: Har det skjedd endringer i medisinske/kliniske oppgaver og administrative oppgaver?
5. Særlige utfordringer innen psykiatri og rus knyttet til oppgaveoverføring sykehus – kommune.
6. Særlige utfordringer innen rehabilitering knyttet til oppgaveoverføring sykehus – kommune.
7. Akutte tjenester (etablering av KAD): hvordan det har påvirket oppgaveoverføringer og samhandling sykehus - kommune.
8. Endringer i arbeidssituasjonen for fastleger som følge av oppgaveoverføringer og samhandling sykehus - kommune.

C Intervjuguide – Samhandlingskoordinatorer

Erfaringer med, og synspunkter på, om det er overført oppgaver fra sykehus til kommuner uten at dette er planlagt, konsekvensvurdert eller finansiert. Overordnede temaer:

1. Har det de senere år skjedd endringer i fordeling av arbeidsoppgaver mellom sykehus og kommune knyttet til samhandlingen?
2. Har det de senere år skjedd endringer i pasientgruppen knyttet til samhandlingen mellom sykehus og kommune?
3. Har kommunen kompetanse til å håndtere disse endringene i pasientgruppen og arbeidsoppgavene, sett fra sykehuset?
4. Hva har sykehuset gjort for å hjelpe kommunene med å håndtere disse nye pasientgruppene?
5. Samhandling mellom sykehus og kommune: Har det skjedd endringer i medisinske/kliniske oppgaver og administrative oppgaver?
6. Særlige utfordringer innen psykiatri og rus knyttet til oppgaveoverføring sykehus – kommune.
7. Særlige utfordringer innen rehabilitering knyttet til oppgaveoverføring sykehus – kommune.
8. Akutte tjenester i kommunene (etablering av KAD): hvordan har det påvirket oppgaveoverføringer og samhandling sykehus - kommune.
9. Har sykehuset utviklet sitt samarbeid med fastleger som følge av oppgaveoverføringer og samhandling sykehus - kommune.

D Data

Utrykt vedlegg av prosjektrapport med mer omfattende kvantitative data enn i foreliggende rapport.

Delrapport 2

Eksempler på god samhandling mellom kommuner og sykehus

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	68
1.1	Et utvalg sentrale dokumenter omhandlende samhandling	68
1.2	Eksempel på nasjonal satsing: Nasjonale læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp for eldre og kronisk syke personer og for personer som har problemer med rus/psykisk helse	71
2	Erfaringer med et utvalg samarbeidsprosjekter	72
2.1	Innledning	72
2.2	Presentasjon av utvalgte prosjekter basert på skriftlig materiale og intervjuer	72
2.2.1	Akershus universitetssykehus (AHUS) - Ambulerende sykepleierteam	73
2.2.1.1	Resultater av datainnsamling	73
2.2.1.2	Våre vurderinger.....	76
2.2.2	Helse Møre og Romsdal - Barneblikk - tverrfaglige familieteam for gravide og småbarnsfamilier som er berørt av utfordringer knytt til psykisk helse eller rus	77
2.2.2.1	Resultater av datainnsamlingen	77
2.2.2.2	Våre vurderinger.....	79
2.2.3	Hallingdal sjukestugu "Desentralisere det man kan – sentralisere det man må"	79
2.2.3.1	Resultater av datainnsamlingen	79
2.2.3.2	Våre vurderinger.....	81
2.2.4	Oslo - Vel hjem. Brukersentrettede tjenester for den multisyke pasienten	82
2.2.4.1	Resultater av datainnsamlingen	82
2.2.4.2	Våre vurderinger.....	84
2.2.5	Helse Møre og Romsdal - Framtidsrettet pasientforløp for den eldre multisyke pasient i Møre og Romsdal.	85
2.2.5.1	Resultater av datainnsamlingen	85
2.2.5.2	Våre vurderinger.....	87
2.2.6	Flexible Assertive Community Treatment (FACT) i Innlandet.....	87
2.2.6.1	Resultater av datainnsamlingen	87
2.2.6.2	Våre vurderinger.....	89
2.2.7	Helse Fonna - Samhandlingsprosjektet Barn og unges helsetjeneste.....	89
2.2.7.1	Resultater av datainnsamlingen	89
2.2.7.2	Våre vurderinger.....	91
2.2.8	Stavanger - prosedyrer for oppgavedeling mellom fastleger og sykehusleger	91
2.2.8.1	Resultater av datainnsamlingen	91
2.2.8.2	Våre vurderinger.....	93
2.3	Presentasjon av utvalgte prosjekter basert på skriftlig materiale	94
2.3.1	Innledning	94
2.3.2	Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSH)	94
2.3.2.1	Beskrivelse av prosjektet	94

2.3.2.2	Våre vurderinger.....	95
2.3.3	Etablering av en akuttapp i Telemark.....	95
2.3.3.1	Beskrivelse av prosjektet.....	95
2.3.3.2	Våre vurderinger.....	95
2.3.4	Samarbeid om alderspsykiatri i Innlandet (SAM-AKS).....	95
2.3.4.1	Beskrivelse av prosjektet.....	95
2.3.4.2	Våre vurderinger.....	96
2.3.5	Primærhelsetjenestetteam.....	96
2.3.5.1	Beskrivelse av prosjektet.....	96
2.3.5.2	Våre vurderinger.....	96
2.3.6	Forsterket rehabilitering på Aker i Oslo (FRA), startet i 2012.....	97
2.3.6.1	Beskrivelse av prosjektet.....	97
2.3.6.2	Våre vurderinger.....	97
2.3.7	Øvrig relevant kunnskapsgrunnlag.....	97
3	Gode samhandlingsprosjekter- Diskusjon og konklusjon.....	99
3.1	Innledning.....	99
3.2	Prosjekt, implementering og læring – noen generelle perspektiver.....	99
3.3	De utvalgte samhandlingsprosjektene – diskusjon og konklusjon.....	100
A	Vedlegg 1 Stavanger – Prosedyrer for oppgavedeling mellom fastleger og sykehusleger.....	103
B	Vedlegg 2 Øvrige prosjekter vi har fått tilsendt.....	107
	Referanser.....	125

1 Innledning

I dette kapitlet presenterer vi et utvalg offentlige dokumenter som har ligget til grunn for mange av tiltakene som er iverksatt på samhandlingsområdet. Vi starter med St.meld.nr.47 (2008-2009) "Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid" som utgjorde grunnlaget for samhandlingsreformen som ble innført i 2012, og presenterer sentrale dokumenter utarbeidet etter at reformen ble iverksatt.

Samhandlingsreformen peker på store utfordringer som tjenestene vil møte i årene framover. Ikke minst gjelder dette samhandling rundt eldre og kronisk syke som har lange og kompliserte pasientforløp. Vi har i dette kapitlet gitt en kortfattet beskrivelse av arbeidet med nasjonalt læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp for eldre og kronisk syke personer og for personer som har problemer med rus og/eller psykisk helse, da flere av prosjektene vi presenterer senere i rapporten viser til læringsnettverk og nasjonale satsinger som utgangspunkt for lokalt initierte prosjekt.

1.1 Et utvalg sentrale dokumenter omhandlende samhandling

St.meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen[1]. Samhandlingsreformen, som ble innført i 2012, hadde som mål å oppnå bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester. Den nye retningen skulle være å forebygge framfor å reparere. Ulike ledd i helsetjenesten skulle jobbe bedre sammen. Tjenestene skulle flyttes nærmere der folk bor, og flere oppgaver skulle overføres til kommunene. Reformen ønsket en sterkere vekt på brukermedvirkning.

Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. 14. juni 2011 vedtok Stortinget ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven). Loven forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler og stiller minimumskrav til innholdet i avtalene, jf. lovens kapittel 6. Den nye loven trådte i kraft 1. januar 2012.

"Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder" (Helse- og omsorgsdepartementet)[2] ble lagt fram i september 2011. Veilederen var utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra de regionale helseforetakene, KS (Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon), Helsedirektoratet (Hdir) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Arbeidsgruppen hadde innhentet fagkompetanse internt i sine organisasjoner og eksternt ved behov. Til grunn for sine forslag hadde arbeidsgruppen lagt Prp. 91 L (2010-2011) (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.), kap. 6 i lovforslaget, merknadene til lovforslaget, samt kap. 28 i proposisjonen. Det vises også til Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

Meld.St.26 (2014-2015) "Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet"[3]. Regjeringen ønsker en mer strukturert tilnærming til grupper av brukere basert på funksjon og behov, uavhengig av diagnose. Sentralt er koordinator, kunnskapsbaserte prosedyrer, sjekklister og en individuell plan utformet i samråd med bruker¹. Man viser til at i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, der brukere har behov for sammensatte tjenester og relativt få har samme diagnose, er diagnostilknytning alene verken faglig riktig eller bærekraftig. Samarbeidet mellom kommuner og sykehus om helhetlige og gode behandlingsforløp og kompetanseutveksling er en vesentlig faktor for å lykkes med samhandlingsreformen. Virkemiddelet er blant annet de lovpålagte samarbeidsavtaler og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt. Fastlegene spiller også en nøkkelrolle. Oppgavene i kommunene har blitt mer komplekse. Dette medfører endringer i organisering, arbeidsdeling, arbeidsformer, kompetanse og ledelse. Beslutninger skal tas i samråd med brukere. En tilgjengelig helse- og omsorgstjeneste skal forebygge og avklare problemer før de vokser seg større. Regjeringen ønsker å legge til rette for en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste. Første steg er en samlokalisering av tjenestene. Regjeringen ønsker å legge til rette for to typer team, primærhelsetjenesteteam og oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov.

¹ Jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (2016)[4]. Riksrevisjonen gjennomførte 2015-2016 en undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet på helsetjenesten etter innføringen av Samhandlingsreformen i 2012. Man hevder at kommunene har overtatt mer komplekse pasienter som er raskere skrevet ut til kommunene. Kompetanseutviklingen i kommunene har ikke utviklet seg i samme fart som kompleksiteten i behovene til pasientene. Dette har skapt et kompetansegap som gir utslag i kvaliteten på tjenestene (Riksrevisjonen 2016, s. 8,10,11) Sitat fra rapporten:

Riksrevisjonen har anbefalt at departementet blant annet vurderer tiltak for å bedre kvaliteten på informasjonen som utveksles. Samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok. Behovet for å utveksle informasjon har økt etter innføringen av samhandlingsreformen, blant annet som følge av at flere og sykere pasienter skrives ut fra sykehusene til videre oppfølging i kommunene. Undersøkelsen viser at mange helseforetak får mangelfull informasjon om pasientens funksjonsnivå fra kommunene i forbindelse med at pasienter legges inn på sykehus. Medikamentlistene er også ofte ufullstendige. Flere enn halvparten av kommunene opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes forventede framtidige utvikling når de skrives ut fra sykehus til videre behandling og oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mange kommuner opplever at de heller ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes samlede funksjonsnivå.

Det skrives at kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud, både innenfor somatikk og psykiatri, ikke benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen. Halvparten av kommunene og helseforetakene mener at koordinator og individuell plan bare i begrenset grad bidrar til å sikre helhetlige pasientforløp for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Individuell plan er et etablert, lovfestet virkemiddel. Riksrevisjonen mener i lys av dette at en kunne ha forventet at samarbeidet på tvers av forvaltningsnivåene var kommet lenger på dette området. Når samarbeidsavtalene ikke etterleves, kvaliteten på informasjonen som utveksles om den enkelte pasient er for dårlig og koordinator og individuell plan bare i begrenset grad bidrar til å sikre koordinering mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, er det etter Riksrevisjonens vurdering risiko for at mange pasienter ikke får helhetlig oppfølging i tråd med Stortingets intensjoner for samhandlingsreformen. Riksrevisjonens rapport viser til følgende lovverk: Når en pasient skrives ut fra sykehuset, skal epikrise (det vil si en sammenfatning av pasientens journalopplysninger) eller tilsvarende informasjon sendes til det helsepersonell i kommunehelsetjenesten som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging, jf. § 12 i forskriften. I tillegg skal pasientens faste lege motta epikrisen, jf. § 9 i forskrift om pasientjournal.

Kommunene har ansvar for å tilrettelegge for samarbeid mellom kommunen og fastlegene og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, jf. § 8 i Forskrift om fastlegeordning i kommunen (fastlegeforskriften). Kommunen har plikt til å utarbeide individuell plan for personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester, jf. § 7-1 i helse- og omsorgstjenesteloven. Det er presisert at dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter denne loven og etter spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernlov, skal kommunen sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres. Helseforetaket skal på sin side varsle kommunen så snart som mulig når de ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen, jf. § 2-5 i spesialisthelsetjenesteloven. Kommunene skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet som har overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3. Etter § 7-2 i loven skal kommunen tilby koordinator for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan. Helseforetaket skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a oppnevne koordinator for den samme gruppen pasienter som kommunen skal tilby koordinator til. Sykehusets koordinator skal blant annet sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og sikre samordning av tjenestetilbudet overfor andre tjenesteytere samt sikre framdrift i arbeidet med individuell plan.

I *Helsetilsynets rapport 1/2016 Samhandling om utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen*, ble det avdekket at pasienter fikk for lite informasjon om behandlingen på sykehuset, og hva som skulle skje når de kom hjem. Tilsynet viste også til alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommuner, knyttet til svikt i overføring av informasjon og mangler ved innholdet. Spesielt var det mangler knyttet til medikamentlister. Fastleger mottok epikriser for sent. Tilsynet viste at lovpålagte samarbeidsavtaler ikke var godt nok innarbeidet i en rekke virksomheter.

I *Helsedirektoratets forslag til "Veileder om kommunens oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov" (2017)* ble det pekt på viktigheten av ledelse, organisering og kompetanse. Veilederen berører også temaer som analysekompetanse, tidlig identifisering av pasientenes behov, trygghetsskapende teknologi og effektivitet og kvalitet knyttet til tildelingspraksis. Den peker på at i de tilfeller pasienten har behov for ambulante spesialisthelsetjenester, samtidig med tjenester i kommunen over tid, kan spesialisthelsetjenesten inngå i et oppfølgingsteam. Andre former for faglig dialog kan være veiledning til personell i kommunen.

Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet 2017) viser til at ved behov for tiltak fra flere sektorer, skal helse- og omsorgstjenesten i kommunen legge til rette for tverrsektoriell samhandling, jfr. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5, fjerde ledd og § 18, fjerde ledd. Dette omfatter også samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det må sikres kontinuitet i tilbudene over tid og på tvers av ansvarsområder. Det er viktig at tjenesteyter ikke slipper ansvaret før neste aktør i forløpet har fått oversikt og tatt ansvar. Grensen for hva som er kommunens og spesialisthelsetjenestens ansvar kan være vanskelig å trekke. Selv om det angis rammer for ansvaret på avtalenivå, er det nødvendig med avklaringsamtaler for å sikre gode forløp rundt den enkelte pasient.

Behovet for tverrsektoriell samhandling er særlig framtreddende ved behov for tjenester over lengre tid og gjennom ulike livsfaser. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven § 6-3, utdypet i rundskriv I3/2013 (Helse- og omsorgsdepartementet). Veiledningsplikten bør ses i sammenheng med plikten til å yte ambulante tjenester til pasienter og brukere. Det gir mulighet til å kombinere tjenester til pasienter og brukere på de arenaene hvor de er, og samtidig gi veiledning til kommunens personell. Dette er også viktige arenaer for gjensidig kompetanseutveksling.

Mange av de som mottar tjenester fra kommunen, har i tillegg behov for samtidige tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan gjelde både utredninger, behandlingstiltak og intensive treningstilbud med høy grad av spesialisert kompetanse. Tilbudene kan enten gis som opphold, polikliniske tilbud eller gjennom ambulante tjenester. I noen tilfeller er behovet for spesialisthelsetjenester avgrenset til tidlig fase. Andre trenger vekselvis tilbud fra begge nivåer gjennom lengre forløp. Helseforetakets ansvar for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester opphører ikke ved utskriving. Fastlegen har ansvar for koordinering av de medisinskfaglige tjenestene for pasientene på sin liste. Det innebærer samarbeid og henvisning til andre ved behov, jfr. fastlegeforskriften § 19. For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester utover det medisinskfaglige området, skal fastlegen informere om og medvirke til utarbeidelse av individuell plan og at vedkommende eventuelt får oppnevnt koordinator. Fastlegen skal melde behov til kommunens koordinerende enhet, som er kontaktpunkt for dette. Koordinator er en viktig samarbeidspartner for fastlegen. Helsedirektoratet anbefaler at:

Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskriving fra helseinstitusjon oversendes epikrise til innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonellet som trenger opplysningene til å gi pasienten forsvarlig oppfølging og til pasientens faste lege jfr. Helsepersonellenes § 45 a.

1.2 Eksempel på nasjonal satsing: Nasjonale læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp for eldre og kronisk syke personer og for personer som har problemer med rus/psykisk helse

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet (Hdir), Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet (Kunnskapscenteret) og Kommunesektorens organisasjon (KS) besluttet i 2013 å samarbeide om gjennomføring av nasjonale læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp for eldre og kronisk syke personer og for personer som har problemer med rus og/eller psykisk helse. KS var prosjekteier for satsingen "Gode pasientforløp i kommunene". Målgruppen for læringsnettverkene var primært kommunenes helse- og omsorgstjeneste, men involverte også spesialisthelsetjenesten.

Planleggingen startet i 2011 med møter mellom daværende Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten og KS. I 2012 valgte KS å bygge satsingen på erfaringene med Helhetlige Pasientforløp i Hjemmet (HPH), en modell for et funksjonsbasert pasientforløp i kommunene som var prøvd ut i Trondheim og Orkdalsregionen. Det ble videre innledet et samarbeid med Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) om fastlegenes rolle i pasientforløpet, med Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon om brukermedvirkning og med Norsk Ergoterapeutforbund om hverdagsrehabilitering. I 2013 godkjente HOD et notat om satsingen, og midler til gjennomføringen kom på plass. Det ble etablert en styringsgruppe, en ekspertgruppe og en ressursgruppe.

Målene for satsingen var å utvikle helhetlige pasientforløp i kommunene, styrke brukerens opplevelse av mestring og involvering i eget pasientforløp, ta i bruk metoder og verktøy for gode pasientforløp, styrke forbedringskompetansen hos ledere og medarbeidere og redusere "unødvendige" sykehusinnleggelses for kronisk syke og eldre.

En sentral verdi i satsingen var økt brukerinvolvering og innflytelse i eget pasientforløp. Dette ble vektlagt ved at medarbeidere startet sine samtaler med pasientene med spørsmålet "Hva er viktig for deg?", i stedet for "Hva er i veien med deg?". Det ble laget ti korte filmer om motiverende intervju, sammen med Bergensklinikkene. Filmene var ment som hjelp til å gjennomføre slike samtaler. Det ble også etablert en årlig "Hva er viktig for deg-dag". Videre ble det valgt et verktøy for å kartlegge brukerens funksjon før og fire uker etter tildeling av tjenester, med utgangspunkt i hva som er viktigst for pasienten å få hjelp til. Sammen med kommunene ble det laget en sjekklister for nøkkelpunkter i et godt pasientforløp, der brukerinvolvering står sentralt. Både sjekklister og kartleggingsskjemaet ble gjort tilgjengelig som skåringsverktøy, henholdsvis som prosessmål og resultatmål. På denne måten kunne kommunene følge med på om de gjennomførte pasientforløpene slik de hadde blitt enige om, og om oppfølgingen var til nytte for pasienten.

KS gjennomfører "Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke" i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Arbeidet finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet som også leder styringsgruppen. Formålet er å støtte kommunene og helseforetakene i å bedre overgangene i pasientforløpet og å sikre brukernes behov for å møte helhetlige, trygge og koordinerte tjenester. Arbeidet bygger på Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH) – et kvalitetssystem med strukturert oppfølging ved hjelp av sjekklister. Arbeidet skal også resultere i at brukeren opplever å være likeverdig i utarbeidelse av sitt pasientforløp. Derfor er "hva er viktig for deg"-spørsmålet så viktig.

Mens det tidligere har vært etablert separate læringsnettverk for henholdsvis eldre og kronisk syke og psykisk helse og rus, vil arbeidet i perioden 2020-2022 omfatte alle brukere. Hvert læringsnettverk tilpasses lokale forhold.

"Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke" startet med to læringsnettverk i 2014-2015. Siden 2016 er det etablert ytterligere åtte læringsnettverk: Rogaland, Agder, Nordland, Hedmark og Oppland, Oslo, Møre og Romsdal, Ofoten, Troms og Finnmark og Østfold (avsluttes i 2020). Totalt har over 160 av landets kommuner deltatt i "Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke" sammen med helseforetakene. Innen rus og psykisk helse er det gjennomført to læringsnettverk i perioden 2016-2018, ett for store og mellomstore kommuner, der ti kommuner deltok, og ett for 15 kommuner i Rogaland og Sunnhordaland

2 Erfaringer med et utvalg samarbeidsprosjekter

2.1 Innledning

Som en del av delprosjekt 2 sendte vi en henvendelse til samtlige fylkesleger, helseforetak v/samhandlingsavdelingen og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) og ba om å få tilsendt eksempler på gode samhandlingsprosjekter som adressatene ville framheve innenfor sitt område. Det ble fra vår side gitt få føringer for hva som kunne sendes inn. I henvendelsen ble det vist til at vi ville velge ut prosjekter og studere dem nærmere med utgangspunkt i informasjonen vi mottok, hvor vi ville legge vekt på følgende elementer:

- Hvilke pasientgrupper som var omfattet i prosjektet
- Hvilke mål som ble satt
- Om det var stor enighet og entusiasme for prosjektet
- Om det var enighet mellom kommune og sykehus, eller om det var en av partene som var den drivende part
- Ble det satt en kostnadsramme for prosjektet
- Hvor lenge prosjektet hadde vært i drift
- Om prosjektet etter hvert er integrert i den daglige driften
- Hvordan prosjektet har påvirket driftskostnader og kvaliteten på tjenestene som ytes
- Om prosjektet er evaluert

Vi mottok ca. 140 forslag til samhandlingsprosjekter. Etter en gjennomgang av samtlige prosjekter, kom prosjektgruppen, i samråd med ressursgruppen, fram til et utvalg på åtte prosjekter som vi mente det ville være relevant å se nærmere på ved å be om mer utfyllende skriftlig dokumentasjon og gjennomføre intervjuer. Rammene for dette delprosjektet tillot ikke en nærmere fordypning (intervjuer) i flere enn åtte prosjekter. I det tilsendte materialet var det imidlertid så vidt mange interessante samhandlingsprosjekter at vi valgte å supplere materialet med ytterligere sju prosjekter, men hvor vi ut fra tid og ressurser, baserer presentasjonen kun på skriftlig materiale: evalueringsrapporter, årsmeldinger og annen dokumentasjon. Denne delen av rapporten er derfor delt i to hoveddeler:

- I den første delen oppsummeres erfaringene med de åtte utvalgte prosjektene hvor vi har gjennomført intervjuer med sentrale personer i prosjektene. I den grad slike opplysninger har vært mulig å framskaffe, har vi i intervjuene fokusert punktene som er presentert over.
- I den andre delen av rapporten presenteres noe mer skjematisk erfaringene med tilleggsutvalget på sju prosjekter, hvor vi kun har oppsummert skriftlig materiale i form av evalueringsrapporter, årsmeldinger eller annen dokumentasjon av virksomhetene.

2.2 Presentasjon av utvalgte prosjekter basert på skriftlig materiale og intervjuer

Nedenfor presenteres resultater av datainnsamlingen fra de åtte prosjektene vi har valgt ut. Datainnsamlingen består av skriftlig tilbakemelding på vår førstehenvendelse, intervju med sentrale informanter i hvert av prosjektene, gjennomgang av evalueringsrapporter og annen dokumentasjon, samt lesing av nettsider der dette er opprettet. For hvert av prosjektene har vi innledningsvis gitt en punktvis oppsummering av hovedtrekkene i prosjektene. Dernest følger en mer utfyllende beskrivelse av prosjektene og erfaringer med disse. Avslutningsvis gir vi en kortfattet oppsummering av våre vurderinger av hvert enkelt prosjekt når det gjelder hva man har oppnådd i forhold til de elementene som er presentert i punkt 3.1. ovenfor.

2.2.1 Akershus universitetssykehus (AHUS) - Ambulerende sykepleierteam

2.2.1.1 Resultater av datainnsamling

Ambulerende sykepleieteam ved AHUS består av to sykepleiere som reiser ut og bistår helsepersonell på sykehjem, i hjemmetjeneste og i omsorgsbolig. De tilbyr pasientrettet praktisk bistand og opplæring i sykepleiefaglige prosedyrer, som for eksempel sentrale venekatetre, PEG², suprabubisk³ kateter, intravenøs behandling, tracheostomi⁴ og medisinsk-teknisk utstyr. De tilbyr også veiledning over telefon, samt planlagt undervisning. Tilbudet er gratis og kan benyttes av hele primærhelsetjenesten i opptaksområdet.

Veiledningen gjennomføres direkte der pasienten er, hjemme eller på institusjon. Det gis teoretisk gjennomgang i tillegg til praktisk gjennomføring av ønsket sykepleiefaglig prosedyre. Veiledningen gis i hovedsak i forbindelse med at pasienten blir skrevet ut fra sykehus, men også tilknyttet pasienter som allerede mottar hjelp i primærhelsetjenesten. Veiledning kan også gis via telefon, da primært knyttet til enkeltspørsmål. I løpet av 2017 hadde Ambulerende sykepleieteam 257 pasientrelaterte oppdrag i AHUS sitt opptaksområde. Med oppdrag menes at de har reist ut der pasienten er. Alle distriktene i opptaksområdet har benyttet seg av Ambulerende sykepleieteam i 2017, noen mer enn andre.

Det utarbeides en undervisningsplan hvert år som sendes til relevante kontaktpersoner i AHUS sitt opptaksområde. Kommunene/bydelene melder deretter sin interesse via e-post til ambulerende sykepleieteam og avtaler tid for undervisning. Det er et minimumskrav på 10 deltakere per undervisning. Ambulerende sykepleieteam tilbyr i 2019 undervisning i forskjellige sykepleieprosedyrer.

Teamet er behjelpelig med å formidle kontakt for de som ønsker hospitering. Tilbudet gjelder ikke for studie- eller praksis plass.

Agenda Kaupang ble i 2011 engasjert av samhandlingsavdelingen ved AHUS til å gjennomføre en enkel evaluering av ambulerende sykepleieteam. Mandatet for evalueringen var å gi en overordnet beskrivelse og analyse av hvordan ambulerende sykepleieteam var organisert og hadde fungert i perioden oktober 2010 til oktober 2011, herunder identifisere problemstillinger som ville kreve nærmere utredning. I evalueringen ble det vist til meget positive tilbakemeldinger og erfaringer med ambulerende sykepleieteam. Sett i lys av aktiviteten og meget positive tilbakemeldinger på nytte og måloppnåelse, konkluderte Agenda Kaupang med at det var grunnlag for å hevde at ambulerende sykepleieteamets arbeid var verdt mer enn ressursinnsatsen på gjennomsnittlig 1,5 årsverk i evalueringsperioden.

Man hadde indikasjoner på at det var behov for å kartlegge hvilke behov brukerne hadde for planlagte undervisningstilbud og ambulerende tjenester på en mer systematisk måte, da behovet endret seg over tid og varierte fra enhet til enhet, avhengig av enhetenes kompetanse. Det kunne også være behov for en gjennomgang av hvor grensene for AHUS sitt opplæringsansvar burde gå (ref. veiledningsplikten) og hva som burde være et kommunalt ansvar i lys av samhandlingsreformen.

Agenda Kaupang viste til at informantene i evalueringen mente at behovet for ambulerende sykepleieteam ville øke med samhandlingsreformen og ved at pasientene stadig ble eldre og sykere. Tiltaket syntes å ha vært godt markedsført innenfor de ressursene ambulerende sykepleieteam hadde hatt, men det var trolig fortsatt behov for et systematisk og løpende informasjonsarbeid. Det hadde vært en gradvis økning i etterspørselen etter teamets tjenester etter hvert som tiltaket var blitt kjent. Evalueringen viste at det var avdelinger ved sykehuset der teamet hadde sin faglige forankring som brukte teamet mest. Dataene kunne ikke belyse om

² PEG er en metode for å tilføre [enteral ernæring](#) (sondemat) direkte inn i [magesekken](#). Gastrostomi er en kanal fra magesekken til hudens overflate, der det er ført en sonde gjennom kanalen. Vanligvis gjøres inngrepet ved hjelp av et gastroskop, og metoden kalles Perkutan Endoskopisk Gastrostomi (PEG). Sonden som brukes kalles gastrostomisonde.

³ Suprapubisk legges inn i blæren gjennom bukveggen like over symfyen. Det kan benyttes ved akutt eller kronisk urinretensjon.

⁴ Trakeostomi er en operativ åpning av luftrøret som danner en ny pustevei/luftvei. Åpningen av luftrøret foretas ved at man lager en åpning på framsiden av halsen og inn i luftrøret.

dette skyldtes at andre avdelinger hadde mindre behov eller manglende kjennskap til teamet. Dataene kunne heller ikke forklare forskjeller i bruk av ambulerende sykepleieteam i kommunene/bydelene.

Agenda Kaupang konkluderte med at ambulerende sykepleieteams rolle, organisering, finansiering, rutiner m.m. i liten grad var formalisert. Inntrykket var at den ambulerende tjenesten var noe stemoderlig behandlet ved at tjenesten manglet et tydelig organisatorisk og finansielt "hjem". Organisering og ansvarsforhold var uklare, teamet hadde ingen leder, og det var verken i 2011 eller i 2012 avsatt midler i budsjettet til avdeling S302 infeksjon og hematologi, avdelingen som var tillagt det økonomiske ansvaret. Modellen med at sykepleierne fordelte sin tid mellom arbeid i avdelingen og ambulerende team fikk gode tilbakemeldinger, da den faglige forankringen ble ansett som viktig. Teamet var imidlertid lite og sårbart. Det var blant annet ingen erstattere ved sykdom. De som arbeidet i teamet ble karakterisert som ildsjeler, og de fikk meget gode tilbakemeldinger på den faglige jobben og innsatsen de gjorde.

Agenda Kaupangs konklusjon var at det er behov for en tydeligere, mer forutsigbar og forpliktende organisering, ledelse og finansiering av ambulerende sykepleieteam. AHUS hadde ambulerende tjenester innenfor flere fagområder. Det syntes å være et behov for å gjøre en vurdering av hvordan AHUS mer generelt kunne bruke ambulerende tjenester som strategisk tiltak, og hvilke organisatoriske og finansielle implikasjoner dette burde få, inklusive ambulerende sykepleieteams rolle i en slik helhet. Det ble reist spørsmål ved hvordan den langsiktige finansieringen av ambulerende sykepleieteam burde være. At teamets tjenester var begrunnet i sykehusets veiledningsplikt overfor kommunene, tilsa finansiering av AHUS. At kommunene som ledd i samhandlingsreformen fra 2012 skulle betale sykehuset for utskrivingsklare pasienter og 20% av utgiftene til øvrige aktuelle pasienter, tilsa at tiltaket burde delfinansieres av kommunene.

I vårt intervju med representant for ambulerende sykepleierteam, ble det vist til at teamet opprinnelig var et underprosjekt av prosjektet "Samhandling AHUS 2011", som ble igangsatt for å forberede det nye opptaksområdet for AHUS; Follokommunene og bydeler i Oslo. Man visste også at samhandlingsreformen var varslet, og at kommunene skulle få mer ansvar. Det ble igangsatt et sykepleierteam som var en videreføring av sykehjemprogrammet hvor to sykepleiere fra akuttmottaket reiste ut til kommunehelsetjenesten og underviste i ulike temaer etter ønske fra kommunene. Ambulerende team ble bygget på at man ga undervisning både direkte ved pasientens seng (bedside) og som klasseromsundervisning. Teamet ga blant annet opplæring i sykepleierfaglige prosedyrer. Undervisningen var rettet mot alle typer helsepersonell i kommunen, mens bedsideopplæringen var rettet mot sykepleiere. Undervisningen er tilpasset den enkelte kommune.

Målet med teamet var å sikre god pasientbehandling der pasienten er. Derfor var planen at behandlingen skulle bli bedre etter utskrivning, men også at AHUS skulle gi behandling i kommunene som kunne redusere innleggelser av pasienter som kunne behandles i kommunene. Dette ville også hindre unødvendige belastninger for pasientene i forbindelse med innleggelse. Med kortere liggetid ville kommunene få mer krevende pasienter, samtidig som teamet skulle hjelpe kommunene i behandlingen av dem.

Erfaringen er at mange skrøpelige pasienter synes det er belastende å ligge i akuttmottaket, der de kan bli liggende i flere timer. Teamet er ment å skulle redusere behovet for innleggelser. Dette vil redusere arbeidet for kommunene, arbeid som følger med en innleggelse, mens AHUS vil få noe igjen for dette ved færre pasienter innlagt og reduserte liggedøgn. Pasienter fikk komme raskere hjem til kjente omgivelser. Teamet bidrar til å heve kompetansen i kommunene og gjør kommunens personell tryggere i møtet med noe mer kompliserte pasienter. Opplæringen som man ga ved starten av teamet, er noe sykepleierne i kommunene i dag håndterer selv, uten hjelp fra teamet.

Kommunene eller AHUS kontakter teamet angående enkeltpasienter når det trengs bistand, for eksempel når en pasient som skrives ut fra AHUS trenger antibiotikabehandling i to uker til. Teamet tar da kontakt med den aktuelle kommunen og forhører seg om de selv kan gi slik behandling, eller om de trenger hjelp fra teamet.

Eventuelt drar teamet ut og gir opplæring i å legge inn venflon⁵, opplæring i å gi antibiotika, støtter dem faglig, ser om nødvendig utstyr er tilgjengelig osv.

Teamet er fortsatt to sykepleiere og opptaksområdet er stort. Teamets arbeid de siste to årene har ført til god kompetanse i kommunene, men fortsatt er det stor variasjon i kompetanse fra kommune til kommune, og også variasjon i sykepleierdekningen. Det er ikke bare teamet som har bidratt til å gjøre tjenestene i kommunene bedre. Teamets arbeid har også gitt økt oppmerksomhet om hva som trengs av kompetanse og hvor man bør sette inn ressursene i kommunene som en følge av samhandlingsreformen. Dette har gjort at AHUS nå kan sende ut flere pasienter hvor det ikke er behov for teamet. For pasienter der det tidligere var nødvendig at teamet bidro, kan kommunene nå håndtere pasientene selv. Pågangen av henvendelser viser at det fortsatt er behov for teamet, men da med andre typer utfordringer, og teamet ser at det er mer krevende pasienter som skrives ut nå enn tidligere. Teamet er bemannet med to sykepleiere, noe som er for lite til å dekke etterspørselen. Det jobbes med å få tilført flere stillinger. Teamet kommer ikke og utfører tjenester for kommunene, men kommer når kommunene har sykepleiere som trenger faglig støtte. Vår informant peker på at de må være strenge med at kommunene må stille med egne ressurser.

Teamet bistår ikke kun pasienter som har hatt et opphold på AHUS. I intervjuet beskrives teamet som en "gavepakke fra AHUS til kommunehelsetjenesten – at AHUS tilbyr en tjeneste som kanskje kommunene burde ha hatt selv. Selv om AHUS får noe igjen for dette, så er det nok kommunene som har mest igjen for ordningen". Teamet får mange henvendelser fra kommunene om pasienter som AHUS ikke ville få noe med å gjøre, selv uten team. Man har også eksempler på at man bidrar til å hindre reinnleggelser. Det er mange henvendelser hvor teamet reiser ut og løser konkrete problemer, som kan gjøre at man slipper innleggelse i mottak på AHUS.

En del av tjenestene teamet yter er spesialisthelsetjeneste. Dette er vanskelig å bygge opp lokalt fordi hendelsene skjer så sjelden at kommunene ikke kan holde kompetansen ved like. Som vår informant uttrykker det; "Så da kommer teamet og hjelper for å hindre innleggelse. Dette er stort sett eldre pasienter, men kreftpasienter er også en stor del av pasientgruppen vår".

Ambulerende sykepleier-team var et prosjekt da det startet, men er ikke det lenger. Nå er det et tilbud AHUS har. For inntil to år siden, var teamet basert på engasjementer fra sykepleiere som jobbet i sengepost. Nå er sykepleierne fast ansatte. Man har lenge vært på et vippepunkt – om teamet skal legges ned eller ikke. Teamet har fått bestå, og kommunene er meget fornøyde med tilbudet. Teamet trekkes ofte fram i ulike fora, som et eksempel på det gode samarbeidet. Teamet opplever å være i medvind, og har spilt inn behov for mer ressurser.

Det var en periode snakk om å ta egenandel fra pasienten. Dette har teamet vært imot, for man følte at det jo ikke var pasienten som hadde rekvirert teamets bistand. Man påpekte at teamet retter sitt tilbud til sykepleierne i kommunene, ikke pasienten som sådan. Det var også snakk om å dele kostnaden mellom AHUS og kommunene, som synes som en god og riktig løsning, men man har ikke kommet noen vei med dette.

Det er vanskelig å dokumentere effekten av kompetanshjelp. Teamet har, eksempelvis, forsøkt å dokumentere antall hindrede innleggelser og tidligere utskrevne pasienter. Teamet registrerer besparelsene for alle de pasientene teamet er hos, om det gjelder trygging av lokalt personale, hindre innleggelser eller muliggjøre tidlig utskrivning fra AHUS. Dette forsøkes dokumentert med tall, men det er vanskelig å si noe eksakt om kroner og ører. Man tror man dekker såpass mange pasienter i løpet av et år, at det merkes ved AHUS, men det skal et visst volum til for å se en virkning; "Situasjonen er så presset på sykehuset, at selv om teamet tar ut en pasient, så fylles sengen opp med en gang".

Teamet kom i forkant av samhandlingsreformen, noe en mener var en fordel. Da skulle "mange pasientgrupper plutselig behandles i kommunehelsetjenesten", det ble overført midler fra spesialisthelsetjenesten til

⁵ Et perifert venekateter (PVK), ofte kalt perifer venekanylen selv om kanylen bare er nålen man bruker under innføringen av kateteret, er en plastslange (kateter) som legges inn i en vene, eksempelvis på hånda eller underarmen. Det perifere venekateteret gir en enkel og trygg mulighet for å gi legemidler eller væsker intravenøst. I det norske helsevesenet kalles PVK ofte bare Venflon på grunn av et tidligere brukt handelsnavn.

kommunene, og kommunene fikk mer kompliserte pasienter enn tidligere, og ikke bare "den gamle pleiepasienten". Teamet var da allerede i funksjon og så hvilke kommuner som var forberedt og i forkant, og de som ikke var det.

Da AHUS fikk utvidet opptaksområde, bl.a. med bydeler i Oslo med stor innvandrerandel, opplevde teamet nye utfordringer. Eksempelvis bydel Alna, hvor hjemmesykepleien har mange tunge pasientgrupper med minoritetsbakgrunn der språk er en utfordring. Samtidig har bydelen en del private aktører som leverer hjemmetjenester, noe teamet må forholde seg til. Det er veldig ulikt hvor godt disse fungerer.

Teamet erfarer at det er stor variasjon kommunene imellom med hensyn til mengden henvendelser og tyngden på henvendelsene. Det lages en årsrapport hvor man skriver inn hvem som bruker dem mest, og hvilke henvendelser man får fra de ulike kommunene. Teamet ser at det er mange av de samme kommunene som bruker dem år etter år.

Teamet har siden 2013 hatt tilbud om å gi blod på sykehjem, men ikke i hjemmetjenesten. Fram til nå har kommunen måtte betale for blodet. Blodet hentes fra AHUS. Teamet kvalitetssikrer det og kommer ut til sykehjemmet med det. Nå vil dette bli endret. Nå skal AHUS stå for kostnaden av blodposen, så da regner teamet med at man får flere henvendelser om dette.

Vi spurte om de sier nei til henvendelser? Informanten viser til at man er og har vært ildsjeler og har strukket seg langt, men at man i det siste har måttet si mer nei enn man ønsker, av kapasitetshensyn. Men det er fremdeles ikke mange man sier nei til.

Teamet har stått på nedleggeslista lenge, men har overlevd grunnet eget engasjement og på grunn av alle tilbakemeldingene samhandlingsenheten ved AHUS får fra fornøyde kommuner. Alle tjenestenivåer sier at ambulerende tjenester er veien man må gå videre. Ikke alle kan legges inn på sykehus, og kommunene må ta mer av byrden. Samtidig vil da sykepleiere i kommunehelsetjenesten få mer faglig spennende oppgaver, men de trenger bistand til å få bygget opp den nødvendige kompetanse. Det er det beste for pasientene at de kan "få litt påfyll av blod" der de er, og slippe å reise inn til sykehuset med den belastningen det medfører.

Teamet tar seg av undervisning og bistand bedside. Med bare to sykepleiere i teamet er man sårbare i forbindelse med sykdom og annet fravær. Man har ingen vikarer som kan hentes inn. Det er vanskelig å hente inn vikarer fra post som ikke har den bredden og erfaringene i de prosedyrene teamet tilbyr ute i kommunene.

Når det gjelder undervisning, sender teamet ut et tilbud til kommunene tidlig på høsten om hva man kan tilby. Så sender kommunene inn hva de ønsker. Deretter utarbeider teamet en plan på grunnlag av dette. Det gis en til to undervisninger pr. uke ut året, med ambulerende oppdrag i tillegg. Teamet har i utgangspunktet kort responstid på enkeltoppdrag (kommer samme dag), men noen ganger hoper det seg opp, så responstiden kan bli lenger. Et eksempel på tjenester som tilbys; I utgangspunktet skal en sykepleier kunne legge en venflon, men kommunehelsetjenesten får ikke den mengdetreningen at de greier oppgaven når det nå og da dukker opp en pasient som det er vanskelig å legge inn en venflon på.

2.2.1.2 Våre vurderinger

Målet med teamet er å sikre god pasientbehandling der pasienten befinner seg. Sett fra sykehuset var målet at behandlingen skulle bli bedre etter utskrivning, og å gi behandling i kommunene som kunne redusere innleggelser. Teamet er forankret i ledelsen ved sykehuset, helt fra den initiale fasen, som et underprosjekt av prosjektet "Samhandling AHUS 2011". Etter vår vurdering er teamet godt integrert i sykehusets daglige arbeid, både når det gjelder medarbeidere og ledere. Når det gjelder pasientgruppen, var utgangspunktet at kortere liggetid i sykehuset og flere oppgaver lagt til kommunene, ville skape pasientgrupper med økt behov for mer samordnede tiltak. Det er enighet, både i kommunene og sykehus, om betydningen av ambulerende sykepleierteam, selv om arbeidet ble initiert av sykehuset. Etter vår vurdering viser pågangen fra kommunene at det er behov for den kompetansen sykepleierne i teamet kan tilby. Ambulerende sykepleierteam er nå i ordinær drift. Teamet er ansatt ved AHUS, og det er per i dag ingen egenandel knyttet til bruk av teamet, verken for kommunene eller pasientene. Egenandel har imidlertid vært tema ved flere anledninger, og vil,

ifølge våre informanter, med all sannsynlighet bli satt på dagsorden igjen i og med at ambulerende sykepleierteam helt åpenbart er en styrking av tilbudet i kommunene, samtidig som det er sykehuset som bærer kostnadene. AHUS hadde i 2018 i overkant av 60 000 somatisk innlagte pasienter. Med et ambulerende sykepleierteam med kun to sykepleiere, er det vanskelig å dokumentere effekter sett i forhold til det totale pasientvolumet ved sykehuset. Det er vanskelig å dokumentere noen effekt (reduerte innleggelses og kortere liggetid) i forhold til det totale volumet av pasienter. Når det gjelder målet om at behandlingen skulle bli bedre, bl.a. etter utskriving, så er det etter vår vurdering liten tvil om at man har oppnådd dette for de pasientene det gjelder. Å bringe sykepleie med spesialkompetanse ut i kommunene, gjør kommunene i stand til å behandle flere pasienter med behov for spesialiserte og mer samordnede tjenester.

2.2.2 Helse Møre og Romsdal - Barneblikk - tverrfaglige familieteam for gravide og småbarnsfamilier som er berørt av utfordringer knytt til psykisk helse eller rus

2.2.2.1 Resultater av datainnsamlingen

Barneblikksatsingen er Helse Møre og Romsdal sitt svar på oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere lavterskeltilbud til gravide og småbarnsfamilier med rus eller psykiske vansker. Resultatet er Barneblikk familieteam. Teamene er startet i samarbeid med vertskommunene til de fire sykehusene i fylket og består av ansatte fra helseforetaket og vertskommunene. Det er etablert Barneblikk familieteam i Ålesund og Molde, mens tilsvarende team er under etablering i Kristiansund og Ulstein.

Barneblikk familieteam er et tiltak for hele familien; barnet, mor, far, søsken og andre nære personer. Familien kan ha kontakt fram til yngste barnet starter i skolen. Ved første kontakt:

- skal familien vente et barn eller ha et barn under 1 år
- skal familien være berørt av rus eller psykiske vanskeligheter hos en eller begge foreldrene (nå eller tidligere) eller hos andre nære personer
- skal vanskene til den voksne være i en tidlig fase eller være "lettere til moderate"
- skal det være få instanser i kontakt med familien

Andre avgrensinger kan gjøres basert på lokale forhold. Foreløpig har Barneblikk familieteam nedslagsfelt i den enkelte kommune, men skal på sikt dekke hele Møre og Romsdal.

Et overordnet mål er å etablere Barneblikk familieteam i fire kommuner innen 2022, og senere bredde tilbudet ut til hele fylket. Barneblikksatsingen er organisert med styringsgruppe for forankring og overordnet styring, tverrfaglige prosessgrupper som kvalitetssikrer oppbyggingen av Barneblikk familieteam og tverrfaglig samhandling. Satsingen omfatter også kommunikasjonsarbeid/web-sider, kompetanseheving, forskning og innovasjonsarbeid. Barneblikk familieteam skal ha kompetanse på barn, foreldrerolle, familieperspektiv, rus- og psykisk helse, tidlig innsats og kunne avdekke mer omfattende problematikk. Når noen i en familie er berørt av rus eller psykiske vansker, vil det påvirke alle familiemedlemmene. Hjelp til foreldre og andre nære personer, kan forebygge belastning på barna i familien. Det skal være en helhetlig og systemisk tilnærming til barnet sin situasjon.

Molde kommune, Ålesund kommune, Kristiansund kommune og Volda kommune ble i 2016 invitert til samarbeid om Barneblikksatsingen. Volda takket nei, og tilbudet gikk til nabokommunen Ulstein. Innholdet for de planlagte familieteamene fikk god mottakelse, samtidig som det var utfordrende for partene å forplikte seg til noe som ikke var ferdig utviklet. Det var også skepsis til at helseforetaket eide satsingen og på sikt ville dytte ansvaret og de økonomiske belastningene over på kommunen. Det var viktig at helseforetaket viste et reelt ønske om gjensidig samarbeid. Kartleggingen av tjenestetilbudet i 2016 viste konkrete mangler. Denne dokumentasjonen skapte et felles utgangspunkt og la føringer for det videre arbeidet. Kommunene investerte i lokaler, mens helseforetaket bidro med utstyr. Entusiasmen steg etter hvert som Barneblikk familieteamene ble opprettet og ble kjent i de ulike tjenestene. Flere tjenester opplever at Barneblikk familieteam dekker et lenge savnet behov. Men fortsatt er det tjenester som ikke kjenner tilbudet, og markedsføringen må

oppretholdes. Vertskommunene og helseforetaket skal være likeverdige parter i satsingen og i utviklingen av Barneblikk familieteam.

Helse Møre og Romsdal bruker årlig 1.4 mill. kr. til Barneblikksatsingen. Det går til koordinatorstillingen, brukermedvirkning på systemnivå, kommunikasjonsarbeid, kompetanseheving, forskning og nettverksarbeid. I tillegg bruker tjenestene i helseforetaket og kommunene egne stillingsprosenter i familieteamene, styringsgruppen og i de tverrfaglige prosessgruppene. Molde kommune og Ålesund kommune fikk innvilget innovasjonsmidler fra Fylkesmannen til 100 prosent stilling i familieteamet i 2018 og 2019. Denne ressursen er planlagt lagt inn i drift fra ca. 2020.

Barneblikksatsingen startet i 2016 og var basert på forarbeid fra 2015 og oppdraget fra HOD fra 2014. Barneblikk familieteam i Molde og Ålesund startet høsten 2018. Oppbyggingsfasen er forventet å ta ca. tre år. Mye av tiltaket er allerede inne i fast drift.

Etter knapt et års drift, er det vanskelig å se en økonomisk gevinst for samarbeidspartnerne av Barneblikksatsingen. Foreløpig har det vært rene utgifter. Det er likevel forventet at tiltaket på sikt vil gi større effektivitet hos samarbeidende tjenester

Barneblikk har intensjonsavtale om forskning med Høgskolene i fylket. I en rapport fra 2018, fra før oppstarten av Barneblikk familieteamene, vises det mest til utviklingsarbeidet. Leger med barneblikk var delprosjekt i Barneblikk satsingen som var gjennomført i 2017 og 2018. En rapport fra Leger med barneblikk 2018 er tilgjengelig. Ellers er det gode tilbakemeldinger fra familier som benytter Barneblikk familieteam i Ålesund og Molde.

Erfaringene så langt tilsier at Barneblikk familieteamene skal være sammensatt av ressurser fra jordmor/helsestasjon, familierapeut eller familieveileder, BUP og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Kartleggingen i 2016 viste at familier med moderate vanskeligheter sjelden blir fanget opp og blir ikke omfattet av eksisterende tilbud. Barneblikk familieteamene skal gi støtte og koordineringstjenester til familien på et tidlig stadium. Tilbudet skal være lavterskel. Det betyr å være lett tilgjengelig (blant annet via telefon), ingen ventetid (kontakt senest dagen etter), ikke krav om henvisning (familier kan ta kontakt selv), være gratis, tilby hjemmebesøk eller møte på helsestasjonen familien bruker. Barneblikk familieteam skal ha en helhetlig tilnærming der alle livsområder er like viktige. Funksjonssirkelen blir brukt til å få oversikt over hva familien mestrer, og på hvilke livsområder de kan trenge støtte. Kartleggingen i 2016 viste at kommunikasjonen mellom tjenestene er mangelfull, det tverrfaglige samarbeidet er utfordrende og overganger mellom tjenestene er sårbare tidspunkt i oppfølgingen. Barneblikk familieteam skal være tverrfaglig sammensatt og ha aktuell kompetanse for å kunne gi støtte og los/koordineringstjeneste til hele familien. Barneblikk familieteam skal hjelpe familien til å komme i kontakt med andre aktuelle tilbud og være limet i overgangene. Tilbudet skal ha stor grad av brukermedvirkning. Det er familien selv som definerer hva de trenger hjelp til. Barneblikk familieteam skal tenke kreativt og se etter løsninger som er tilpasset familien. Hva er viktig for deg? Hva er viktig for barnet ditt? Hva er viktig for deg som familie?

Samarbeidet mellom vertskommunene og helseforetaket er formalisert i egen avtale. Avtalen overfører Barneblikk familieteam til kommunene, mens helseforetaket forplikter seg til å leie ut personalressurser (vederlagsfritt) til tilbudet. Det er blant annet juridiske hensyn til journalføring som ligger til grunn for denne ordningen. Begge parter forplikter seg til å stille i styringsgruppen og andre arbeidsgrupper som skal ivareta oppbyggingen og driften av Barneblikk familieteam. På sikt skal tilbudet breddes ut i hele fylket. Kommunesammenslåingen fra 2020 vil være første steget i den retninga.

Leger og forebyggende tjenester etterspør og fanger lettere opp familier med moderate vansker nå når de har et tilbud å vise dem til. Familiene får hjelp på et tidligere tidspunkt og trenger kortere og mindre ressurskrevende tiltak. Helsestasjonene formidler at Barneblikk bidrar til at hele familien og systemet rundt familien blir bedre ivaretatt. Det bidrar til større innsikt i barnet sin situasjon og mer tilpassete tiltak. Dette har flere ganger bidratt til å avdekke rus eller psykiske vansker hos far. Henvisninger til BUP er bedre vurdert. Dette avlaster BUP-ressurser (og familiene) for unødige runder i systemet.

2.2.2.2 Våre vurderinger

Barnebliksatsingen er Helse Møre og Romsdal sitt svar på oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere lavterskeltilbud til gravide og småbarnsfamilier med rus eller psykiske vansker. Teamene er startet i samarbeid med vertskommunene til de fire sykehusene i fylket og består av ansatte fra helseforetaket og kommunene.

Barneblikk familieteam er et tiltak for hele familien, med et overordnet mål om å etablere team i fire kommuner innen 2022, for senere å bre ut tilbudet til hele fylket. Prosjektet er med andre ord i en initial fase. Det er for tidlig å trekke noen konklusjoner om hvordan dette vil fungere når det er etablert i full bredde. Det er derfor også for tidlig å kunne spore noen økonomisk effekt av satsingen. På lang sikt er det forventet at tiltaket gir større effektivitet hos samarbeidende tjenester. Som vist ovenfor, har de planlagte familieteamene blitt godt mottatt. Samtidig har det vært utfordrende for partene å forplikte seg til noe som ikke er ferdig utviklet. Innledningsvis var det også skepsis blant kommunene til at helseforetaket eide satsingen, og kommunene var redde for at ansvaret og de økonomiske belastningene på sikt ville bli dyttet over på kommunen. Etter vår vurdering har prosjektet tatt tak i denne problemstillingen på en god måte. Dette har gjort at både kommunene og sykehusene er positive til satsingen (tydeliggjøring av kommune og sykehus som likeverdige parter), og man har kunnet spore en økende entusiasme blant alle de involverte. Samarbeidet mellom vertskommunene og helseforetaket er formalisert i egen avtale. Avtalen overfører Barneblikk familieteam til kommunene, mens helseforetaket forplikter seg til å stille personell til disposisjon vederlagsfritt. Etter vår vurdering synes satsingen å være godt forankret både i kommunene og i helseforetaket. Det er dokumentert at Barneblikk familieteam dekker et lenge savnet behov, men det er fortsatt tjenester som ikke kjenner tilbudet, og markedsføringen må opprettholdes. Når det gjelder oppfølging og evaluering, er det etter vår vurdering en styrke at det er inngått en intensjonsavtale med Høgskolene i fylket om forskning.

2.2.3 Hallingdal sjukestugu "Desentralisere det man kan – sentralisere det man må"

2.2.3.1 Resultater av datainnsamlingen

Vestre Viken solgte i 2014 en bygningsmasse til Ål kommune. Intensjonen var at kommunen skulle bygge nye helsebygg og Vestre Viken skulle inngå leieavtale på 25 år. Vestre Viken leier nå areal til en somatisk dag- og døgnavdeling, laboratorieareal, areal til ny dialyseavdeling og til administrasjon med i alt tre kontorer.

Fra 2016 inngikk klinikk for medisinsk diagnostikk avtale om laboratoriesamarbeid med Ål kommune. Legekontorene i Ål kommune og interkommunal legevakt er samlokalisert. Samme år flyttet Vestre Viken inn i en ny dag- og døgnavdeling og en ny dialyseavdeling (syv maskiner). Dag- og døgnavdelingen har 20 senger: 10 senger tilhørende spesialisthelsetjenesten og 10 senger tilhørende kommunene i Hallingdal. Det ble i 2016 inngått avtale med kommunene i Hallingdal med Ål kommune som forhandlingspartner. Denne avtalen dreier seg om drift av 10 interkommunale senger. Avtalen er 10-årig, med mulighet for inntil 15 års forlengelse.

Dette innebærer at Vestre Viken, v/klinikkdirektør på Ringerike sykehus, drifter de 10 interkommunale sengene. Det var i forkant av prosjektet "Lokalmedisinske tjenester i Hallingdal" beskrevet hvilke behandlingstilbud som skal ivaretas i de kommunale sengeplassene og hvem som skal kunne legge inn pasienter der. Kommunene har en avtale seg imellom om fordeling av kostnadene. I avtalen Vestre Viken har med Ål kommune er kostnadsfordelingen 60/40 prosent, Vestre Viken dekker 60 prosent.

De kommunale plassene skal ivareta: kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) (tre plasser), rehabilitering (tre plasser), palliasjon, etterbehandling og bufferfunksjon. Pasienter som legges inn som ø-hjelp legges inn i sengeavdelingen i en diagnostisk sløyfe, skal være avklart i løpet av et døgn. Etter avklaringsperioden legges de alternativt videre på KØH, annen kommunal plass, på plass i spesialisthelsetjenesten på HSS, videreføring til annet sykehusstilbud på Ringerike, eventuelt Blakstad, eller pasienten sendes tilbake til hjemkommunen. Det er en intern avtale med DPS om å kunne tilkalle bistand til vurdering av pasienter som er innlagt på KØH og som har psykiatrisk innleggelsesdiagnose. Som en følge av denne driften er det avtale med interkommunal legevakt om bruk av legevaktens lege utover den tid sjukestugua selv ikke har egne leger til disposisjon.

Avdelingen har etter hvert kommet i god rytme. Det er avtalt månedlige møter med Ål kommune for å følge opp drift, regnskap og produksjon og bruk av plasser. Avdelingsledelsen har månedlige møter med leder av pleie- og omsorgsavdelingen, samt med samarbeidsutvalg for legene i Hallingdal. I tillegg er det siden 2016 etablert CT-drift med trombolysebehandling for hjerneslag. Fra april 2019 er dette et 24/7-tilbud der man fjernstyrer CT-en fra radiologisk avdeling på Ringerike sykehus. Man bruker videokonferanse slik at legene sitter stand by og følger behandlingstilbudet på sykehuset, mens ambulanspersonell som har fått opplæring ivaretar pasienten i CT-rommet på HSS. Dette er, ifølge våre informanter, en nasjonal pilot.

Ved siden av dette har man en bred poliklinikkdrift, der ambulerende spesialister kommer til HSS fra sykehusene i Vestre Viken. Dette er lagt inn i deres tjenesteplaner. Alle klinikkene i Vestre Viken har tjenester på HSS: Ringerike sykehus, klinikk Psykisk helse og rus, Klinikk Medisinsk diagnostikk (RTG, CT og lab), Klinikk PHT (Luft-Bil-Pasienttransport m/ helekspresene) og KIS (klinikk for intern service). I tillegg til funksjonene som er i drift, samarbeider partene om nye tiltak, for eksempel rehabilitering.

Bakgrunnen for at Vestre Viken solgte eiendomsmasse til Ål kommune har sammenheng med at en har drevet med samhandlingstiltak over lang tid. Da samhandlingsreformen kom, startet man et fellesprosjekt mellom HSS, kommunene, Ringerike sykehus og Vestre Viken for å se på felles utfordringer. Det kom fram, når det gjelder det ansvaret kommunene skulle ta på seg framover, at kommunene i Hallingdal var for små til å ta disse oppgavene. Da kom forslaget om å legge en felles avdeling til HSS med 10 sykehussenger og 10 interkommunale senger. Man hadde bygningsmassen til HSS, men den var for liten til å dekke behovet man hadde. Det ble lagt fram et forslag fra Ål kommune (rådmannen), som skulle bygge ut sykehjemmet. Ål kommune bygget et nytt bygg som inkluderte HSS. Ål kommune står som eier av det nye bygget som ble innlemmet i det gamle og har da leieavtalen med Vestre Viken som går over 25 år.

Ringerike sykehus har hatt en intensjon om at sengeavdelingen på HSS – de 10 spesialistsengene – er en av sykehusets sengeposter. Det er lang avstand mellom HSS og Ringerike sykehus – og man har pasienter i Hallingdal som man ikke tør å sende den lange veien. Samtidig ønsker man ikke å sende de som er for friske. Det skal ikke være sånn at de som legges inn på sengeavdelingen ved HSS er utskrivingsklare i det øyeblikket de kommer inn. Man har jobbet lenge med hva HSS er, hvilke tilbud de skal ha.

Noe av suksessen med HSS og forholdet til Ringerike sykehus er at arbeidet har gått over mange år og at man har vært bevisste på at overlegene som ansettes på Ringerike sykehus også skal jobbe på HSS. Dette har blitt tatt godt imot, det er blitt en del av kulturen. Ideen har vært at det er lettere å flytte en lege enn mange pasienter.

Legene fra Ringerike sykehus kommer for å arbeide på poliklinikken, ikke på døgnavdelingen. Der har HSS egne leger. Man har også jobbet med å få LIS-legene til HSS, for at de skal se hvordan man drifter. Det er arbeidet med å etablere telemedisinske ordninger slik at lege kan oppholde seg på Ringerike sykehus og pasienten på HSS.

De 10 spesialistsengene på HSS er somatiske senger. Det er en utfordring at det er en stor diagnostisk bredde på pasientene. Den store mengden er generelle medisinske pasienter, men man har også kreftpasienter og noe generell kirurgi og ortopedi. Det er hvor i forløpet man er, hvor dårlige pasientene er, som er avgjørende for om de ligger på HSS eller overføres til Ringerike sykehus. Akutt hjerteinfarkt er eksempelvis ikke på HSS, men de kan godt overføres fra Ringerike sykehus til HSS en stund etter at de er behandlet i første fase. Slike vurderinger vil også gjelde for pasienter i de interkommunale sengene.

HSS' egne leger har ansvaret for inneliggende pasienter. Legene på HSS har oversikt over hvilke leger som til enhver tid kommer fra Ringerike sykehus for å arbeide på poliklinikken, og kan da be om bistand til enkelte pasienter. Det er tre leger ansatt i sengeavdelingen på HSS, hvorav to er spesialister i allmenntilleggsmedisin. HSS har hatt ønske om å få en geriater eller indremedisiner, men det har man ikke fått til så langt.

HSS tar inn alle typer av pasienter på poliklinikken HSS (5000 konsultasjoner pr år). Etter konsultasjon tas avgjørelsen om hvor pasienten skal sendes videre..

Når det gjelder pediater, så har man ikke barneavdeling på Ringerike sykehus. På dette fagfeltet er det sykehuset i Drammen som bistår Ringerike sykehus og HSS.

På spørsmål om forskjellen mellom HSS og distriktsmedisinsk senter (DMS), pekes det på hvem som drifter og eier. Suksessen ved HSS er at det er helseforetaket som drifter enheten. Spesialistene aksepterer lettere at det er en del av sykehuset. Sentre som er kommunalt eid har ikke den samme muligheten til å hente inn spesialister fra sykehus. Samtidig har man den gode viljen blant kommunene i Hallingdal, viljen til å få HSS til å fungere. HSS ble innlemmet i Ringerike sykehus fra 1996. Fra da av har det ligget i arbeidsplanen for overlegene at de skal tjenestegjøre også på HSS.

På spørsmål om de 10 kommunale sengene og KØH-senger, vises det til at ut fra beregninger er det ca. 3 senger som kommunene i Hallingdal skal bruke til KØH. De øvrige sju er til etterbehandling eller rehabilitering. Man har mer ø-hjelp i sykehussengene enn i KØH. Når det gjelder de pasientene som ikke er KØH, men trenger etterbehandling og rehabilitering, så er dette senger som kommunene eier. Det er kommunene som fatter vedtak om de skal ligge på HSS, eller om de skal tilbake til egen kommune. HSS lager pleie- og omsorgsmelding og gir kommunene beskjed om når pasienten er utskrivingsklar fra spesialisthelsetjenesten. Da vurderer kommunene om pasienten fortsatt skal bli liggende en stund (i de kommunale sengene), eller om pasienten skal tilbake til egen kommune. Ål er vertskommune på vegne av de seks Hallingdalkommunene, og kommunene har blitt enige om en døgnpris for de kommunale pasientene på HSS. Denne prisen er lik den som gjelder for utskrivingsklare pasienter.

Ringerike sykehus drifter både de 10 spesialistsengene og de 10 interkommunale sengene, og har behandlingsansvar, det medisinske ansvaret og personalansvar. Videre er det etablert samarbeidsorgan mellom Ringerike sykehus og kommunene, og kommunene har egen stilling for samhandling. Når det gjelder bruk av spesialistsengene og de interkommunale sengene, gir en av våre informanter følgende beskrivelse: "Pasientene merker ingen forskjell om de ligger i sykehusseng eller kommunal seng. De ligger i de samme sengene, det er bare datamessig det vises om en ligger i en spesialistseng eller en interkommunal seng".

Pasientene er ikke utskrivingsklare når de overføres fra Ringerike sykehus til HSS. Behandlingen er da påbegynt på Ringerike sykehus og videreføres på HSS. Da er dette en avdelingsoverføring og ikke en utskriving. Som utskrivingsklar fra Ringerike sykehus, kan pasienten godt legges på de kommunale sengene på HSS. Poenget er at Ringerike sykehus ikke skal sende for dårlige pasienter til HSS, og heller ikke ferdigbehandlede, men de som fortsatt vurderes som sykehuspasient.

Når man i prosjektet for igangsetting ved HSS bruker betegnelsen intermediære senger, så er det de kommunale sengene ved HSS, altså de sengene som "ligger imellom" en regulær sykehusseng og sykehjemsplass. Har man en pasient fra Hallingdal som meldes utskrivingsklar, så vurderer kommunen om de har de de fasilitetene som kreves for å følge opp pasienten på sitt sykehjem, og kan da velge å la pasienten bli liggende på HSS på en kommunal seng. Det positive ved dette er da at pasienten kan fortsette å forholde seg til det samme personalet og få en kontinuitet i forløpet, og ved noen ekstra dager på HSS, så kan det også gjøre at pasienten slipper å bli lagt inn på et sykehjem. Det er medisinske vurderinger som ligger til grunn for om en pasient skal ligge i spesialistseng eller kommunal seng. Når det gjelder bruk av de kommunale sengene, så er det de fast ansatte legene som gir sin medisinske vurdering, men det er opp til kommunene å avgjøre om pasienten skal bli liggende på HSS eller tilbakeføres til kommunen. Samtidig er det legene på HSS som avgjør om pasienten vurderes som ferdig behandlet i spesialisthelsetjenesten. Da er det opp til kommunene om de skal ta pasienten hjem eller benytte en av de kommunale sengene på HSS.

2.2.3.2 Våre vurderinger

Samhandling i Vestre Viken og mellom Ringerike sykehus og Hallingdal sjukestugu (HSS) har en lang historie. Med samhandlingsreformen ble det tatt initiativ til et tettere og mer formalisert samarbeid mellom HSS, kommunene i Hallingdal, Ringerike sykehus og Vestre Viken for å se på felles utfordringer. Noe av suksessen med HSS og forholdet til Ringerike sykehus (HSS ble i 1966 innlemmet i Ringerike sykehus), er at de overlegene som ansettes på Ringerike sykehus også skal jobbe på HSS. Tanken har vært at det er lettere å flytte en lege enn mange pasienter. Når det gjelder HSS og øvrige distriktsmedisinske sentre (DMS), er hovedforskjellen etter vår vurdering at HSS er en del av klinikkstrukturen ved Ringerike sykehus, og at det er Ringerike sykehus som drifter både de 10 spesialisthelsetjenestesengene og de 10 interkommunale sengene.

Dette betyr at Ringerike sykehus har behandlingsansvar, det medisinske ansvaret og personalansvar. Alle klinikkene i Vestre Viken/Ringerike sykehus har tjenester på HSS: somatikk, psykiatri, prehospitale tjenester, lab, og røntgen, og eiendom og drift. Man har satset på fjernstyring av CT fra høsten 2019. En geriater med doktorgradstipend har lært opp ambulanspersonellet som legger pasient i CT ved HSS. En radiograf ved Ringerike sykehus fjernstyrer CT-maskinen, samtidig som det kobles opp via telemedisin til vakthavende lege. Samhandlingen mellom HSS, kommunene i Hallingdal, Ringerike sykehus og Vestre Viken er etter vår vurdering et godt eksempel på grep som er tatt for å imøtekomme endringer i oppgaveporteføljen for kommunene som et resultat av samhandlingsreformen. For Hallingdalregionen sin del, var flere kommuner for små til å kunne håndtere nye oppgaver som følge av reformen.

2.2.4 Oslo - Vel hjem. Brukersentrerte tjenester for den multisyke pasienten

2.2.4.1 Resultater av datainnsamlingen

Prosjektet "VEL HJEM - Brukersentrerte tjenester for den multisyke pasienten" ble initiert av samhandlingsavdelingen ved Oslo universitetssykehus i samarbeid med Oslo kommune ved bydelene Bjerke og Østensjø, og Sykehusapotekene HF. Helsehusene Lilleborg og Ryen ble inkludert i løpet av prosjektperioden. Prosjektet er tildelt midler fra samarbeidsutvalget i Hovedstadsområdet. Sluttrapport forelå i juli 2018. Målet har vært å utvikle en samhandlingsmodell for den eldre multisyke pasient, etter en modell som har "integret pasientens stemme" og som systematisk legger dette til grunn i møte med pasienten i sykehus og i samhandlingen om videre behandlings- og omsorgstjenester. Pasienter har i intervju delt sine erfaringer og gitt avgjørende bidrag til prosjektets utvikling. Prosjektet er prioritert i utviklingssenteret for forskningsdrevet innovasjon, OUS, og det er også etablert et samarbeid med forskningsmiljøet ved BI. "Vel hjem" er organisert i matrise ved at Styringsgruppen er sammensatt av ledere for de tjenesteenhetene som er med i prosjektet. Det samme er tilfellet for prosjektgruppen, hvor fagpersoner fra de aktuelle enhetene har hatt jevnlig møter over en periode på 2,5 år. Høsten 2016 startet "Læringsnettverk i helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke" i regi av KS og Folkehelseinstituttet. Oslo universitetssykehus er sammen med blant annet bydel Østensjø en del av dette.

I prosjektet "Vel hjem" så man på hvordan man kan få bedre tilpasset behandling og tjenester for multisyke pasienter ved systematisk tilrettelegging av pasientinvolvering og ved å stille spørsmålet "Hva er viktig for deg". I tillegg ble det valgt ut definerte områder innenfor samhandling hvor det var svakheter i forløpet. Ved systematisk å involvere pasienten og kombinere dette med å kvalitetssikre utsatte tjenesteområder, var hypotesen at det ville resultere i mer og bedre hjemmetid for den enkelte, og at behovet for sykehusinnleggelses ble redusert. Tjenestedesign ble brukt som metodisk tilnærming, og ved bruk av den metoden forsøkte man å se tjenestene med brukerens øyne. Det ble benyttet kvalitative dybdeintervju. Pasientene ble bedt om å fortelle hvordan de opplevde å bli involvert og få medvirke til at tjenestene blir tilpasset egne behov. Samhandlingsutfordringer som ble valgt ut var:

- Koordinering og helhetlig ivaretagelse av den multisyke pasienten inne i sykehuset og i overgangen og samhandlingen mellom sykehus og bydel.
- Fastlegens rolle i samarbeidet omkring denne pasienten.
- Ta i bruk "SAFE" sjekkliste utviklet i prosjektet "Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre"
- Kvalitetssikring av pasientens legemiddelbruk, både pasientens opplevelse og forståelse av legemiddelbruk, og sikre forståelse av legemiddellister etter utskriving fra sykehus.

Disse områdene var konkretisert i 10 tiltak som ble testet ut på 42 prosjektpasienter i en periode på 68 uker:

1. Tverrfaglige funksjonsvurderinger fra sykehuset skulle følge pasienten og sendes hjemmetjenesten.
2. Forbedre struktur for vurderingsbesøk før hjemreise fra sykehus.
3. Kontrolltime hos fastlege innen 1-2 uker, sykehuset bestiller time v/utskriving for pasienter som ikke klarer dette selv.

4. Korrekte, samstemte legemiddellister. Tydeliggjøre fastlegens ansvar for oppdatert legemiddelliste i bruk. Sikre at pasienten forstår sitt legemiddelbruk.
5. Sammendragsepikrise eller utskrivingsnotat m/legemiddelliste sendes fastlegen elektronisk ved utreise.
6. Innføre dialogmeldinger sykehus – fastlege.
7. Benytte SAFE-sjekkliste i hjemmesykepleie.
8. Bruk av PLO-melding mellom fastlege-hjemmetjenesten ved endring av klinisk status og ved endring av legemiddelliste.
9. Faste oppfølgingskontroller hos fastlege i stabil fase. Hemmetjenesten skulle være behjelpelig med å bestille time.
10. Mulighet for å innkalle til "Konferansetime" ved behov for korrigerende underveis i pasientforløpet.

Pasientene som ble inkludert i prosjektet, skulle være bosatt i bydel Østensjø eller bydel Bjerke, være 67 år eller eldre, ha tre eller flere sykdommer som krevde aktiv behandling, seks medisiner eller flere, være hjemmeboende, ha hjemmesykepleie og/eller var i behov av dette ved utreise fra sykehus, ha gitt informert samtykke, samt være tilknyttet medisinsk klinikk: Akutt geriatrisk sengepost eller Generell indremedisinsk avdeling eller ortopedisk klinikk, sengepost, 1, 2 og 3

42 pasienter ble inkludert i "Vel hjem". Man fulgte pasientforløpet til disse pasientene fra de ble lagt inn i sykehuset til de reiste hjem og fikk tjenester fra hemmetjenesten. Noen pasienter hadde man fulgt i over ett år, mens andre kun var fulgt i dager eller måneder. Tiltakene ble iverksatt fortløpende og ble justert og evaluert underveis etter hvert som man opparbeidet erfaring. Man fant det vanskelig å få konkrete tilbakemeldinger på samarbeidet med fastlege i "stabil fase" hjemme.

For pasienter inkludert i prosjektet var gjennomsnittsalder 87,2 år. Pasientene som ble inkludert var som gruppe skrøpeligere enn forventet. Det var 14 som døde underveis. Pasientgruppen samlet hadde et høyt forbruk av både sykehussenger og kommunale senger. Ved å studere reinnleggelser så man at det var pasienter i terminal fase som hadde høyest forbruk av sykehusetid. Dette hadde sammenheng med sykdomsbildet. "Vel hjem" var ikke rettet mot denne pasientgruppen, men mot multisyke eldre som hadde forutsetninger for å mestre og bo i eget hjem.

Man fikk god erfaring med tiltakene gjennomført i sykehus, noe mindre i hemmetjeneste/fastlege. Dette skyldes blant annet et mindre pasientvolum. Ved intervju med 14 av pasientene tre til fem måneder etter at de kom hjem fra sykehus uttrykte alle et ønske om å bo hjemme så lenge som mulig. Alle man intervjuet opplevde å bli lyttet til og mente de fikk den hjelpen de hadde behov for. Påførende var opptatt av nødvendigheten av at fysisk aktivitet og trening ble styrket på et tidlig tidspunkt. De eldre pekte på behov for tilrettelegging i hjemmet og hvor viktig det var å ha muligheter til å fortsette et sosialt liv med venner og familie, da det bidrar til mening i hverdagen. De vektla forhold som tilrettelegging av funksjonelle boforhold, omsorgsbolig, trappeheis, toalettstol, rullestol, bistand slik at de kom til butikkssenteret for kafé besøk med gamle kjente, det å være noe for noen, bety noe fremdeles, samt hverdagsrehabilitering, trene på det de gjerne ville mestre, som å komme seg ut.

De 42 pasientforløpene ga et godt bilde av de skrøpeligste hjemmeboende eldre og deres behov for sykehus- og kommunale tjenester. For fagpersoner både i sykehus og i den kommunale helsetjenesten var bildet som ble avtegnet kjent. Det var for få pasienter og for kort observasjonstid til at man kunne konkludere hvorvidt tiltakene samlet hadde effekt eller ei. Flere av tiltakene er av andre dokumentert å ha effekt hver for seg. Det var en oppfatning i prosjektet at tiltakene hadde bidratt til å heve kvaliteten på tjenesten. Pasientens tilfredshet understøttet dette. En konkluderte med at tiltakene i "Vel hjem" kan utsette og begrense behovet for sykehusopphold og bruk av kommunale døgn-opphold i den siste del av livsløpet for multisyke, hjemmeboende eldre. Dette gjelder for gruppen eldre hvor de helsemessige forutsetningene til å bo hjemme er til stede. Prosjektets anbefaling var å sikre tiltakene i felles prosedyrer og samarbeidsavtaler.

Prosjektet har benyttet tjenstedesign som metodisk tilnærming. Metoden er ikke brukt i sin helhet i prosjektet, men sentrale elementer som brukersentrert tilnærming, samskapning som tilnærming, og en helhetlig

tankegang har vært styrende for prosjektet. I alle faser av prosjektet har de involverte parter deltatt og vært involvert. Ved eksempelvis ide- og innsikt workshop i oppstart av prosjektet og under selve prosjektets gjennomføringsfase ved prosjektgruppe hvor fagfolk fra de aktuelle bydeler, helsehus, sykehusavdeling sammen har drøftet gjennomføring av de ulike tiltak. Det er gjennomført intervju med over 50 % av pasientene, noen mens de var i sykehus, andre etter utreise og noen i tiden hvor de er hjemme og følges opp av bydelens helse- og omsorgstjeneste. Det har både underveis og i etterkant av prosjektet vært stor entusiasme for prosjektet og den systematiske samhandlingen prosjektet la til rette for.

På spørsmål om det var enighet mellom kommunen og sykehus om prosjektet, vises det til at prosjektet var tildelt samhandlingsmidler som forutsetter en deling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenestene av både ansvar for prosjektets gjennomføring og resultat. Styringsgruppen og prosjektgruppen var sammensatt av representanter fra begge parter. Det var stor grad av enighet om hvilke utfordringer som skulle legges til grunn for tiltak, og en samstemt holdning til de tiltak som ble etablert. Noen tiltak bød på større utfordringer for bydel enn sykehus, ved krav om mer ressursbruk, lang reisevei etc., og ved at bydel i forkant for hjemreise fra sykehus skulle komme inn i sykehus for å møte pasient, pårørende og sykehusets kontaktperson for å planlegge en god utreise fra sykehus. Prosjektet hadde budsjett basert på tildelte samhandlingsmidler

Prosjektet startet opp i september 2015 og ble avsluttet sommeren 2018. Alle tiltakene i "Vel hjem" er lagt inn i eksisterende prosedyrer og samarbeidsavtaler som er etablert i prosjektet og ferdigstilt. Det ble høsten 2016 startet opp "Læringsnettverk i helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke" i regi av KS og Folkehelseinstituttet. Oslo universitetssykehus har deltatt i dette læringsnettverket, og da målgruppen i praksis var den samme, er tiltakene fra prosjektet videreført i regi av læringsnettverket og utgjør nå elementer i sjekklister som er etablert i bydeler og i OUS. På denne måten inngår elementene som er testet ut og evaluert i "Vel hjem", i det som på sikt blir "Oslo standarden for helhetlig pasientforløp for eldre og kronisk syke".

I OUS inngår tiltakene fra "Vel hjem" i prosedyre som foreløpig er implementert i Medisinsk klinikk og Klinikk for ortopedi. Prosedyren omfatter flere tiltak enn tiltakene fra "Vel hjem". "Vel hjem" tiltakene sikrer imidlertid selve samhandling ved overgang til kommunehelsetjenesten. I bydel er tiltakene tatt inn i sjekklister i de bydeler som har deltatt i Læringsnettverket. For fastlegen er det etablert en samhandlingsprosedyre mellom allmennlegeutvalget og bydel Østensjø; *Samarbeidsrutine mellom fastleger og hjemmetjenesten i bydel Østensjø*. Det starter nå et arbeid med den videre implementering for de øvrige bydelene, først og fremst i OUS sitt lokalsykehusområde.

Det er foreløpig ikke gjennomført en økonomisk vurdering av kostnader tilknyttet tiltakspakken i "Vel hjem". Det er imidlertid tatt initiativ til en slik gjennomgang overfor økonomiavdelingen ved OUS.

Når det gjelder kvaliteten på tjenesten, er det foretatt en drøfting i sluttrapporten.

Det er planlagt å gjøre en minimetodevurdering av modellen, og det tas derfor forbehold om endring basert på resultat av minimetodevurderingen. Minimetodevurderingen ferdigstilles etter planen i løpet av høsten 2019.

2.2.4.2 Våre vurderinger

Prosjektet ble initiert av Samhandlingsavdelingen ved Oslo universitetssykehus (OUS) i samarbeid med Oslo kommune ved bydelene Bjerke og Østensjø, og Sykehusapotekene HF. Helsehusene Lilleborg og Ryen ble inkludert underveis i prosessen. Prosjektet er tildelt samhandlingsmidler, noe som forutsetter en deling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenestene av både ansvar for gjennomføring og resultat. Målet har vært å utvikle en samhandlingsmodell for den eldre multisyke pasient, en modell som har integrert pasientens stemme og som systematisk legger dette til grunn i møte med pasienten i sykehus og i samhandling om videre behandlings -og omsorgstjenester. Ved systematisk å involvere pasienten, og kombinere dette med å kvalitetssikre utsatte tjenesteområder, har målet vært mer og bedre hjemmetid for den enkelte, og å redusere behovet for sykehusinnleggelse. Prosjektet startet i september 2015 og ble avsluttet sommeren 2018. Alle tiltakene i "Vel hjem" er lagt inn i eksisterende prosedyrer og samarbeidsavtaler som er etablert i prosjektet. Høsten 2016 startet "Læringsnettverk i helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke" i regi av KS og

Folkehelseinstituttet (Læringsnettverket er nærmere beskrevet under punkt 2.2 ovenfor). OUS har deltatt i dette læringsnettverket. Tiltakene fra prosjektet er videreført i regi av læringsnettverket og utgjør nå elementer i sjekklister som er etablert i de involverte bydelene og i OUS. I OUS er prosedyrene foreløpig tatt i bruk i Medisinsk klinikk og Klinikk for ortopedi. I Oslo kommune er tiltakene tatt inn i sjekklister i de bydelene som har deltatt i Læringsnettverket. For fastlegene er det etablert en samhandlingsprosedyre mellom allmennlegeutvalget og bydel Østensjø. Dokumentasjon fra prosjektet viser at sykehuset har god erfaring med tiltakene, mens det er noe mindre god erfaring i hjemmetjenesten og hos fastlegene, noe som trolig skyldes et mindre pasientvolum. Etter vår vurdering har prosjektet vært en læringsprosess for alle involverte, med prøving og feiling, der tiltak har vært iverksatt fortløpende, og justert og evaluert underveis etter hvert som deltakerne har opparbeidet erfaring. Det er foreløpig ikke gjennomført en økonomisk vurdering av kostnader knyttet til tiltakspakken, men det er tatt initiativ til en slik gjennomgang ved økonomiavdelingen ved OUS.

2.2.5 Helse Møre og Romsdal - Framtidsrettet pasientforløp for den eldre multisyke pasient i Møre og Romsdal.

2.2.5.1 Resultater av datainnsamlingen

Arbeidet startet i 2014 med å identifisere felles utfordringer i samhandlingen mellom helseforetaket og kommunene. Fem områder ble identifisert, deriblant pasientforløp for kronisk syke. Etter en workshop i 2015, landet en på satsingen; "Framtidsrettet pasientforløp for den eldre multisyke pasient". En arbeidsgruppe utarbeidet sjekklister, tre i alt; en for helseforetaket og to for kommunene. Mandat for prosjektet var:

- Utvikle pasientforløp for den eldre multisyke pasient.
- Peke på områder som krever særskilt tilpassing for å kunne fungere i alle kommunene i fylket.
- Identifisere områder med særlig potensiale for utvikling, innovasjon og forskning.
- Lage en plan for implementering av det nye pasientforløpet.

Målene med prosjektet har vært å flytte oppmerksomheten fra "hva er i veien med deg" til "hva er viktig for deg", for å styrke brukerrollen og bidra til likeverd og egenmestring hos pasient/bruker. Man ville styrke oppmerksomheten mot det som fremmer bedre helse, at kommuner og helseforetak arbeider systematisk sammen, og oppfølging av pasientforløpene ved hjelp av standardiserte målepunkter.

Pasientgruppa er den eldre kronisk syke pasient som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester på ulikt nivå. Den eldre multisyke pasient er slik definert i prosjektet: Den eldre multisyke pasient har flere kronisk somatiske og/eller psykiske sykdommer. Disse kan påvirke hverandre og det generelle funksjonsnivå og føre til økt risiko for komplikasjoner som t.d. polyfarmasi, delir, fall, immobilisering, underernæring og økt hospitalisering. Kontakt med helsetjenesten for disse pasientene skjer gjerne ved akutt sykdom/funksjonstap. Multisyke eldre pasienter har behov for tverrfaglig og funksjonsrettet tilnærming.

Utsagn om erfaringer med forløpsarbeidet har vært:

- Bedre dialog mellom kommune og sykehus – økt fellesskap og bedre samhandlingsklima.
- Mye bevisstgjøring og bruk av "Hva er viktig for deg" samtalen.
- Utvikling av felles kompetanse som bruk av digitale tavler
- Mer bruk av og bedre kunnskap om palliativ plan for flere pasientgrupper.
- Riktigere sykepleiedokumentasjon.
- Lettere for pasienten å få hjelp på riktig omsorgsnivå.
- Tenker mer helhetlig, overførbart til ortogeriatri⁶.
- Bedre kvalitet for den enkelte pasient.
- Erfarer større grad av felles ansvar.

⁶ <https://tidsskriftet.no/2015/03/kommentar-og-debatt/hvorfor-ortogeriatri>

- Flere "riktige" pasienter er lagt inn til rett tid.
- Satsingen handler aller mest om holdninger.

I tillegg har det kommet fram behov for sterkere lederforankring, samstemming av faglig språk og verdier i pasientsikkerhetsprogrammet, kontinuerlig arbeid med kvalitet i sykepleiedokumentasjon, og behovet for innspill om standardisering i sykepleiedokumentasjon ved forberedelse til Helseplattformen.

Satsinga har mottoet: "Frå symptom til heilskap" og dette effekt målet:

Den multisjuka eldre pasienten skal få kvalitativt gode og likeverdige helsetenester i Møre og Romsdal med fokus på pasienten sine behov og ressursar. Det er eit mål at pasienten skal kunne oppleve meistring, tryggleik og eigarskap til eiga behandling og oppfølging.

To mål har særlig oppmerksomhet:

- *"Kva er viktig for deg? – samtalen" blir gjennomført i møte med pasientar på alle tenestnivå.*
- *Dempe behovet for innlegging/reinnlegging i sjukehus*

Disse tiltakene er særlig løftet fram:

- 1) Sikre trygg overgang mellom tjenestnivå der mobilisering og rehabilitering inngår i forløpet.
- 2) Ta i bruk felles verktøy som sjekklister og screeninger som sikrer systematikk og struktur i oppfølgingen av pasientene i målgruppa. Pasientene skal ha samstemte medikamentlister, være vurderte for fallrisiko, vurderte for kognitiv funksjon og sikret god ernæring.
- 3) Relevant faglig kompetanse i forhold til den eldre multisjuka pasient må styrkes i helseforetaket og kommunene.
- 4) Arbeide for at det blir med brukerrepresentant i forbedringsteamene.
- 5) Øke bruk av KØH/ØHD som alternativ til innlegging i sykehus.
- 6) Ingen utskrivingsklare pasienter i sykehusene fra 2020.

Det var stor entusiasme og enighet om satsinga både i kommunene og i helseforetaket. Satsinga ble etter søknad en del av det nasjonale læringsnettverket "Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke" i regi av KS og Folkehelseinstituttet. I læringsnettverket har man tverrfaglige forbedringsteam ved de fire sykehusene og i 31 av fylkets 35 kommuner vært en sentral drivkraft for å kunne gjennomføre satsinga slik det ble planlagt. Erfaringene er at det kan være mer krevende å gjennomføre nødvendige endringer i helseforetaket sammenlignet med kommunene. Sykehusene er komplekse organisasjoner med mange ulike fokusområder. Endringer tar tid.

Når det gjelder kostnadsramme for prosjektet, vises det til at prosjektet i hovedsak har vært drevet av stort engasjement og entusiasmen. Stillingen som prosjektleder har vært 100% finansiert av helseforetaket. Helseforetaket har etter søknad til Helse Midt – Norge RHF mottatt kr 300 000 årlig i årene 2017, 2018 og 2019, totalt kr 900 000. Disse midlene har i hovedsak vært benyttet til å delfinansiere en prosjektmedarbeider i 20% stilling, i tillegg til å finansiere deltaking i læringsnettverket for tilsatte i sykehus. Kommunen har i hovedsak finansiert sin deltaking i læringsnettverk gjennom egne budsjettmidler. Noen kommuner har søkt om tilskudd fra Fylkesmannen i Møre og Romsdal

Prosjektet er i sitt tredje virkeår i 2019. Det ble brukt to år (2015 og 2016) på å forberede iverksetting av pasientforløp for den eldre multisjuka pasient. Det arbeides med å integrere prosjektet i daglig drift. Læringsnettverket hadde sin siste samling 25. september i 2019. Kommunene er kommet ulikt langt i sitt arbeid. Arbeidet fortsetter etter at læringsnettverket er avsluttet. Det tar noen år å gjennomføre de endringer en ønsker å oppnå i denne sammenhengen.

På spørsmål om hvordan prosjektet har påvirket driftskostnader og kvaliteten på tjenestene som ytes, pekes det på at dette er vanskelig å svare på. En kan mellom annet registrere at det blir arbeidet mer systematisk i oppfølgingen av den eldre multisjuka pasient, især i kommunene. Det er allikevel for tidlig å si noe konkret om

resultatet av satsinga utover at en kan registrere en reduksjon i antall innleggelser/reinnleggelser blant de aller eldste innbyggerne i fylket.

Det er ikke gjennomført en formel evaluering. Det er gjennomført enkle kartlegginger der de mest tydelige erfaringene kan oppsummeres slik:

- Arbeidet i samme læringsnettverk, sykehus og kommune, har utviklet et enda bedre faglig samarbeid og samhandling.
- Det er større oppmerksomhet mot systematikk i arbeidet med kvalitetsforbedring både i sykehusene og i kommunene.
- En ser i større grad felles utfordringer og oppgaver for å oppnå forbedringer for pasienten. (Mindre grad av "pekelek")
- En ønsker større involvering av legesiden.

2.2.5.2 Våre vurderinger

Arbeidet startet i 2014. Målet med prosjektet har vært å flytte oppmerksomheten fra "hva er i veien med deg" til "hva er viktig for deg" for å styrke brukerrollen og bidra til likeverd og egenmestring hos pasient/bruker. Perspektivet sammenfaller med det vi har omtalt ovenfor når det gjelder Vel hjem-prosjektet i Oslo. Pasientgruppa i begge prosjektene er den eldre kronisk syke pasient som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester på ulikt nivå. Ideen i Helse Møre og Romsdal har vært å styrke oppmerksomheten mot det som fremmer bedre helse, at kommuner og helseforetak samarbeider systematisk, og at pasientforløp følges opp ved hjelp av standardiserte målepunkter. Av det vi leser ut av tilgjengelig dokumentasjon, er søkelyset rettet mot å sikre trygg overgang mellom tjenestenivåene, der mobilisering og rehabilitering inngår i forløpet, samt ta i bruk felles verktøy, som sjekklister og screeninger, for å sikre systematikk og struktur i oppfølgingen av pasientene i målgruppa. Videre har man satt søkelys på samstemte medikamentlister, vurdering av fallrisiko, vurdering av kognitiv funksjon, sikring av god ernæring, styrking av relevant faglig kompetanse i oppfølgingen av den eldre multisyke pasient både i helseforetaket og kommunene, og arbeide for å øke brukerrepresentasjonen i forbedringsteamene. Prosjektet er en del av det nasjonale læringsnettverket "Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke" i regi av KS og Folkehelseinstituttet. Vår vurdering er at deltakelse i læringsnettverket har vært viktig for å kunne gjennomføre satsingen slik det var planlagt. Videre har det, ut fra vår vurdering, vært stor entusiasme og enighet om satsinga både i kommunene og i helseforetakene. Erfaringen er at det kan være mer krevende å gjennomføre endringer i helseforetaket enn i kommunene. Sykehus er komplekse organisasjoner med mange ulike fagområder, og endringer tar tid. Prosjektet virker å ha hatt godt grep om disse utfordringene. Prosjektet er i sitt tredje virkeår i 2019. Det tok to år (2015 og 2016) å forberede iverksetting av pasientforløp for den eldre multisyke pasient. Det arbeides nå med å integrere prosjektet i daglig drift. Vår datainnsamling viser at det pr i dag ikke kan dokumenteres noen effekt på driftskostnader og kvaliteten på tjenestene som ytes, men våre informanter mener å ha registrert at det arbeides mer systematisk i oppfølgingen av den eldre multisyke pasient, især i kommunene.

2.2.6 Flexible Assertive Community Treatment (FACT) i Innlandet

2.2.6.1 Resultater av datainnsamlingen

FACT er utviklet i Nederland som en mer fleksibel utgave av aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT), et amerikansk behandlingstilbud etablert på 1970-tallet. ACT/FACT er en behandlingsmodell for mennesker med både psykisk lidelse og rusproblemer som trenger omfattende bistand på flere livsområder, for eksempel bolig, økonomi, fritid, rusmisbruk og psykisk helse.

Prosjektet "FACT i Innlandet" eies av Sykehuset Innlandet, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rus og psykisk lidelse, og kommunene i regionene.

Målsettingen er at FACT-teamene skal styrke personens mestringsevne, bidra til bedre livskvalitet og gi færre og kortere innleggelses i psykisk helsevern. FACT i innlandet prøves ut i områder med lite befolkningsgrunnlag, og følges også av mye forskning. Prosjektet *Flexible Assertive Community Treatment (FACT) – hvordan adaptere og implementere modellen i Norske kontekster?* er et stort innovativt forskningsprosjekt med flere nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere. Blant annet Nasjonalt senter for e-helseforskning. En av arbeidspakkene omhandler forskning på det å ta i bruk digitale samhandlingsverktøy innad i FACT-team og mellom FACT-team og pasienter. Overordnet mål med prosjektet er å se på potensialet for å adaptere og implementere FACT-modellen i en norsk kontekst, og hvorvidt den bidrar til integrerte og helhetlige tjenester for personer med alvorlig psykisk sykdom og avhengighetslidelser.

Prosjektet finansieres av HELSEVEL programmet i NFR som har tildelt 15 millioner kroner for å undersøke hvordan FACT-team kan tilpasses og implementeres i Norge.

I et intervju presentert på nettsidene til Sykehuset Innlandet (publisert 23.11.2018), viser prosjektleder og forskningsleder Anne Landheim⁷ ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet, til at dette er en brukergruppe som ikke har blitt godt nok ivare tatt i det vanlige behandlingsapparatet. Det er mennesker med store og sammensatte behov som trenger helhetlige og koordinerte tjenester. Det vanlige er at de må forholde seg til mange ulike instanser, noe som ville vært krevende for de aller fleste og som er særlig vanskelig for denne utsatte gruppen, utdyper hun. Derfor har det vært et tydelig ønske fra norske helsemyndigheter om å prøve ut nye måter å arbeide på. Det siste tiåret har samhandlingsmodellene ACT og FACT blitt etablert flere steder i landet. NKROP sto bak den nasjonale evalueringen av ACT-team i Norge, som viste at blant brukere i ACT-team ble antall døgnopphold og døgnopphold med tvang i psykisk helsevern halvert i løpet av to år. Foreløpig vet man mindre om nytteverdien av FACT-team, og det er nettopp slike kunnskapshull Landheim og hennes kollegaer håper det nye forskningsprosjektet vil bidra til å tette.

I prosjektet ser man blant annet på om brukerne får koordinerte og integrerte tjenester og om de er fornøyde med behandlingen og oppfølgingen de får fra teamet. Kjernen i FACT-modellen er at teamene skal jobbe oppsøkende. Det vil si at de skal møte brukeren der han eller hun er, ikke på teamets kontor. I tillegg er det et krav at FACT-teamene er tverrfaglig sammensatt med blant annet psykolog, psykiater, sykepleier, sosionom, russpesialist og medarbeider med brukererfaring. Sammen skal teamet kunne hjelpe brukerne med alt de har behov for, enten det er økonomi eller bolig, psykisk lidelse eller somatiske plager. Målsettingen er at FACT-teamene skal styrke personens mestringsevne, bidra til bedre livskvalitet og gi færre og kortere innleggelses i psykisk helsevern.

FACT er utviklet for urbane strøk. Når Landheim og hennes kollegaer skal undersøke hvordan FACT kan tilpasses og implementeres i Norge, skal de blant annet se på hvordan modellen kan justeres til mer grågrindte områder med store avstander. Bruk av digitale verktøy kan være en løsning for å sikre tett daglig kontakt både mellom de ansatte i teamet og mellom ansatte og brukere. Ellen Henriette Pettersen, direktør for medisin og helsefag i Sykehuset Innlandet, peker på at man ønsker å flytte behandling ut av kontorer og institusjoner til der brukeren bor eller oppholder seg og har det som konkret mål i virksomhetsplanen.

Sykehuset Innlandet opprettet et FACT-team i Oppland i mars 2018 og planlegger å opprette flere. Forskningsdirektør Ingeborg Hartz mener midlene er en bekreftelse på et ønske om å fortsette et langvarig arbeid for å utvikle robuste forskningsmiljø i Sykehuset Innlandet. Prosjektet skal løpe fra 2019 til 2022, og det skal lyses ut tre stillinger som ph.d.-stipendiat og én stilling som postdoktor.

⁷ Kontaktperson: Anne Landheim, prosjektleder (anne.landheim@sykehuset-innlandet.no)
<https://sykehuset-innlandet.no/om-oss-si/aktuelt/nyheter/15-millioner-til-forskning-pa-fact>

2.2.6.2 Våre vurderinger

Prosjektet (2018-2022) eies av Sykehuset Innlandet, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rus og psykisk lidelse (NKROP) og kommunene i regionene. Målsettingen er at FACT-teamene skal styrke personens mestringsevne, bidra til bedre livskvalitet og gi færre og kortere innleggelse i psykisk helsevern. Overordnet mål er å se på muligheten for å ta i bruk FACT-modellen i en norsk kontekst, og hvorvidt modellen bidrar til integrerte og helhetlige tjenester for personer med alvorlig psykisk sykdom og avhengighetslidelser. I prosjektet ser man blant annet på om brukerne får koordinerte og integrerte tjenester, og om de er fornøyd med behandlingen og oppfølgingen de får fra teamet. Teamene skal jobbe oppsøkende, det vil si at de skal møte brukeren der han eller hun befinner seg, ikke på teamets kontor. I tillegg er det et krav at FACT-teamene er tverrfaglig sammensatt med blant annet psykolog, psykiater, sykepleier, sosionom, russpesialist og medarbeider med brukererfaring. Prosjektet er i en tidlig fase, men er etter vår vurdering godt forankret i ledelse og fagmiljøer, og har god finansiering gjennom HELSEVEL i NFR. Videre følges prosjektet opp av et forskningsmiljø i Sykehuset Innlandet, blant annet for å skaffe kunnskap om effekt og nytteverdi av FACT-team.

2.2.7 Helse Fonna - Samhandlingsprosjektet Barn og unges helsetjeneste

2.2.7.1 Resultater av datainnsamlingen

Regjeringens strategiplan for god psykisk helse "Mestre hele livet" slår fast at hovedutfordringen med tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske helseplager er å bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. BUPene i Helse Fonna har over tid hatt tett samarbeid med kommuner, blant annet gjennom veiledning, kompetansehevingstiltak og fagutviklingsprosjekter. I samhandlingen har det framkommet et felles behov for en tydeliggjøring av hvem som gjør hva og når i psykisk helsearbeid for barn og unge. Ledelsen ved BUPene i Helse Fonna tok derfor i 2015 initiativ til samhandlingsprosjektet "Barn og unges helsetjeneste" der målet var å jobbe med samhandlingsforløp på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste. Med prosjektet ville en sikre sammenhengende helsetjenester mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for barn og unge med psykiske helseplager i Helse Fonna ("rett behandling - på rett sted - til rett tid"). Videre, utforme og implementere samhandlingsforløp i samsvar med nasjonale retningslinjer, med lokal tilpasning og brukermedvirkning i forhold til de sju strategisk utvalgte tilstandsbilder (se nedenfor). I prosjektet inngikk å utrede og prøve ut et bedre digitalt system for samhandlingsforløpene

Målet med samhandlingsforløpene er å sikre sammenhengende helsetjenester for barn og unge med psykiske helseplager i hele regionen. Samhandlingsforløpene er utviklet i samarbeid mellom brukere, ansatte i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Alle 19 kommuner i foretakets opptaksområde har vært involvert i prosjektet. Samhandlingsforløpene beskriver aktuelle tiltak fra første bekymring for barnet, til det er iverksatt tiltak av kommunale instanser til gjennomført behandling i spesialisthelsetjenesten. I Helse Fonna området er det utviklet syv samhandlingsforløp for barn og unge som nå blir implementert i kommuner og foretak. De syv tilstandsbildene er

1. bekymring for barn 0-3 år
2. bekymring og angstplager
3. tristhet og depresjon
4. uro og oppmerksomhetsvansker
5. spiseforstyrrelser
6. vold, overgrep og omsorgssvikt
7. autismespektervansker.

Det er samtidig laget enkel informasjon til pasient og pårørende om tilstandsbildene og hvordan man skal gå fram for å få hjelp. All informasjon er publisert på Helse Fonna sin nettside og mange kommuner har link til denne siden på sine nettsider.

Regjeringen sin nye strategiplan for god psykisk helse, "Mestre hele livet", slår fast at hovedutfordringen for tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske helseplager er å bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I Helse Fonna området er det utviklet syv samhandlingsforløp for barn og unge som nå blir implementert i kommuner og foretak.

Målet med samhandlingsforløpene er å sikre sammenhengende helsetjenester for barn og unge med psykiske helseplager i hele regionen. Samhandlingsforløpene beskriver aktuelle tiltak fra første bekymring for barnet, til det er iverksatt tiltak i kommunale tjenester til gjennomført behandling i spesialisthelsetjenesten.

Prosjektet er et eksempel på at en med bred involvering fra både brukere av tjenestene og alle relevante tjenester i kommuner og spesialisthelsetjeneste har samhandlet om utvikling av tverrsektorielle helsetjenesteforløp. Prosjektet har høstet stor oppmerksomhet både lokalt, regionalt og nasjonalt og har blitt presentert på flere nasjonale konferanser. Samhandlingsforløpene bygger videre på pakkeforløpene for barn og unges psykiske helse og beskriver disse som en integrert del av et helhetlig forløp på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste. Arbeidet bygger på og utfyller satsingen på Bedre Tverrfaglig Innsats (Stafettlogg) i regionen. Sammen bidrar dette til helhetlig og koordinert innsats rundt barn og unge med psykiske helseplager. I Helse Fonna varte prosjektperioden fra 2016-2018. Både kommuner og spesialisthelsetjeneste rapporterer om at forløpene har ført til endringer i samhandling, at roller og ansvarsområder er blitt tydeligere og at det gir mer effektive forløp for barn og unge. Det er tatt ut nullpunktmålinger, men man forventer at det vil ta tid før man ser effekt av tiltakene, blant annet på redusert avslagsprosent i BUP og økt brukertilfredshet. Det er satt av 5 år til implementering i Helse Fonna regionen. Prosjektet har hatt forankring i toppledelsen i kommuner og foretak og i alle relevante interkommunale fora/ledernetverk.

I 2019 har Helse Vest gitt de tre andre foretakene – Helse Førde, Helse Bergen og Helse Stavanger i oppdrag å utvikle tilsvarende samhandlingsforløp for barn og unge. Det er tildelt midler fra Helse Vest til arbeidet i foretakene og satt av en prosjektperiode på 3 år. Prosjektgruppen fra Helse Fonna har en sentral rolle i implementeringsarbeidet som ressurspersoner og veiledere for de andre foretakene. Samhandlingsforløpene som er utviklet i Helse Fonna blir nå implementert i alle fire foretak og samarbeidskommuner i hele regionen. Prosjektets oppmerksomhet om helhetlige forløp på tvers er i tråd med nye nasjonale føringer og ny nasjonal sykehusplan som lanseres 2019 og vil vektlegge partnerskap mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.⁸

Prosjektet har vært organisert med en prosjektleder og delprosjektleder, styringsgruppe bestående av representanter fra både kommune, spesialisthelsetjeneste og brukere, og en referansegruppe med Fagnettverk barn og unge i Helse Fonna som representerer alle tjenester for barn og unge i foretaket.

Finansiering og kostnadsramme:

- 2016: 600.000 Samhandlingsmidler Helse Vest til utvikling av 5 samhandlingsforløp
- 2018: 390.000 Innovasjonsmidler Helse Vest til utvikling av 2 samhandlingsforløp samt pilotering av utvidelse av forløpene
- 2020: 600.000 Innovasjonsmidler Helse Vest til utredning og lage en enkel prototype av et digitalt system som skal bedre samhandlingen mellom tjenester.

På oppdrag fra Helse Vest implementeres samhandlingsforløp for barn og unge i hele regionen. Det er etablert en regional implementeringsgruppe med representant fra alle 4 foretak i regionen og Helse Vest Regionale helseforetak. Samhandlingsforløpene er under implementering i Helse Stavanger og deres 18 kommuner. I Helse Bergen har man etablert 2 delprosjekter på Øyane og Voss. I BUP Førde er det planlagt implementering i alle 18 kommuner i løpet av 2020.⁹

Våre informanter mener prosjektet har ført til bedre samhandling og relasjoner på tvers av tjenester, og redusert avslagsprosent i BUPene til Fonna. BUP har gjennomført reorganisering for å legge til rette for tettere

⁸ <https://helse-fonna.no/barn-og-unges-helseteneste> <https://helse-fonna.no/nyheiter/forlop-gir-betre-hjelp-til-barn-og-unge>

⁹ <https://helse-vest.no/nyheiter/nyheiter-2018/dei-byggjer-eit-lag-av-hjelparar>

samhandling og dialog. Kommunene har gjennom implementeringsfasen jobbet med å tydeliggjøre og avklare det psykiske helsetilbudet i kommunen

2.2.7.2 Våre vurderinger

Målet med samhandlingsforløpene er å sikre sammenhengende helsetjenester for barn og unge med psykiske helseplager. Samhandlingsforløpene er utviklet i samarbeid mellom brukere (barn, unge og pårørende), ansatte i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Alle 19 kommuner i foretakets opptaksområde har deltatt i prosjektet. Det er utviklet syv samhandlingsforløp for barn og unge som nå blir implementert i kommunene og foretaket. Prosjektet er ett av få nasjonale prosjekt der både brukere av tjenestene og alle relevante tjenester i kommuner og spesialisthelsetjeneste har samhandlet om utvikling av tverrsektorielle helsetjenesteforløp. Prosjektet har høstet stor oppmerksomhet både lokalt, regionalt og nasjonalt, og er presentert på flere nasjonale konferanser, blant annet årets Helsekonferanse i regi av Helse- og omsorgsdepartementet. Etter vår vurdering er ideen i prosjektet godt forankret i erfaringer fra praksisfeltet. Samarbeidet mellom BUP-ene og kommunene har avdekket et felles behov om å tydeliggjøre hvem som gjør hva og når i psykisk helsearbeid for barn og unge. I dette, som i andre prosjekter vi har presentert i vår rapport, er helhetlig og sammenhengende pasientforløp sentrale stikkord. Etter vår vurdering er prosjektet godt forankret i både kommunene, spesialisthelsetjenesten og hos brukerne. Videre er det en styrke at man har hatt en implementeringsplan helt fra starten av prosjektet, samt en plan for informasjonsspredning. Erfaringene er gode, og samhandlingsforløpet skal implementeres i hele regionen, på oppdrag fra Helse Vest.

2.2.8 Stavanger - prosedyrer for oppgavedeling mellom fastleger og sykehusleger¹⁰

2.2.8.1 Resultater av datainnsamlingen

I intervjuet ble det vist til at utgangspunktet for satsingen var fastlegeopprøret i Trøndelag. Ledelsen for trønderopprøret var på besøk i Stavanger hvor det ble holdt et åpent allmøte for allmennlegene i 2017. Over 100 allmennleger var til stede. Det ble bestemt at man ville lage et skriv til administrerende direktør ved Stavanger Universitetssykehus (SUS) med krav om at noe måtte skje, situasjonen var for dårlig i allmennpraksisen. Allmennlegene ville ikke at sykehuset stadig sendte nye oppgaver til fastlegene, uten noen struktur og samarbeid om dette. Arbeidspresset var for stort allerede. Det ble presisert at dersom SUS ikke tok denne meldingen på alvor, ville allmennlegene begynne å skyve oppgaver den andre veien, og legge inn flere pasienter på sykehuset for å lette sin egen arbeidssituasjon. Dette ville de begynne med høsten 2018 dersom ikke noe ble gjort, hvis ikke sykehuset bidro med en substansiell forbedring i løpet av våren 2018.

Meldingen ble tatt på alvor av direktøren og tatt opp med samhandlingsseksjonen ved sykehuset. Det ble etablert et utvalg, hvor sykehusleger og allmennleger var representert. Leder i allmennlegeforeningen fikk i oppgave å lede utvalget. Utvalget tok utgangspunkt i en samarbeidsplan utarbeidet i Østfold, og laget prosedyrer for oppgavedeling mellom fastleger og sykehusleger (PROFS) i Stavanger. Erfaringen så langt er at PROFS har hatt stor betydning for samarbeidet. Mye av det som står i PROFS er så selvfølgelig at det nok ikke hadde trengt å bli satt ned på papiret, men at det ble skrevet ned og godkjent av ledergruppa betyr at prosedyrene har fått ryggdekning og kan brukes overfor leger som bryter dem.

Det som er nytt med PROFS i forhold til andre prosedyrer, er at man hang på en avvikshåndtering i prosedyrebeskrivelsen. Hvis prosedyrene ikke ble fulgt opp og legen i allmennpraksis eller internt på sykehuset var uenige om hvordan ting skulle gjøres, så kunne det gå avviksmelding til samhandlingslegen. Det betyr at sykehuslegene også har fått en kanal til å ta opp utfordringer de har med fastlegene.

Samhandlingsseksjonen har fått en del klager både fra fastleger om sykehusleger, og motsatt. Høsten 2018 hadde man vel 15 klager fra fastlegene pr. uke. Høsten 2019 er man nede i 0-2 pr. uke. Det er stor bredde i

¹⁰ Prosedyren følger i sin helhet i Vedlegg 1 i denne rapporten

avvikene. Noen handler om selvfølgeligheter. Eksempelvis; en pasient har vært på poliklinikk og i epikrisen tilbake til fastlegen skriver sykehuslegen at denne pasienten trenger sykmelding og ber fastlegen ordne dette. Dette er en rød klut og gjør fastlegene "fly forbanna - vi vil ikke være sekretærer for sykehuslegene". Da dette kom opp, ble det diskutert med den aktuelle avdelingen på SUS. Det viste seg at legegruppen på den avdelingen hadde fått det for seg av hvis de skrev sykemeldingen så risikerte de å bli innkalt til møter i NAV, hvis pasienten ble sykmeldt lenge (dialogmøter). Derfor ville de overlate sykmeldingen til fastlegen, slik at det var fastlegen som ble innkalt av NAV. Det ble sjekket med NAV, og ifølge dem, hendte det aldri at sykehusleger ble innkalt til dialogmøter for oppfølging av sykmeldinger. Det eneste NAV bruker sykehuslegene til, er å gi en spesialisterklæring. Dette ble meldt tilbake til avdelingen, og etter dette har de vært lojale overfor PROFS. Nå har man den praksisen at hvis man har en pasient som går til behandling over lang tid på sykehuset (eksempelvis mer enn seks måneder), så kan fastlegen overta sykmeldingen dersom man er enige om at dette er mest praktisk. Hvis dette ikke er det mest hensiktsmessige for pasienten, skal sykehuset fortsatt sykmelde. Som det ble uttrykt i intervjuet "Det er pasientperspektivet som skal gjelde, ikke hva slags sekretærhjelp sykehuslegen måtte ønske seg fra fastlegen". Slike saker var det en god del av i starten.

Det har vært en stor forbedring knyttet til hva som skal skje etter utskrivning og videre oppfølging, tydelighet i hva fastlegene skal gjøre, og ikke som tidligere, "gjemt inni en lang prosatekst". Man har fått laget en epikrisemal hvor det står "*Videre oppfølging (stryk det som ikke passer;...) – Fastlegen bes følge opp følgende:... Sykehuslegen bes følge opp følgende, eller; denne pasienten trenger ikke videre oppfølging*". Dette har gjort det enklere for fastlegene med hensyn til hva de skal gjøre videre. Det man også har fått til i denne loopen, er at hvis det er noe fastlegen skal følge opp, så skal det gis tydelig beskjed til pasienten om eksempelvis; "du bør få tatt nytt røntgen om 6 måneder". Man ber da pasienten ta kontakt med fastlegen sin når det har gått fem måneder for at røntgen kan bli bestilt. Pasienten gis med dette et ansvar for at dette blir fulgt opp overfor fastlege. Fastlegene driver ikke med innkalling, noe man gjør på sykehuset. Derfor må pasienten passe på dette overfor fastlegen. Man har fått mange positive tilbakemeldinger fra pasientene om at de føler seg mye mer involvert, i og med at de skal følge opp overfor fastlegen. Pasienter skifter fastlege av og til, og da risikerer man at mye viktig informasjon om oppfølgingen forsvinner dersom oppfølgingsansvaret legges til fastlegen.

Så har det vært en del saker knyttet til pasientreiser (drosje til/fra behandling) – "en plagsom tjeneste" – "ingen allmennleger er utdannet til å drive reisebyrå". Her har man måttet ta for seg fastlegene og sagt at man skjønner at dette er noe de ikke liker å gjøre, men at det er en oppgave de har. Det er fastlegen som kjenner pasienten best, og som har grunnlag for å vurdere behov for pasientreise.

Legemidler er også et område hvor det er utfordringer. Man har gjennomført et forsøk hvor tre fastleger og to leger ved SUS har sittet på hvert sitt kontor med hvert sitt dataprogram, brukt sine egne navn som pasienter, "og lekte seg med resepsystemet". Dette forsøket bekreftet at systemet ikke fungerer; når sykehuslegene prøvde å rydde, så var det fortsatt uryddig hos fastlegene. Selv om fastlegene ryddet i sine systemer, fikk ikke sykehuslegene fram opplysningene på en god måte. Systemene kommuniserte dårlig. Mye av rotet i resepsystemet skyldes rotet i måten de ulike systemene samarbeider på. Dette er tatt opp med e-helsedirektoratet, som viser til at leverandørene ikke følger opp. Her er det mye ugjørt. Selv om man ikke har funnet noen løsning på dette, er man nå klar over situasjonen og er kjent med at feil og rot kan forekomme.

PROFS er rettet både mot henvisninger og utskrivninger. Sykehuslegene har i liten grad tatt opp dårlige henvisninger, men man har fått mange avviksmeldinger fra skadepoliklinikken der fastlege eller legevakslege har henvist til skadepoliklinikken. Dette var saker som burde vært henvist til ortopedisk poliklinikk. Saker som ikke har hast. Det ble også vist til henvisninger til skadepoliklinikken etter røntgen, selv når det ikke var funn, ikke var brudd. Det skal være lov å be om en klinisk vurdering dersom det er mistanke om noe galt som ikke vises på røntgen, men da skal det stå eksplisitt hvorfor man fra røntgen ber om en klinisk vurdering ved skadepoliklinikken.

Fortsatt er det slik at det blant annet ved poliklinikken ikke er godt nok innarbeidet at de kan bruke samhandlingslegen som avvikshåndterer. Erfaringen er at når samhandlingslegen endelig får meldt inn et avvik, viser det seg at dette har vært en gjenganger, men først etter gjentagende gale henvisninger tas det

kontakt med samhandlingslegen. Han opplever at terskelen blant sykehuslegene for å melde avvik knyttet til henvisningene er ganske høy. Dette kan skyldes innføringen av dialogmeldinger for noen år siden, som er et verktøy for forenklet kontakt mellom sykehus og fastlege.

Spørsmål om hva som skal regnes som utskrivingsklare pasienter inngår ikke i PROFS. Man opplever sjelden en utfordring mellom sykehus og fastlegen. Det er i mye større grad en utfordring mellom sykehus og kommunen. Man opplever sjelden at det er uenighet, bortsett fra i psykiatrien "hvor det er helt kaos enda". Man har på SUS noe mer enn 100 utskrivinger pr dag og de fleste involverer ingen andre ved utskriving. De fleste pasientene skal hjem uten behov for kommunal oppfølging. Blant de som trenger oppfølging, opplever man meget sjelden at man er saklig uenige om pasienten er utskrivingsklar. Kommunene har akseptert at det er sykehuslegen som på medisinsk grunnlag tar beslutningen om pasienten er klar for utskriving. Samtidig har samhandlingslegen "tatt på seg kommunehatten" og sagt til de som jobber på sykehuset at når en pasient er utskrivingsklar, så er det kommunen som har beslutningsmyndighet over hva som skal skje, med hensyn til hvilken oppfølging som skal gis. Dette har ikke sykehuset noe med. Der en ser en utfordring er i situasjoner der pasienten er utskrivingsklar fra sykehuset, men hvor kommunen ikke har kapasitet til å ta imot pasienten og hvor kommunen derfor må betale for videre opphold på sykehuset.

Samhandlingsenheten består av leder, lege og sykepleier og man har erfart, "at sykepleier snakker best med sykepleier og lege best med lege. Dette er den beste arbeidsdelingen. Og er det en utfordring på ledernivå, så tar vår leder den saken". Som regel er man enige i samhandlingsenheten. Men man deler likevel på å behandle de ulike henvendelsene som enheten mottar, "for at dette med profesjon ikke skal bli en forstyrrende faktor i kommunikasjonen".

Ansvarsområdet for SUS har 15 kommuner og ca. 370 000 innbyggere, med ett sykehus, og ca. 300 fastleger. Man har dermed en unik mulighet til å bli gode på samhandling. I andre deler av landet har man flere kommuner og flere sykehus, uten så klare grenser. Disse står overfor klart flere utfordringer enn SUS.

Det var planen at man skulle hatt en erfaringsoppsummering som grunnlag for eventuelle justeringer underveis, men det har ikke skjedd. Samtidig har man så få problemer med prosedyren, at man ikke har sett behovet for å gjøre endringer.

I arbeidet med PROFS tok man utgangspunkt i samarbeidet mellom sykehus og fastlegene innen somatikken. Når det gjelder PROFS og psykiatrien, peker vår informant på at man på dette fagområdet ser mange utfordringer (bl.a. vurderinger av når en pasient anses som utskrivingsklar). Samhandlingsenheten har gjort seg tanker om, på sikt, å innarbeide et eget tillegg i PROFS for psykiatrien for å bedre samarbeidet mellom psykiatrisk avdeling og kommunene. Pr i dag har man ikke svar på hvordan dette skal håndteres.

PROFS er ikke et prosjekt i vanlig forstand, men utvikling av en prosedyre for hvordan man samarbeider. Det fungerer som driftsstøtte for å ivareta avvik. Derfor har det ikke vært noen følgeforskning og ingen dataregistrering i perioden PROFS har vært virksom. Man har laget ganske enkle oppfølgningssystemer. De avvikene som har en noe mer substansiell læringsverdi, legges inn i Synergi, og sendes til den aktuelle avdelingen. De fleste avvikene tar man med den enkelte lege og poenget er "å gjøre ting så enkelt som mulig".

2.2.8.2 Våre vurderinger

Arbeidet med prosedyrer for oppgavedeling mellom fastleger og sykehusleger (PROFS) har hentet inspirasjon både fra Trøndelag og Østfold. I PROFS har man utviklet prosedyrer for samarbeid mellom sykehus og fastleger, og verktøyet er en driftsstøtte for å håndtere avvik. Tilbakemeldingene både fra sykehus og fastlegger, er at PROFS har vært et godt og nyttig tiltak, og at man foreløpig ikke ser noe behov for å justere prosedyrene. En utvidelse av PROFS til også å inkludere psykiatrien blir diskutert, men utfordringene på dette fagområdet vurderes som noe mer kompliserte, enn innen somatikken. Etter vår vurdering er PROFS et eksempel på god håndtering av hverdagslige utfordringer i samhandlingen mellom fastleger og sykehusleger. Etter det vi kjenner til har PROFS også bidratt til gjensidig forståelse av hverandres arbeidshverdag. En grunn til at samarbeidet fungerer godt, mener vi dels skyldes god forankring av utviklingsarbeidet i kommunene og

i helseforetaket (alle involverte parter har vært bidragsytere). En annen faktor som har forenklet utvikling og implementering av PROFS, er at en her har å gjøre med ett sykehus og et omland bestående av 15 kommuner og ca. 300 fastleger som forholder seg til dette ene sykehuset. Utfordringsbildet ville ha vært mer komplisert dersom flere sykehus hadde vært involvert.

2.3 Presentasjon av utvalgte prosjekter basert på skriftlig materiale

2.3.1 Innledning

Forespørselen vår om samarbeidsprosjekter mellom sykehus og kommunehelsetjenesten resulterte i langt flere prosjekt enn vi hadde kapasitet til å studere mer inngående. Noen av prosjektene var imidlertid allerede vurdert av andre. Der dette var tilfellet benyttet vi malen for intervjuene med de åtte prosjektene presentert i forrige kapittel for en analyse av disse allerede evaluerte/vurderte prosjektene.

Som dette kapitlet viser ble våre punkter i liten grad besvart av de som hadde vurdert disse prosjektene. Vi har likevel valgt å presentere dem. De viser at det er en stor bredde av prosjekt som det arbeides med.

2.3.2 Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSH)

2.3.2.1 Beskrivelse av prosjektet

Det var personer ved UNN i Tromsø som tok initiativet til prosjektet. Prosjektet retter seg mot pasienter over 60 år med sammensatte og kroniske sykdommer som trenger ekstra oppfølging, spesielt etter utskrivning fra sykehus. Målet med prosjektet er å etablere et samarbeid som kan levere en individentsentret, integrert og proaktiv multisykdoms behandling. Dette skal måles ved å se på utviklingen for akuttinnleggelser, akutte sengedøgn, 30 dages reinnleggelse, planlagt og akutt poliklinikkbesøk og dødelighet etter seks måneder.

Det er ingen skriftlig dokumentasjon på om det var enighet og entusiasme for prosjektet, men prosjektet har utvidet seg fra å omfatte Tromsø kommune i 2014, Harstad kommune i 2015, Balsfjord kommune og Karlsøy kommune i 2017 og Lenvik kommune i 2019. Det viser en positiv holdning til prosjektet.

Sykehusansatte initierte prosjektet og $\frac{3}{4}$ av henvisningene kommer fra sykehusavdelinger. Det er i tråd med målet for prosjektet som var å arbeide spesielt med pasienter utskrevet fra sykehus. Prosjektet er ikke innlemmet i den daglige driften. Man ønsker å tette det som kalles et mellomrom mellom UNN og kommunehelsetjenesten, men vil unngå at det bidrar til en ytterligere fragmentering av tjenesten. De legger vekt på at et av prosjektets fortrinn er at det ikke er vedtaksstyrt. Det betyr at enheten bestemmer selv hvilke pasienter de vil inkludere i sitt arbeid. Legen i teamet er tilknyttet geriatrik avdeling på UNN. De øvrige ansatte er ikke tilknyttet noen annen enhet. I dokumentasjonen som foreligger tyder det på at dette gjelder den sentrale enheten. I kommunene som etter hvert er kommet til synes det som stillingene er knyttet til kommunene.

Det er ikke gitt noen vurderinger av de økonomiske konsekvensene. Det er uklart hvor mange årsverk som er knyttet til prosjektet. I den sentrale enheten er det lege, fysio- og ergoterapeut og farmasøyt. I Balsfjord er det opprettet en 50 prosents stilling for sykepleier og på Karlsøy er det opprettet en 40 prosents stilling for sykepleier. Prosjektet i Lenvik synes også å være knyttet til et prosjekt ledet av Helsedirektoratet (oppfølgingsteam) og disponerer lege samt fysio- og ergoterapeut.

Det er publisert en vitenskapelig artikkel om prosjektet som omfatter 439 pasienter som har vært tatt inn i prosjektet og en kontrollgruppe på 799 pasienter. Man har funnet en reduksjon i akutte innleggelser, akutte liggedøgn, 30 dagers reinnleggelse, akutte besøk på poliklinikken og dødelighet. Planlagte besøk til poliklinikken har økt.

2.3.2.2 Våre vurderinger

Fagpersoner ved sykehuset tok initiativet til prosjektet og det ledes av en sykehusansatt. Det omfatter både forholdsvis store kommuner (Tromsø og Harstad) og små kommuner (Balsfjord, Karlsøy og Lenvik). Prosjektets mål er langt på vei de samme som for de to prosjektene om multisyke eldre som er beskrevet tidligere. Det er en verdi ved prosjektet at det omfatter både større og ganske små kommuner. Prosjektet har etablert en kontrollgruppe og kan derfor kvantifisere effekten av tiltaket. Det vil antagelig også være mulig å vurdere effekt på driftsøkonomien.

2.3.3 Etablering av en akuttapp i Telemark

2.3.3.1 Beskrivelse av prosjektet

Det var Telemarkssykehuset som tok initiativet til prosjektet. Målet er akutt syke. Appen skal bidra til at pasienter og helsepersonell opplever et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp. Målet er at akuttkjeden skal fungere uten forsinkelse i varsling, vurdering, transport, mottak og behandling. Prosjektleder er fastlege i Seljord og prosjektet er underlagt Telemarkssykehuset HF. Det ble startet i 2016.

Akuttkjeden defineres som et pasientforløp, fra en hendelse oppstår til pasienten er ferdig vurdert og behandlet. Den må involvere minst to aktører, og minst én av disse må være AMK, ambulanse eller sykehus.

Verktøyet skal knytte aktørenes handlinger sammen i det akutte pakkeforløpet. Appen skal være meget enkel å bruke, være lett tilgjengelig og oppleves som nyttig for alle som har en rolle i akuttkjeden. Ved å standardisere en pasientflyt for akutte hendelser (pakkeforløp), vil de redusere variasjon og forskjeller i pasientbehandlingen. Verktøyet skal bidra til å gi en forståelse av sammenhengen og helheten i den akutte helsetjenesten. Det går ikke fram av dokumentasjonen hvilke økonomiske rammer som er satt for prosjektet, og det er heller ikke tilgjengelig dokumentasjon for at man har vurdert kostnad og nytte for tiltaket. Prosjektet har ikke vært i drift ennå og er da heller ingen del av den daglige driften. Prosjektet er ikke evaluert. Det er utarbeidet og vist en detaljert framdriftsplan for prosjektet.

2.3.3.2 Våre vurderinger

Siden prosjektet ikke er i drift ennå kan vi ikke vurdere om en slik app vil gi det forventede og ønskelige resultatet. Lykkes prosjektet vil det ha stor overføringsverdi til resten av landet.

2.3.4 Samarbeid om alderspsykiatri i Innlandet (SAM-AKS)

2.3.4.1 Beskrivelse av prosjektet

Sykehuset Innlandet HF tok initiativ til prosjektet. Det startet i 2010 med 12 kommuner i Oppland. Så ble det utvidet i 2011 til 23 kommuner i både Hedmark og Oppland. Målet har vært å være til stede på sykehjem med forutsigbare intervaller for å bistå med alderspsykiatri, intern kompetanseheving i sykehjemmene, bedre kommunikasjonen mellom sykehjem og spesialisthelsetjenesten, innføre standard prosedyrer for undersøkelse av pasientene ved innleggelse i sykehjem, generere oppdatert informasjon om sykehjemspasienters helsesituasjon, bedre kompetansen i spesialisthelsetjenesten om sykehjemspasienter, bedre kontakt mellom alderspsykiater og sykehjemslege, bidra til forskning i sykehjem.

Det finnes ingen beskrivelse av hvor enige man var om prosjektet og hvilken entusiasme som var knyttet til det. Sykehuset tok initiativ og kommunene meldte seg på etter å ha fått en forespørsel. Prosjektet startet i 2010 og ble avsluttet i 2014. Det er nå en del av Sykehuset Innlandet HFs drift og omfattet 50 sykehjem og 29 kommuner i 2016. Med ny kommunestruktur er det nå 24 kommuner i Hedmark og Oppland. Det er ikke beskrevet noe om økonomiske vurderinger av prosjektet. Prosjektet er bemannet med sykepleier, vernepleier og alderspsykiater/lege. Det er gitt ut en evalueringsrapport av prosjektet i 2017.

2.3.4.2 Våre vurderinger

Prosjektet er et initiativ der helseforetaket yter bistand til kommunene på et område der den enkelte kommune har begrenset med kompetanse. Siden flere kommuner er integrert i prosjektet etter hvert og det nå er en etablert del av helseforetakets drift, synes tiltaket å ha dekket et behov.

2.3.5 Primærhelsetjenesteteam

2.3.5.1 Beskrivelse av prosjektet

1. april 2018 startet et pilotprosjekt i ni kommuner der målet var å teste om primærhelseteam i fastlegepraksiser gir et bedre tilbud til pasientene enn den vanlige fastlegepraksisen. Primærhelseteam i fastlegepraksiser består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer, og teamet ledes av en fastlege. Formålet med organiseringen er å tilby bedre fastlegetjenester til pasienter som trenger det mest. Pilotprosjektet omfatter også utprøving av to nye finansieringsmodeller. Piloten gjennomføres i kommunene Rana, Austevoll, Eid, Flora, Hå, Ringsaker, Seljord, Kristiansand og Oslo (bydelene Alna, Nordstrand og Sagene). Piloten omfatter rundt 80 000 listeinnbyggere. Det er totalt 13 fastlegepraksiser og ca. 87 fastleger som deltar. Kommunene leder forsøket lokalt. Hver praksis har en daglig leder (en av fastlegene) som leder prosjektet i den enkelte fastlegepraksis. Alle fastlegene i pilotpraksisene deltar. Piloten ble i juni 2019 besluttet forlenget med to år til 31. mars 2023, og utvidet med 3-5 nye fastlegepraksiser. Pasientgruppene som omfattes er:

- Brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet.
- Brukere som i medisinen omtales som "skrøpelige eldre".
- Brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse.

Effektmålene for prosjektet er:

- Bedret tilstand og mestringsevne for pasienter/brukere ved oppfølging av primærhelseteam.
- Økt pasient- og brukertilfredshet.
- Bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere som er særskilt omtalt i oppdraget.
- Redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester.
- Bedret samhandling innen kommunenes helse- og omsorgstjeneste og mellom primærhelseteam og spesialisthelsetjenesten.
- Bedret samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.

Det har vært varierende entusiasme blant de som har deltatt i prosjektet. Prosjektet er et samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge (PBU), Bufetat, Bergen kommune og Uni Helse RKBU Vest. Helsedirektoratet har bidratt med finansiering av en sykepleierstilling per 3dje fastlege. Prosjektet ble startet 1. april 2018 og skal vare i tre år. Det er ikke tatt standpunkt til om prosjektet skal videreføres til vanlig drift. Det forutsetter at enten kommunene eller Helsedirektoratet bidrar med en fast budsjetttstyrking eller ved at prosjektet viser at inntjeningen til legekantorene blir tilstrekkelig styrket slik at de kan bære en ekstra sykepleierstilling. Prosjektet er allerede evaluert to ganger og det foreligger to evalueringsrapporter. Evalueringen retter seg mot de interne konsekvensene på det enkelte legekantor.

2.3.5.2 Våre vurderinger

Dette prosjektet går ikke inn på noen av områdene som studeres i dette prosjektet. Tiltaket er rettet mot hvordan den enkelte gruppepraksis av fastleger fungerer. Vil deres tjeneste bli bedre med en tilvekst av sykepleierressurs? Man skal ikke vurdere om samarbeidet med kommunenes øvrige pleie- og omsorgstjeneste blir bedre og heller ikke vurdere samarbeidet med helseforetakene.

2.3.6 Forsterket rehabilitering på Aker i Oslo (FRA), startet i 2012

2.3.6.1 Beskrivelse av prosjektet

Dette er et rent kommunalt initiativ. Målet er en raskere rehabilitering av pasienter som har behov for dette. Det er ingen andre begrensninger. Målet er at intensivt trening skal gi raskere og bedre resultater. De største brukerne av FRA er sykehusene. Deretter kommer private rehabiliteringsinstitusjoner og så kommunale enheter som KØH, bydelene, fastleger og fire helsehus. Det har ikke vært behov for å være enige med spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har et budsjett, men det er ikke tydeliggjort i noe av det som skrives om FRA. Prosjektet ble startet i 2012 og er blitt en del av kommunens daglig drift. Det synes ikke å være gjennomført noen vurderinger av om dette har vært økonomisk regningssvarende. Prosjektet ser ikke ut til å være evaluert. De aller fleste søkes dit etter en ortopedisk behandling. (650 personer). De utgjør mer enn halvparten. Hjerteinfarkt er nummer to (134) og funksjonssvikt nummer tre (71). En Barthindeks har en maksimal score på 20. Gjennom behandlingen oppnår pasientene 15-18 poeng og forbedringen varierte gjennom året fra 38,5 til 65,4 prosent.

2.3.6.2 Våre vurderinger

I intervjuene foretatt i delprosjekt 1 uttrykker representanter for sykehusene at de er skeptiske til rehabiliteringskompetansen i kommunene, mens kommunene sier at de er fornøyde med sin hverdagsrehabilitering. FRA gir mer spesialisert rehabilitering som vi oppfatter at sykehusrepresentantene mener mangler. Oslo kommune kan ikke sammenlignes med noen andre kommuner i landet når det gjelder størrelse. Et tiltak som FRA kan derfor ikke uten videre overføres til andre kommuner, selv ikke kommuner som samarbeider. For videre arbeid med rehabilitering i kommunene vil det være nyttig med en evaluering av FRA der oppmerksomheten rettes mot hva som kan iverksettes også i andre kommuner.

2.3.7 Øvrig relevant kunnskapsgrunnlag

I juni 2016 la et midlertidig fagutvalg for helsefag, på oppdrag for Helse Sør-Øst, fram en beskrivelse av faglige utfordringer og anbefalte forbedringstiltak knyttet til pasientenes tilbakemeldinger på om de ble tatt med på råd i spørsmål som omhandlet egen pleie og utskriving fra sykehus. Rapporten anbefalte at Trygg utskriving ble en del av pasientsikkerhetsprogrammet i Helse Sør-Øst. Trygg utskriving inneholdt følgende punkter:

- utskrivingsplan
- medikamentgjennomgang og legemiddelsamstemming
- utreisedokumenter
- utskrivningssamtale og sjekkliste for utreise

Vestre Viken igangsatte våren 2017 prosjekt *Trygg Utskriving* og gjennomførte blant annet en spørreundersøkelse blant 450 fastleger der de etterspurte praksis knyttet til samarbeid ved utskriving. Vestre Viken igangsatte høsten 2017 et læringsnettverk for å implementere anbefalinger framkommet i prosjektet. Representanter fra kommunene deltok i samlingene for å belyse kommuneperspektivet i disse forbedringspunktene. Arbeidsgruppen forutsatte at rapport og anbefalinger i Trygg utskriving ble sett i sammenheng med prosjektet "funksjonsorientert pasientforløp". I 2017 la arbeidsgruppen fram rapporten "Trygge overganger – fra sykehus til kommune. Utvikling av funksjonsorientert pasientforløp – forslag til prinsipper og gjennomføringsprosess". Vi har nedenfor gjengitt, i kortform, eksempler på samarbeids- og samhandlingsmodeller som var en del at rapporten fra arbeidsgruppen:

- Helhetlig pasientforløp i eget hjem, Trøndelagsmodellen¹¹
Modellen innebærer en systematisk samhandling mellom kommune, sykehus og fastleger. Samhandlingen går i korthet ut på en planlagt og systematisk oppfølging i hjemmetjenesten en periode etter utreise fra sykehus. Modellen baserer seg på sjekklister.
- Helsesentermodellen
Helsesenteret er en felles ressurs for de ulike tjenestene, lege, fysioterapeut, helsesøster, psykolog, sykepleier, sosionom, etc. Modellen leverer hele bredden av tjenester; forebyggende, oppsøkende, kurativt og rehabiliterende, inklusive spesialisthelsetjenester. Noen har også senger. Modellen har organisatorisk kontinuitet, profesjonell ledelse og er ofte eid av det offentlige eller non-profit organisasjoner. Helsesentermodellen er blant annet utprøvd i Harstad.
- Eidsbergmodellen- Virtuell avdeling
Denne modellen baserer seg på prinsippet om at pasienten, etter utskrivning fra sykehuset, innskrives i en virtuell avdeling i Eidsberg kommune. I denne avdelingen jobber en avansert geriatrisk sykepleier¹² i tett kontakt med fysioterapeut. Oppgaven i den virtuelle avdelingen er systematisk kartlegging og vurdering.
- VIP modellen fra Stavanger
Modellen bygger på samarbeidsavtalen mellom kommunene og Helse Stavanger. Pasientene kalles VIP-pasienter. De får et personlig VIP-kort med navn og hvilken avdeling de er VIP ved. Alle VIP-pasienter får utarbeidet en individuell plan som kommunene har redaktøransvaret for. Ved nye innleggelser går disse i et "fasttrack" i mottaket. De legges inn til sin VIP-avdeling om mulig. Status som VIP pasient besluttes i et nettverksmøte med aktører fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten, pluss pasient. Hensikten er å identifisere pasienter som sannsynligvis vil profitere på økt samarbeid og langsiktig planlegging.
- Grimstadmodellen
Modellen er en videreutvikling av Trøndelagsmodellen- "Helhetlig pasientforløp i hjemmet". Den bygger på en systematisk oppfølging gjennom sjekklister. Fokuset er endret fra "Hva er i veien med deg?" til "Hva er viktig for deg?"

¹¹ Se også prosjektene presentert i denne rapporten. Vel hjem i Oslo og tilsvarende prosjekt i Møre- og Romsdal

¹² Utdanning for erfarne geriatriske sykepleiere med mulighet for mastergrad

3 Gode samhandlingsprosjekter- Diskusjon og konklusjon

3.1 Innledning

I denne delrapporten presenteres resultatene fra delprosjekt 2 i FoU-prosjektet "Samhandling og oppgaveoverføring mellom sykehus og kommuner", som SINTEF gjennomførte på oppdrag for KS. Målet for delprosjektet har, i henhold til oppdraget, vært å "hente inn og sammenlikne erfaringer fra kommuner/kommunesamarbeid om samhandling med sykehus, med sikte på å beskrive gode eksempler på samarbeid mellom kommuner og helseforetak og hvorvidt og hvordan kommunene kan påvirke samhandlingen".

Vi har benyttet ulike informasjonskilder og metoder i datainnsamlingen: intervjuer med sentrale aktører i utvalgte samhandlingsprosjekter, gjennomgang av tilsendte skriftlige prosjektbeskrivelser, evalueringsrapporter o.a., og gjennomgang av tidligere gjennomførte kunnskapsoppsummeringer. Erfaringene fra arbeidet med delrapporten er at temaet "Samhandling kommune/sykehus" er meget omfattende og bredspektret. Vi har langt fra kunnet dekke alt i et begrenset delprosjekt, men presentere et utvalg av prosjekter, satsinger og aktiviteter som gir et godt bilde av bredden av slike prosjekt. Noen av prosjektene vi presenterer er resultat av lovpålagt samhandling, noen er initiert lokalt, mens andre er initiert gjennom nasjonale satsinger og læringsnettverk.

3.2 Prosjekt, implementering og læring – noen generelle perspektiver

Prosjekter, forsøksordninger og prøveordninger er former for utviklingsarbeid som innebærer målrettet, organisert utprøving av nye former for praksis. Hensikten er å skape endring med utgangspunkt i konkrete mål. Forstått på denne måten kan et tidsavgrenset prosjekt være et styringsredskap. En avgrenset del av virksomheten rammes inn, får egne arbeidsbetingelser og egen ressursramme i en avgrenset tidsperiode. Prosjekter og forsøksvirksomhet har nyskapning og kunnskapsproduksjon som mål. Som regel er mange ulike typer aktører involvert og deltagernes erfaringslæring er viktig.

Samtidig er det slik at prosjekt, forsøk, prøveordninger og tilsvarende pr. definisjon foregår i et mer ukjent terreng enn daglige gjøremål, noe som gjør at ting lettere kan gå galt; målformuleringen er uklar eller mangelfull, prosjektet må vike plass for oppgaver i basisorganisasjonen, medarbeidere trekkes for sent eller for lite inn i planleggingen, oppfølgingen er dårlig, kommunikasjonen svikter (både innenfor prosjektet og mellom det og basisorganisasjonen), ansvarsforholdene er uklare, og ambisjonsnivået er for høyt og planene urealistiske (tids- og kostnadsrammer sprekker).

De prosjektene vi har sett nærmere på har mer preg av et arbeid hvor man prøver seg fram og justerer kursen underveis (prøve-og-feile-basert), enn prosjekter med strenge krav til måldefinisjon og resultatdokumentasjon (forskningsbasert). Vi har ikke evaluert prosjektene, men kun gjengitt det som er sagt i intervjuene og det vi har fått tilsendt av skriftlig materiale. Noen av prosjektene er evaluert, enten av prosjektorganisasjonen selv, eller med bruk av eksterne krefter.

Prosjektene vi har sett på innenfor "samhandling kommuner og sykehus", har forbedring som en fellesnevner. Powell [5] har oppsummert forskning på fem modeller som blir benyttet til forbedringsarbeid i helsetjenesten. Powells oppsummering viser at det finnes noen nødvendige, men ikke tilstrekkelige, forutsetninger for å sikre en vellykket gjennomføring av tjenesteforbedring. De nødvendige forutsetningene er:

1. At forbedringsarbeidet er forankret i ledelsen på alle nivåer.
2. At helsepersonellet på tvers av fag og profesjoner er aktive og engasjerte i forbedringsarbeidet.
3. At tilnærmingene som benyttes er skreddersydd, helhetlige og tilpasset konteksten i den enkelte organisasjon.
4. At forbedringsarbeidet er samstemt med og integrert i organisasjonens visjoner og mål.
5. At forbedringsarbeidet er integrert i organisasjonens daglige arbeid, både for medarbeidere og ledere.

I tillegg er det viktig at ledelsen har data om egen virksomhet, og følger med på kvaliteten på prosessene gjennom å måle om endringene som skjer er reelle forbedringer. Disse nødvendige forutsetningene er integrert i modell for kvalitetsforbedring

Erfaringene viser at det hefter utfordringer ved overgangen mellom prosjekt og vanlig drift. Dette handler om implementeringsstrategi og vilje til endring. Hva kan en forvente av effekt ved ulike implementeringstiltak? Hvor mye kan en få tjenesteytere til å endre praksis, hvis man virkelig prøver? Det finnes ingen mirakelkur der man unngår manglende implementering[6]. Systematiske oversikter over metodisk gode studier av implementeringstiltak er den beste kilden til informasjon om forventet effekt. Oppsummering av slike oversikter viser at passiv disseminering av retningslinjer og tradisjonell didaktisk undervisning har liten eller ingen effekt på praksis, mens mer aktive intervensjoner, som praksisregistrering og tilbakemelding, påminnere og praksisbesøk, har større effekt[7]. Kulturendring handler i stor grad om å skape rom for refleksjon, dialog og utfordring av eksisterende arbeidspraksiser. I denne sammenheng vil det være en stor mulighet i å synliggjøre positive læringspunkter, og formidle gode arbeidspraksiser både internt og mellom organisasjonsenheter.

Læringsaspektet er nært knyttet til hvilke tilbakeføringsordninger som etableres mellom prosjektene og omgivelsene. Overføring av læring til omgivelsene, for eksempel den øvrige organisasjonen, er viktig og utfordrende. Jacobsen[8] peker på at problemer rundt en endringsprosess ikke oppstår kun som følge av innholdet i endringen, men også som et resultat av hvordan man velger å gjennomføre implementeringen. Pfeffer og Sutton[9] har studert utfordringer knyttet til det å overføre kunnskap til handlinger som er forenlig med denne kunnskapen, og omtaler dette som "*the doing-knowing problem*". De legger vekt på at gapet mellom det å inneha kunnskap og det å bruke denne er mer utfordrende og krevende å lukke igjen, enn gapet mellom uvitenhet og kunnskap.

3.3 De utvalgte samhandlingsprosjektene – diskusjon og konklusjon

Hva skal defineres som et godt samhandlingsprosjekt? Hva er god samhandling? Med utgangspunkt i de spørsmålene vi stilte til prosjektene kan et godt samhandlingsprosjekt sies å kjennetegnes ved at prosjektet er rettet mot en pasientgruppe med behov for mer samordnede tiltak, at man nådde målene som ble satt for prosjektet (bedre samordning), at det var enighet mellom kommune og sykehus om betydningen av tema for prosjektet, at prosjektet ble initiert og drevet fram av både kommune og sykehus, og at man holdt seg innenfor eventuell kostnadsramme som ble satt for prosjektet. Et fellestrekk ved prosjektene vi har sett nærmere på, er at de helt eller delvis har beveget seg fra en prosjektfase og over i en driftsfase.

Utvalget av prosjekter som er fulgt opp med intervjuer er gjort for å få fram en god bredde med hensyn til initiering, målgruppe for prosjektene (pasientgruppe) og om prosjektene er drevet fram av og har vært forankret i både kommunene og sykehusene (eksempler på reell samhandling). Selv om antallet prosjekter var relativt stort (ca. 140), var det flere av fylkeslegene, helseforetakene og USHT-ene som ikke svarte på vår henvendelse. Vi vet derfor ikke i hvilken grad de ca. 140 prosjektene er representative eller utgjør et tverrsnitt av det som gjennomføres av samhandlingsprosjekter på landsbasis. Vårt utvalg blir derfor kun et tverrsnitt av det vi har fått tilsendt, ikke et tverrsnitt av prosjektaktiviteter generelt. Til tross for disse forbeholdene, mener vi å ha grunnlag for å konkludere med at Helse-Norge er preget av stor aktivitet når det gjelder prosjekter og engasjement knyttet til temaet "samhandling mellom kommunene og sykehus".

Pasientgruppene i prosjektene vi har valgt ut spenner fra eldre multisyke pasienter, til gravide og småbarnsfamilier som er berørt av utfordringer knyttet til psykisk helse og rus, brukere med samtidig

rusmisbruk og psykiske lidelser, og barn og unge med psykiske helseplager. Videre har vi beskrevet prosjekter som ikke er innrettet mot en spesifikk pasientgruppe, som eksempelvis ambulerende sykepleierteam ved AHUS, samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ved Hallingdal sjukestugu, og prosedyrer for oppgavedeling mellom fastleger og sykehusleger i Stavanger. Etter vår vurdering har satsingene rettet oppmerksomheten mot tjenester og tilbud til pasientgrupper med dokumenterte utfordringer når det gjelder pasientforløp, samhandling og tverrfaglig tilbud på tvers av forvaltningsnivåene.

Når det gjelder mål som er satt i de ulike prosjektene, vil disse, ut fra prosjektenes art, naturlig nok variere med hensyn til detaljeringsnivå og tidsplan. Vi går ikke i detalj på dette, men vil generelt sett peke på at den type utviklingsarbeid som vi presenterer eksempler på, er læringsprosesser for alle involverte, hvor kurs og mål justeres underveis (refleksjon-handling-refleksjon)[10], noe som kjennetegner mye av utviklingsarbeidet i offentlig sektor. I et slikt perspektiv mener vi at i prosjektene vi har beskrevet, er prosessen vel så viktig som grad av måloppnåelse. Prosjektene har ført til nyskaping og kunnskapsproduksjon, har involvert mange ulike aktører (faggrupper), og har gitt læring for deltakerne.

I vår gjennomgang har vi sett på i hvilken grad det var enighet og entusiasme i kommunene og sykehusene for prosjektene, og om det var en av partene som var den drivende part. Svaret på dette vil variere fra prosjekt til prosjekt, og fra fase til fase. Vi har vist eksempler på at initiativ er tatt fra henholdsvis regionalt helseforetak, helseforetak og kommune, men et hovedinntrykk er at det kan spores enighet om viktighet og entusiasme i gjennomføringen, både i kommunene og sykehusene, når temaet er satt på dagsordenen. Generelt sett viser erfaringer at prosjekt, forsøk, prøveordninger og liknende rekrutterer entusiaster[11]. Våre eksempler viser også betydningen av enkeltpersoner som entusiaster og pådrivere, spesielt i den initiale fasen.

Det er vanskelig å gi et entydig svar på spørsmålet om kostnadsrammer for prosjektene og hvordan kostnadene ble fordelt. I noen av prosjektene har kommune og sykehus bidratt i form av prosent av stilling øremerket prosjektet. I andre har eksempelvis regionalt helseforetak bidratt med innovasjonsmidler, mens i andre igjen har utviklingsarbeidet vært integrert i daglig virksomhet fra første dag. Eksempelvis inkluderer flere av prosjektene samhandlingsenhet eller -avdeling i helseforetaket, med andre ord enheter som har samhandling som sin hovedoppgave. I disse tilfellene er det derfor vanskelig å skille tid og kostnad knyttet til det aktuelle prosjektet i forhold til alle andre utviklingsoppgaver og prosjekter som enheten eller avdelingen har ansvar for.

Vi ønsket også å vite hvor lenge prosjektene hadde vært i drift på undersøkelsestidspunktet (høsten 2019) og om prosjektene er integrerte i den daglige driften. Våre eksempler viser at prosjektene er helt eller delvis integrert i daglig drift. Når vi sier delvis, mener vi eksempelvis utviklingsprosjekter som i sin oppstart har involvert en eller et fåtall kommuner eller bydeler, og hvor målet er å inkludere flere ettersom man høster erfaringer fra en første fase i prosjektet. For noen av prosjektene vil dette utviklingsarbeidet, med prøving, feiling og justering, pågå i flere år enda. De prosjektene vi har presentert er eksempler på utviklingsarbeider og læringsprosesser på veien mot full implementering i daglig drift. Men som nevnt ovenfor, kulturendringer og endringer i praksis handler om å skape rom for refleksjon, dialog og utfordring av eksisterende arbeidspraksiser. I denne sammenheng vil det ligge store muligheter i å synliggjøre positive læringspunkter, og i å formidle gode arbeidspraksiser både internt og mellom organisasjonsenheter. Dette er arbeid som tar tid.

Når det gjelder spørsmålet om hvordan prosjektene har påvirket driftskostnader og kvaliteten på tjenestene som ytes, er det i tilsendt materiale og i intervjuene enklere å gi et svar på det siste enn på det første. Når prosjektene i stor grad setter søkelys på og har som mål å bli mer samordnet, mer tverrfaglig, mer brukersentrert, utvikle mer forenklede prosedyrer og nye og bedre samhandlingsarenaer, så er det først og fremst kvaliteten på tjenesten man retter oppmerksomheten mot. I den grad prosjektene er evaluert, er det kvalitative variabler som vektlegges, og bedring i et vidt perspektiv, sett fra fagfolk og brukere.

Hva så med de prosjektene vi har presentert og Powells oppsummering av nødvendige, men ikke tilstrekkelige, forutsetninger for å sikre en vellykket gjennomføring av tjenesteforbedring? Generelt sett gir vår gjennomgang grunnlag for å konkludere med at forbedringsarbeidet er og har vært forankret i ledelsen på alle nivåer, og at helsepersonellet på tvers av fag og profesjoner er og har vært aktive og engasjerte i forbedringsarbeidet. Når det gjelder forutsetningen om at tilnærmingene som benyttes er eller har vært skreddersydd, helhetlige og

tilpasset konteksten i den enkelte organisasjon, så er også her svaret ja, men med den presiseringen at prosjektene har vært preget av å være en læringsprosess med prøving, feiling og justering underveis (veien har blitt til mens man går), noe som ofte preger endrings- og utviklingsarbeid i komplekse organisasjoner, som eksempelvis helse- og omsorgstjenestene. Når det gjelder forutsetningen om at forbedringsarbeid bør være samstemt med og integrert i organisasjonens visjoner og mål, er dette vanskelig å svare på når det gjelder de prosjektene vi har sett nærmere på, ut over at prosjektene beveger seg innenfor intensjonene med samhandlingsreformen. Når det gjelder den siste forutsetningen, om at forbedringsarbeidet er eller har vært integrert i organisasjonens daglige arbeid (både for medarbeidere og ledere), så har våre prosjekter valgt ulike former for organisering, fra utviklingsarbeid som en del av virksomheten i basisorganisasjonen, til egen prosjektorganisasjon med frikjøpte medarbeidere. Vi kan ikke konkludere om den ene formen har virket bedre enn den andre. Det er imidlertid en forutsetning for en vellykket implementeringsprosess at avstanden mellom basisorganisasjonen og prosjektorganisasjonen ikke blir for stor, noe som ikke synes å ha vært tilfelle i de prosjektene vi har sett nærmere på.

Avslutningsvis vil vi kommenterer spørsmålet om de prosjektene vi har sett på har vært vellykket eller mislykket. Offerdal[12] peker på at det er viktig å skjønne hvordan organisasjonene kommer fram til definisjoner av hva som har vært vellykket og mislykket. Dette er ifølge Offerdal vanskelig å fange opp og det er kanskje derfor ikke så rart at mange iverksettelsesstudier konkluderer med at iverksettelsesprosessen ikke har lyktes med å nå målene. Heller enn å studere samsvar mellom ideal og realiteter og forklare eventuelle avvik, mener Offerdal studiet av iverksettelse mer bør rette søkelys mot hva slags prosesser som foregår i iverksettelsesfasen, også når det gjelder å vurdere om iverksettelse er vellykket eller mislykket. Dette kan bety at endring og læring blir viktigere enn mål og resultat. Det blir med andre ord snakk om en bedre måte, ikke den beste måten, å gjøre ting på.

Vår vurdering er at de prosjektene vi har sett nærmere på, må sies å ha vært vellykkede og da i særlig grad når det gjelder samhandlingsprosessene. Det vi har innhentet av materiale (dokumenter og intervjuer) viser at prosjektene har ført til endringer i måten å arbeide på, og har dannet grunnlag for læring, både om egen arbeidshverdag og om arbeidshverdagen hos samarbeidende aktører. Flere av prosjektene beskrives som læringsprosesser preget av prøving, feiling og justering av kurs. Man har funnet fram til bedre måter å arbeide og samarbeide på, ikke nødvendigvis den beste måten, men en bedre måte. Etter vår vurdering har det hatt en egen verdi at faggrupper både fra kommunene og sykehusene har etablert felles arenaer for å bli kjent med hverandre, diskutere tiltak og kommet fram til enighet om rutiner og prosedyrer for mer helhetlige pasientforløp og bedre samhandling.

A Vedlegg 1 Stavanger – Prosedyrer for oppgavedeling mellom fastleger og sykehusleger

Følgende anbefalinger er utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av sykehusdirektøren. Arbeidsgruppen har bestått av praksiskonsulenter, kommuneoverleger og utvalgte leger fra SUS. Anbefalingene består av tre deler: Praktiske kjøreregler, prinsipper for oppgavedeling – prosessbeskrivelse, og forankring av retningslinjene

Praktiske kjøreregler – for:

- Henvisning
 - Epikrise
 - Resepter, samstemming og vedlikehold av Legemidler i Bruk (LIB) liste
 - Timebestilling etter sykehusopphold
 - Blodprøver
 - Sykmelding
 - Pasienttransport
 - Parallell henvisning til flere avdelinger
 - Rådgivning og gjensidig tilgjengelighet pr telefon *
 - Samarbeid ved kompliserte, sammensatte lidelser *
 - Tverrfaglig samarbeid *
- * vil bli utarbeidet etter hvert

Henvisning – fastlegens ansvar

- Henvise når det er nødvendig, konferere om det er tvil
- Beskrive mål og hensikt med henvisningen
- Bruke beslutningsstøtte og vedtatte lokale retningslinjer
- Gi god og poengtert informasjon, slik at henvisningen kan rettighetsvurderes og at sykehuset kan planlegge forløpet for pasienten
- Sørge for oppdatert LIB-liste
- Sørge for at bildediagnostikk (MR og CT) er tilgjengelig ved gjennomgang av henvisningen (påfør oversendelse i rekvisisjonen, evt. kontakt instituttet straks henvisningen sendes)

Epikrise – sykehuslegens ansvar

- Dersom pasienten skal oppsøke fastlegen innen en uke må epikrise/nødvendig informasjon prioriteres for å være fastlegen i hende i tide.
- Tilstreb poengtert oppsummering av sykehusopphold, korrekt LIB-liste og videre plan for behandling og kontroll. (NB edruelighet mht. kontrollbehov)
- Det bør tydelig fremkomme hvem som har ansvar for hvilke oppfølgingsoppgaver
- Dersom ansvar for kontroll skal overføres til fastlege, angi målsetting og konsekvens ved funn
- Råd om innhold, hyppighet og varighet av kontrolloppfølgingen må være godt faglig forankret – unngå overkontrollering

Resepter, samstemming og vedlikehold av LIB-liste (legemidler i bruk)

Å sikre at pasienten har riktige resepter og sørge for god kommunikasjon om dette til både pasienten og fastlegen er en kritisk viktig oppgave. Det er besluttet i Helse Vest og i Helse Stavanger at sykehusleger sørger for:

- at reseptformidleren er oppdatert, når det er gjort endringer
- at pasienten får oppdatert LIB-liste ved utskrivning
- at epikrisen inneholder en samstemt legemiddelliste, merket med s-n-e-k-s (Som før, Ny, Endret, Kur eller Sluttet/seponert)

Det forventes ikke at sykehusleger skal "rydde i reseptformidleren" for legemidler hvor sykehuset ikke har gjort noen endringer (som-før medisiner).

Fastleger sørger for

- at pasientene har oppdatert LiB - liste / ordinasjonskort Multidose
- samstemming av LiB ved mottak av epikriser/informasjon om endring
NB! Multidosepasienter skal normalt ikke ha ekspedérbare e-resepter.
- Ved kjent multidose fakses endret LIB-liste til multidoseapoteket (gjelder som resept)
- Merkes med "hasteompakk" ved behov for endring neste arbeidsdag, eller "endres ved neste levering" om det kan gå inntil to uker før endring trer i kraft

Oppfølging etter sykehusopphold – timebestilling

- Vurder nødvendighet og hastegrad av kontroll hos fastlegen nøye:
 - innen én uke sykehuset sikrer at pasienten får time hos fastlegen
 - innen to uker pasienten bestiller time selv (hjelp dem som ikke klarer dette)
 - vanlig time pasienten bestiller time selv (hjelp dem som ikke klarer dette)
 - kontakt ved forverring/uventet endring kan være et godt alternativ til kontroll
- Epikrisen informerer om hvilken løsning som er valgt for timebestilling.
- Kontroll av blodprøver skjer enten ved at sykehuslegen får svaret og har oppfølgingsansvaret, eller ved at det avtales en klinisk kontroll hos fastlegen.
- Fastlegen skal normalt ikke få ansvar for innkalling av pasienter gjennom beskjed i epikrisen, fordi det kan forsinke nødvendig oppfølging. Det bryter også med prinsippet om pasientautonomi
- Uavsluttet utredning som fastlegen skal overta er spesielt utsatt for glipp: Den som har rekvirert undersøkelser har normalt ansvaret for oppfølgingen. Dersom fastlegen skal overta dette, må avtalt prosedyre følges og pasienten MÅ få ansvar for å bestille time, på et tidspunkt når undersøkelsesvar foreligger.

Videre henvisning

- Leger i sykehus har ansvar for å henvise til samarbeidende avdelinger/spesialister når dette er åpenbart nødvendig for medisinsk ivaretagelse av pasienten.
- Ved usikkerhet bør sykehuslegen anmode fastlegen om å vurdere behovet i epikrisen, eventuelt rådslå om behovet pr telefon. Pasienten må i så fall bestille time.
- Dersom man gjør andre funn, som det anses hensiktsmessig at fastlegen utreder, så må pasienten få informasjon og ansvaret for å bestille time for oppfølging. Epikrisen informerer om ansvaret for oppfølgingen.

Blodprøver

Blodprøver som ledd i pågående sykehusforløp kan tas på fastlegekontoret dersom dette er mest hensiktsmessig for pasienten, men vil for tiden innebære en konsultasjon.

Forutsetninger:

- Pasienten har rekvisisjon med seg
- Sykehuslegen har ansvaret med oppfølging av svaret Blodprøvekontroll etter sykehusopphold: inngår som ledd i en klinisk kontroll. Sykehuslege kan eventuelt anbefale kontrollinnhold, men rekvirenten/fastlegen er ansvarlig.

Blodprøver rekvirert av fastlege tas som regel på fastlegekontoret, med mindre prøven krever spesiell ivaretagelse (f. eks frysing).

Sykmelding

- I forbindelse med behandling i andrelinjetjenesten, f.eks. KØHer, innleggelser og operasjoner, skriver sykehuslegen sykmelding. Fastlegen overtar når oppfølgingen i andrelinjetjenesten avsluttes.
- For pasienter som behandles langvarig (> 6 uker) på sykehus/poliklinikk og hos fastlege parallelt, bør sykmelding ivaretas av fastlegen når dette er hensiktsmessig for pasienten. Forutsetninger:
 - Fastlegen holdes løpende oppdatert om sykdomsutviklingen gjennom epikriser.
 - Fastlege og behandlingsansvarlig lege/kontaktlege rådslår ved behov om sykmeldingens omfang og varighet.

Pasientreiser

- Ved henvisning til sykehus, vurderer fastlegen pasientens behov for transport og lager eventuelt pasientreiserekvisisjon
- Ved videre behandling og kontroller i sykehusets regi, vurderer sykehuset behovet for transport og rekvirerer pasientreiser

Parallell henvisning til flere avdelinger

- Fastlegen bør i hovedsak ha rollen som koordinator av henvisninger til spesialisthelsetjenesten.
- Leger i sykehus har ansvar for å henvise til samarbeidende avdelinger/spesialister når dette er åpenbart nødvendig for medisinsk ivaretagelse av pasienten.
- Ved usikkerhet bør sykehuslegen anmode fastlegen om å vurdere behovet i epikrisen, eventuelt rådslå om behovet pr telefon. Pasienten må i så fall bestille time

Prinsipper for oppgavedeling

Overføring av nye behandlings- eller kontrolloppgaver fra sykehus til fastleger skal avtales i en likeverdig dialog, gjennom drøfting og innpassing i disse anbefalingene.

Fastlegene og Helse Stavanger er enige i at det er ønskelig at "alt som kan ivaretas utenfor sykehus, bør ivaretas utenfor sykehus". Helsetjenesten er i dynamisk endring, vi er enige i at kompetanse og oppgaver bør tilflyte fastlegene, når kapasitet og ressurser tilsier at dette er gjennomførbart.

Det vil alltid være noe variasjon mellom fastleger og fastlegekontor, når det gjelder kapasitet, ressurser og kompetanse.

Fastlegeordningen har ikke lagt opp til at noen fastleger kan ivareta oppgaver, på vegne av flere, for eksempel innen samme kontor/samme kommune. Slike løsninger må avtales spesielt, for hver oppgave. Ut fra ovenstående premisser gjelder følgende:

- Noen oppgaver må alle fastleger kunne ivareta
- Noen oppgaver kan noen fastleger / legekantor ivareta = gråsoneroppgaver
- Noen oppgaver må forbli i sykehuset, om ikke ressursituasjonen i fastlegeordningen endres

Sykehuset forutsetter at kommunene arbeider for et noenlunde likt tilbud, med god kvalitet, uavhengig av hvem som er pasientens fastlege. Forslag til endring av oppgavedeling mellom sykehus og fastleger skal behandles i henhold til avtalt saksgang (eget vedlegg). Sentrale oppgaver som sykehuset og fastlegene er enige om føres i følgende oversikt. Listen er ikke utfyllende, og forutsettes å være dynamisk.

Opgaver som alle spesialister i allmenntilleggsmedisin forutsettes å ha kompetanse, kapasitet og ressurser til (spesialistkandidater kan ha behov for second opinion)

- Svangerskapskontroller
- Gynekologiske undersøkelser, innlegging og fjerning av spiral og P-stav

- Anoskopi

Gråsoneoppgaver

- Noen fastleger/legekontor kan ta slike oppgaver. Forespørres i det enkelte tilfelle.
- Fastlegene får jevnlig utsendt denne listen, og oppfordres til å vurdere hva man kan ta av oppgaver

Forankring

"Retningslinje om samarbeid og oppgavedeling" mellom fastlegene og SUS skal behandles på en måte som sikrer tilstrekkelig medvirkning og legitimitet. Grunnlaget for retningslinjene er konsensus. Den enkelte utøver må uansett arbeide i samsvar med gjeldende lovverk. Retningslinjen har blitt utarbeidet i et samarbeid mellom representanter for fastlegene (praksiskonsulenter), kommuneoverleger og valgte representanter fra SUS. Utkast har blitt diskuteres internt i klinikkene og blant fastleger, for innspill underveis i arbeidet.

Godkjenning

- Fylkestillsvalgt i Allmennlegeforeningen får retningslinjene til gjennomsyn
- Retningslinjen oversendes til ledergruppen. Etter endt behandling iverksettes retningslinjen i sykehuset, og sendes ut til alle fastleger.

Behandling i kommunene

- Forankring i kommunene skjer ved at "Retningslinje om samarbeid og oppgavedeling" sendes til høring i Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) i alle kommunene. Høringsinnspillene behandles av arbeidsgruppen, som en tidlig revisjon.
- Godkjent retningslinje legges som vedlegg til lovpålagt avtale om samarbeid - delavtale 1 "Ansvar og oppgavedeling mellom forvaltningsnivåene"

Praksiskonsulentene representerer fastlegene i det løpende arbeidet med oppgavedeling. Ved rekruttering av nye praksiskonsulenter bør fastlegenes egne organer i kommunene bidra til å gi PKO tilstrekkelig legitimitet, ved at man sikrer at det er gode søkere til stillingene.

"Retningslinje om samarbeid og oppgavedeling" gjennomgås jevnlig og revideres ved behov. Samme behandlingsform brukes.

Sjekkliste - Forslag til endring av oppgavedeling mellom sykehus og fastleger

Oppgaver som overføres skal ha disse kjennetegnene:

- Endringen gir like gode eller bedre tjenester for pasientene
- Endringen er forsvarlig både faglig og kapasitetsmessig
- Kompetanseoverføring er avklart mellom partene
- Økonomiske forhold og finansiering av tiltaket er sikret
- Oppgaven bør ha et visst volum, for at ny kompetanse kan opprettholdes over tid
- Endringen bør kunne implementeres hos flertallet av fastlegene, eventuelt hos noen få, etter spesiell avtale.

Saksgang:

1. Endringsforslaget må være forankret i fagmiljøet. Linjeleder drøfter saken med avdelingens praksiskonsulent og fullfører sjekklisten
2. PKO-møtet* får forslaget til vurdering og tar stilling til om det kan gjennomføres for alle fastleger, for noen (etter forespørsel) eller om oppgaven må forbli i sykehus
3. Praksiskonsulentene kan ved tvil drøfte saken med legene i Lokalt samarbeidsutvalg i kommunene (LSU)

4. Fylkestillsvalgt for fastlegene involveres
5. Saken og utfallet listeføres i Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og SUS
6. Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og SUS sendes jevnlig til høring til LSU i alle kommunene, og inngår som vedlegg i Samarbeidsavtale 1, mellom SUS og kommunene.

*PKO-møtets deltakere er praksiskonsulentene, fagdirektørens representant, samhandlingssjef og representant for den aktuelle avdelingen som fremmer forslaget til endring.

Avvikshåndtering (gjelder inntil nytt system foreligger)

For fastlegene anbefales følgende:

1. Skriv ut epikrisen til pasienten det gjelder
2. Marker den delen av epikrisen som du reagerer på med merketusj, og skriv eventuelle kommentarer i margen eller på baksiden av epikrisen (Ønsker du respons på din melding, før på din mailadresse som svar kan sendes til)
3. Legg epikrisekopien i en konvolutt, og adresser denne til "Samhandlingslege Svein Kjosavik"
4. Legg konvolutten i "blodprøve-kassen" til SUS
Avviket vil bli fulgt opp av samhandlingslegen.

For sykehuslegene anbefales følgende:

1. Opprett gul lapp i DIPS
2. Beskriv hva i henvisningen som avviker fra prosedyren
3. Send til samhandlingslege Svein Kjosavik
Avviket vil bli fulgt opp av samhandlingslegen.

B Vedlegg 2 Øvrige prosjekter vi har fått tilsendt

AHUS: Stillasbyggerne

Stillasbyggerne er en ny tjeneste som kombinerer spesialisthelse- og barneverntjenester, og er det eneste av sitt slag i Norge. Målgruppen er barn og unge med psykiske problemer (0-25 år) som bor i fosterhjem og institusjoner. Stillasbyggerne startet som et prosjekt i 2015 og består 6 kommunale barneverntjenester og en institusjon med å skreddersy tilbud til deres ca. 250 barn under omsorg. Mål:

1. Fange opp og følge opp barn og unge med psykiske problemer i målgruppen
2. Bidra til at målgruppen får høyere livskvalitet
3. Bidra til at samarbeidet mellom barneverntjenesten, spesialisthelsetjenesten og øvrige samarbeidspartnere bedres

Stillasbyggernes arbeidsmodell består av komponenter fra psykologi, barnevernfag og organisasjonsteori. De analyserer, bygger og sikrer stillas (nettverk) rundt barn som vanligvis faller mellom stolene i behandlingsapparatet. Stillasbyggerne samler data på livskvalitet og psykisk symptomer i tillegg til å veilede og kurse barnevernansatte, lærere, fosterforeldre, institusjonsansatte og andre samarbeidspartnere tilpasset barnets utviklingsprosjekt fra et ressursperspektiv. Hjelpen flyttes etter barnet hvis barnet bytter omsorgsbasis, for å sikre kontinuitet i oppfølgingen og redusere livskriser. Foreløpige resultater er svært gode både med tanke på økning av livskvalitet, bedring av samarbeid og reduksjon av akuttinnleggelse. Prosjektet blir pr. høst 2019 en del av det permanente tilbudet ved Akershus universitetssykehus og det jobbes med utviklingsplaner for evaluering og utvidelse. Stillasbyggerne består av 8 psykologer og barnevernfaglige rådgivere. Nettsted: www.stillasbyggerne.no.

Eksempler på samhandlingsprosjekter Bergen kommune

Prosjekt	Sammen om kompetanseløft (SAKS)
----------	---------------------------------

Hvilke pasientgrupper som omfattes?	Sykehjemspasienter
Hvilke mål som ble satt?	Sikre god pasientbehandling i sykehjem, unngå reinnleggelser og unødvendige innleggelser av sykehjemspasienter.
Var det stor enighet og entusiasme for prosjektet?	Ikke besvart
Var det enighet mellom kommune og sykehus, eller var det en av partene som var den drivende part?	Ikke besvart
Ble det satt en kostnadsramme for prosjektet?	Prosjektet ble finansiert gjennom samhandlingsmidler hos Helse Vest og Helsedirektoratet, kompetansemidler hos Fylkesmannen og sentrale midler fra Bergen kommune og Helse Bergen.
Hvor lenge har prosjektet vært i drift?	Prosjektperioden avsluttes i år.
Er prosjektet etter hvert integrert i den daglige driften?	Ikke avklart
Hvordan har det påvirket driftskostnader og kvaliteten på tjenestene som ytes?	Ikke besvart
Er prosjektet evaluert?	Ikke besvart
Prosjektdokumentasjon	Ikke besvart

Prosjekt	Langvarige og Koordinerte Tjenester
Hvilke pasientgrupper som omfattes?	Pasienter med behov for helhetlige og koordinerte tjenester.
Hvilke mål som ble satt?	"Utarbeide et overordnet rammeverk som gir føringer for og understøtter, likeverdig samarbeid mellom pasienter, pårørende og relevante aktører i kommune og spesialisthelsetjeneste Bidra til at anbefalt rammeverk blir implementert og operasjonalisert etter prosjektperioden
Var det stor enighet og entusiasme for prosjektet?	Ja
Var det enighet mellom kommune og sykehus, eller var det en av partene som var den drivende part?	Prosjektet ble initiert av sykehuset, men ble vedtatt i samarbeidsutvalgene. Kommunal medvirkning i styrings- og prosjektgruppe.
Ble det satt en kostnadsramme for prosjektet	Ja. Egenfinansiert prosjekt (med kommunal medfinansiering fra 24 kommuner)
Hvor lenge har prosjektet vært i drift?	Er fremdeles i prosjektfase
Er prosjektet etter hvert integrert i den daglige driften?	Ikke aktuelt

Hvordan har det påvirket driftskostnader og kvaliteten på tjenestene som ytes?	Ikke aktuelt
Er prosjektet evaluert?	Ikke aktuelt
Prosjektdokumentasjon	http://www.saman.no/3652.3649.Prosjekt-Langvarige-og-Koordinerte-Tenester.html

Prosjekt	Samarbeid mellom Bergen kommune, Bufetat, RVTS og helse Bergen om konsultasjonsteam vold og overgrep
Hvilke pasientgrupper som omfattes?	Barn og unge 0 - 18 år
Hvilke mål som ble satt?	Råd og veiledning ved mistanke om vold, overgrep
Var det stor enighet og entusiasme for prosjektet?	Ja
Var det enighet mellom kommune og sykehus, eller var det en av partene som var den drivende part?	RVTS
Ble det satt en kostnadsramme for prosjektet	Ikke aktuelt
Hvor lenge har prosjektet vært i drift?	Mer enn 10 år
Er prosjektet etter hvert integrert i den daglige driften?	Ja
Hvordan har det påvirket driftskostnader og kvaliteten på tjenestene som ytes?	Ikke aktuelt
Er prosjektet evaluert?	Ja
Prosjektdokumentasjon	https://helse-bergen.no/seksjon/pbu/Documents/Brosjyre_konsultasjonsteam%20barn%200-3.pdf

Prosjekt	Samarbeid mellom Bergen kommune, Norce, Bufetat og helse Bergen om Spe- og småbarnsteam
Hvilke pasientgrupper som omfattes?	Barn 0 - 3 år
Hvilke mål som ble satt?	Tidlig avdekke psykisk helse og omsorgssvikt
Var det stor enighet og entusiasme for prosjektet?	Ja
Var det enighet mellom kommune og sykehus, eller var det en av partene som var den drivende part?	Norce
Ble det satt en kostnadsramme for prosjektet	Ikke aktuelt
Hvor lenge har prosjektet vært i drift?	4.5 år

Er prosjektet etter hvert integrert i den daglige driften?	Ja
Hvordan har det påvirket driftskostnader og kvaliteten på tjenestene som ytes?	Ikke aktuelt
Er prosjektet evaluert?	Ja
Prosjektdokumentasjon	https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/byradsavd-for-helse-og-omsorg/6505/6549/7283/article-79136 https://helse-bergen.no/seksjon/pbu/Dokument/Brosjyre_konsultasjonsteam%20barn%200-3.pdf

Eksempler på samhandlingsprosjekter Helse Bergen

1. Vel heim – lokal arbeidsgruppe for forprosjektet (eit helse vedt prosjekt). Dette arbeidet er knytt til god utskriving frå sjukehus. Me har valt å gå i tett dialog med kommunen i dette arbeidet. HB kan ikkje finne dei gode løysingane for trygg utskriving om me ikkje får gode innspel frå kommunane.
2. LKT (pasientar med langvarige og koordinerte tenester). Prosjekt der 3 kommunar deltek pr i dag.
3. Henvisningsprosjektet til PKOene (hva er en god henvisning?)
4. Lege-lege samarbeid
5. Saman.no (felles nettside for HB og kommunane) – et felles prosjekt der partane i lag styrer sida
6. Helsehus Nordhordland
7. Lokalmedisinsk senter Straume
 - o Intermediæravdeling Fjell
 - o Jordmor heim
8. Felles satsing på kompetanse knytt til avtale om inn- og utskriving frå sjukehus. Dette er for oss den mest brukte avtalen. Skal ein kunne samhandle må ein ha god kunnskap om kvarandre og finne gode måtar for å vedlikehalde kunnskap samt å kunne gje nye tilsette lett tilgang på info om denne viktige avtalen.

Eksempler på prosjektet tilsendt fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Samhandlingsutvalget i Østfold (etablert før Samhandlingsreformen), er en samarbeidsarena for Sykehuset Østfold (SØ) og kommunene i sykehusets opptaksområde, med fast sekretariat, og med repr. fra kommuner og sykehus.

<https://sykehuset-ostfold.no/helsefaglig/samhandling/samhandlingsutvalget-su-samhandlingssekretariatet-sekr#2019>

Kontaktpersoner: leder av sekretariatet Odd Petter Nilsen Odd.Petter.Nilsen@so-HF.no og Hilde Larsen Hilde.Larsen@so-hf.no som er rådgiver i Samhandlingsavdelingen SØ og sekretariatet for Samhandlingsutvalget. Hilde Skyvulstad hilde.skyvulstad@sarpsborg.com er kommuneoverlege og representerer Sarpsborg kommune i Samhandlingsutvalget

Noen aktuelle prosjekter fra dette samarbeidet, som fortsatt er i drift:

1. Pro-Act: metode for observasjons – og klinisk vurderingskompetanse. Nesten alle kommunene i Østfold deltar.
 - Kontaktperson : Annette Bjerkenes, Utviklingssenter for sykehjem- og hjemmetjeneste (USHT) i Østfold annette.bjerkenes@eidsberg.kommune.no Fra SØ v/Mette Meisingset mette.meisingset@so-hf.no -alle kontaktpersoner ved USHT Østfold kan nås via adresse: post@eidsberg.kommune.no
2. TKH – terapeutisk konflikthåndtering. Samarbeid regionalt sykehus – regional høyskole – kommuner i Østfold og USHT i Østfold.

- Kontaktperson: Mette Tindvik Hansen mette.tindvik.hansen@eidsberg.kommune.no og Inger Hjelmeland, inger.hjelmeland@hiof.no
- 3. Virtuell avdeling; styrke samarbeidet mellom kommunene i Indre Østfold og sykehus med fokus på den geriatriske pasienten.
 - Kontaktperson: Wenche Hammer, USHT i Østfold
wenche.charlotte.hansen@eidsberg.kommune.no

Samarbeidsprosjekter mellom Helgelandssykehuset Mo i Rana og Rana kommune

Pasientsentrert helsetjenesteteam

Gjennom dette arbeidet/teamet oppnår man en bedre helhetlig vurdering og koordinering av helsetjenesten for noen pasientgrupper. Gjennom teamet får man økt kommunikasjon mellom aktørene. Dårlig samhandling beror ofte på dårlig kjennskap til hvordan de øvrige delene av helsevesenet fungerer og manglende forståelse for de utfordringer man møter der.

Hvilke pasientgrupper som omfattes?	Pasientgruppen er i hovedsak elder, multimorbide over 60 år, med en sammensatt problematikk som har behov for tverrfaglig kartlegging/vurdering og helsetjeneste. Typiske problemstillinger som PSHT-team jobber med er: KOLS, Hjertesvikt, Hjerte-/karsykdom, perifer karsykdom, Hjerneslag, Hoftebrudd, protesekirurgi, Demens/kognitiv svikt, Falltendens, Parkinson, Ernæringsvansker, underernæring, Generelt fall i funksjonsevne, Smerteproblematikk, Psykiatri, rus, Palliasjon i livets slutfase
Hvilke mål som ble satt?	Målet for arbeidet er å ivareta pasienter som har høy grad av reinnleggelse, ved å gi de helsetilbudet tilpasset og hjemme i tillegg vil man kunne redusere ventetid på elektiv virksomhet, redusere innleggelse og sykehusforbruk
Var det stor enighet og entusiasme for prosjektet?	Sammenfallende interesser, enighet og entusiasme
Var det enighet mellom kommune og sykehus, eller var det en av partene som var den drivende part?	Etter modell fra UNN, jobber HSYK Mo i Rana med å få etablert et liknende tilbud i Rana kommune. Dette er et samarbeid der man etablerer et felles tverrfaglig ambulerende team, med base i sykehuset. Både HSYK Mo i Rana og Rana kommune skal frigjøre ressurser til dette teamet innenfor fagområdene lege, sykepleier ergo, fysio, ernæring og farmasøyt.
Ble det satt en kostnadsramme for prosjektet	Det er ikke utarbeidet noe budsjett for prosjektet, vi er i en planleggingsfase og startfase.
Hvor lenge har prosjektet vært i drift?	Vi startet å jobbe med prosjektet i mai 2019. Vi håper å kunne iverksette ila oktober- november 2019.
Er prosjektet etter hvert integrert i den daglige driften?	Ikke enda, men dette er også under planlegging
Hvordan har det påvirket driftskostnader og kvaliteten på tjenestene som ytes?	Vi kommer ikke til å rekruttere nye tilsatte, men omdisponerer internt. Vi har forventninger om at arbeidet vil føre til lavere sykehusforbruk og mindre innleggelse for utvalgte pasientgrupper. Dette vil ha positive konsekvenser for driftskostnadene og samtidig påvirke kvaliteten på helsetjenesten for disse pasientene.

Er prosjektet evaluert?	Ikke igangsatt enda, men 1. januar 2019. Har brukt UNN som modell. Vil evaluere underveis i prosjektet.
-------------------------	---

Kommunal oppfølging av innlagte pasienter i HSYK Mo i Rana

Rana kommune ønsker å få på plass en ordning der deres ansatte oppsøker innlagte pasienter ved Helgelandssykehuset Mo i Rana, og som mulig skal ha tjenester fra kommunen i etterkant av sitt sykehusopphold.

Hvilke pasientgrupper som omfattes?	Pasienter fra Rana kommune, som har behov for bistand/oppfølging og hjelp etter sykehusopphold
Hvilke mål som ble satt?	Å tidlig få oversikt over hvilke tilpasninger og behov som må dekkes av kommunen. Avklare forventninger med pasientene. Styrke samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Redusere utskrivingsklare pasienter.
Var det stor enighet og entusiasme for prosjektet?	Sammenfallende interesser, enighet og entusiasme!
Var det enighet mellom kommune og sykehus, eller var det en av partene som var den drivende part?	Enighet mellom kommune og sykehus etter modell fra Oslo
Ble det satt en kostnadsramme for prosjektet?	Det er ikke utarbeidet noe budsjett for prosjektet. Det skal gjennomføres et første møte i september mellom avdelingsledere på flere nivå i både kommune og sykehus.
Hvor lenge har prosjektet vært i drift?	Først diskutert og lansert den 18.9.19
Er prosjektet etter hvert integrert i den daglige driften?	Nei, men dette vil iverksettes 1. oktober/november 2019.
Hvordan har det påvirket driftskostnader og kvaliteten på tjenestene som ytes?	Har forventninger om at vi vil få en reduksjon av utskrivingsklare og at pasientene får enda bedre tilpasset oppfølging etter utskrivelse.
Er prosjektet evaluert?	Nei

Eksempler på samhandlingsprosjekter Helse Fonna

Hvilke pasientgrupper som omfattes?	Pasienter med demens med APSD (Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens) som er innlagt på sykehjem. Vi retter oss mot personalet som arbeider med dem. (Se eksempel på: "Plan for undervisning mellom alderspsykiatrisk avdeling og sykehjem i x kommune"). Vi har hatt undervisning som går over 12 uker på 7 sykehjem. Kapasiteten vår har vært 1 sykehjem i hvert halve år på grunn av det omfattende omfanget og at det er personale som jobber med pasientbehandling som har vært involvert i tillegg til vanlig jobb. Det har også vært problematisk å rekruttere sykehjem som har tatt imot tilbudet.
Hvilke mål som ble satt?	Færre innleggelser av sykehjemspasienter med APSD. Alderspsykiatrisk enhet ønsker å gi hjelpen der de bor for å unngå unødig flytting som gir uro og forvirring. SAMSA-

	manualen henvender seg til personalet som jobber på sykehjem der målet er holdningsendring.
<p>Var det stor enighet og entusiasme for prosjektet?</p> <p>Var det enighet mellom kommune og sykehus, eller var det en av partene som var den drivende part?</p>	<p>Det var både engasjement og enighet for prosjektet i vår poliklinikk og avdeling. Mange var involvert. Både overleger, psykologer, spesialsjukepleiere og vernepleiere. Vi reiste ut til sykehjemmene og underviste, og veiledet. Sykehjemmene måtte reflektere selv og jobbe med egne problemstillinger. Vi kontaktet sykehjem vi mente trengte et slikt opplegg, men det vi ikke hadde forutsett, var at sykehjemmene syntes opplegget var for stort og det var vanskelig å komme inn med vår undervisning. Det var spesialisthelsetjenesten som var den drivende part.</p>
Ble det satt en kostnadsramme for prosjektet	Vi fikk kr. 330.000, - fra Helse Vest for gjennomføring av prosjektet.
Hvor lenge har prosjektet vært i drift?	Første kontrakt ble undertegnet februar 2015. Det er fremdeles i drift, men på grunn av mye sykmeldinger i poliklinikken, har det kun vært en omgang med SAMSA-undervisning i 2018 og ingen vår 2019. Vi starter opp på et nytt sykehjem november 2019. Men hvis noen ønsker dette, reiser vi ut. Vi har fremdeles litt midler igjen.
Er prosjektet etter hvert integrert i den daglige driften?	Det er ikke integrert i den daglige driften per i dag, men vi holder på å lage et opplegg hvor SAMSA blir integrert i driften.
Hvordan har det påvirket driftskostnader og kvaliteten på tjenestene som ytes?	Kan ikke si noe om det har påvirket driftskostnader, men kvaliteten på samarbeidet mellom sykehjemmene som har gjennomgått undervisninger, har blitt bedre. Det er lettere for dem å ringe for å be om hjelp, og vi drar på ambulante besøk ved behov.
Er prosjektet evaluert?	Hver økt med undervisning er blitt evaluert med evalueringsskjema fylt ut av deltakerne. Vi har fått svært gode tilbakemeldinger når det gjelder personalet sitt utbytte av undervisningen. De sykehjem som tok imot tilbudet har vært fornøyde. Utfordringen har vært at det har vært vanskelig å få innpass, fordi det krevde at en stabil gruppe av personale stilte på alle undervisningsdagene, refleksjonsdagene og veiledning om lag 2 timer pr gang. Det har vært mellom 16 og 20 ansatte på de sykehjemmene vi har gjennomført undervisningsopplegget.

Eksempler på samhandlingsprosjekter Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste (USHT) i Møre og Romsdal

Er involverte i mange samarbeid med helseforetaket. Flere av disse er omtalt på den nasjonale hjemmesiden vår: <https://www.utviklingssenter.no/>

Aktiviteter og prosjekt for vårt USHT i Møre og Romsdal finner dere her:

<https://www.utviklingssenter.no/moere-og-romsdal.176115.no.html>

De av prosjektene som vi har samarbeid med Helseforetak er:

1. Trygg utskrivning med bruker som likeverdig part

2. Pasientforløp for den multisyke pasient
3. Erfaringer med ØHD og ØHD som læringsarena for leger og sykepleiere

Eksempler på samhandlingsprosjekter Helse Nord-Trøndelag

- **Mobil røntgen** et meget spennende prosjekt som er over i drift, og hvor følgeforskningsrapport straks er ferdig: <https://hnt.no/nyheter/2018/pa-hjul-med-rontgentjenesten>
- Hørselssentral på DMS Værnesregionen: <https://hnt.no/nyheter/2019/helse-nord-trondelag-apnet-ny-horselssentral-i-stjordal>
- **Visitat**, gjensidig visitt i kommuner og sykehusavdelinger ut fra gitte problemstillinger, forbedringsarbeid i forhold til gode pasientforløp: <https://hnt.no/nyheter/2019/styrker-samarbeidet-med-kommunene>
- **Trainee prosjekt**, samarbeid mellom Overhalla kommune og Sykehuset Namsos: se vedlagte
- **Hjemmesykehus** for nyfødte og premature: <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Presentasjoner1/2015%20Administrativt%20samarbeidsutvalg%20100615/Presentasjon%20-%20Hjemmesykehus%20for%20premature%20og%20syke%20nyfodte%20barn%20-%20ASU%20100615.pdf>
- Bruk av **videokommunikasjon** med pasientene, regionalt responsteam for barn og unge med **spiseforstyrrelser** og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten angående **sårbehandling**. <https://hnt.no/nyheter/2019/utvikler-fremtidens-helsetjeneste>
- **DMS Inn-Trøndelag**: <https://hnt.no/steder/dms-inn-trondelag>
- **DMS Værnesregionen**: <https://hnt.no/steder/vernesregionen-dms>

Eksempler på samhandlingsprosjekter Innlandet

<p>Kompetansebroen Eies av: Sykehuset Innlandet</p> <p><u>Kort om målsetning:</u> Sykehuset Innlandet implementerer i 2019 Kompetansebroen som er utviklet og implementert ved Ahus, sammen med Sykehuset i Vestfold. I Innlandet skal Kompetansebroen implementeres i alle 42 kommuner (Sykehuset Innlandets opptaksområde). Det jobbes parallelt, i et samarbeid med Inven2, ser man på nye selskapsprodukter i Kompetansebroen legge til rette for utvikling av Kompetansebroen som markeds plass for digitale læringsprodukter (eks VR/AR-læringsprodukter). Kompetansebroen skal også videreutvikles som kompetansedelingsplattform innen opplæring og veiledning for deling og spredning av vellykkede tjenesteinnovasjonsprosjekter i HF og kommuner. Kompetansebroen som kompetansedelingsplattform utgjør en viktig del av Sykehuset Innlandets innovasjonsstøttesystem og samarbeidsstruktur mot eksterne aktører, kommunene spesielt</p> <p><u>Finansiering:</u> Samhandlingsmidler tildelt av overordnet samarbeidsorgan (OSU) mellom SI og kommunene i Innlandet.</p> <p>Kontakt/mer informasjon: Bente Kristin Langvik Olsen, Prosjektleder (Bente.Langvik.Olsen@sykehuset-innlandet.no)</p>

<p>Sykehuset Innlandet HF (jun. 19)</p> <p>Prosjekt over i ordinær tjeneste</p> <p>Pågående forskning</p>	<p>SAM-AKS: Samhandling mellom Avdeling for Alderspsykiatri og kommunale sykehjem. <u>Eies av:</u> Sykehuset Innlandet, Divisjon psykisk helsevern</p> <p><u>Kort om innhold og målsetning:</u> I samarbeid med Kommunenes sentralforbund (KS) startet avdeling for alderspsykiatri ved SI i 2010 et samhandlingsprosjekt: Samhandling mellom avdeling for alderspsykiatri og kommunale sykehjem (SAM-AKS). Målet var at ansatte i spesialisthelsetjenesten skulle være forutsigbart og jevnlig til stede på sykehjem i kommunene. Sommeren 2014 ble SAM-AKS som prosjekt avsluttet, men fortsatte som en ordinær tjeneste som avdeling for alderspsykiatri ved SI tilbyr alle kommunene i Oppland og Hedmark, SAM-AKS III.</p> <p>Hovedmålet for SAM-AKS har vært:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedre undersøkelse og behandling av pasienter i sykehjem, dernest å utvikle og evaluere en modell for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten med fokus på oppfølging av pasienter i sykehjem. • Gi et bedre tilbud til pasienter med alderspsykiatriske sykdommer, både hjemmeboende og på sykehjem • Øke samhandlingene mellom ansatte i hjemmesykepleien, sykehjem, demensteam, demenskoordinator, sykehjemslege og fastlege i kommunene og alderspsykiatrisk avdeling SIHF. • Innføre en strukturert kartlegging av alderspsykiatriske symptomer og sykdommer hos alle hjemmeboende pasienter over 65 år som skal tildeles hjemmetjeneste <p>SAM-AKS er en kombinasjon av klinisk praksis og forskning, der ansatte ved alderspsykiatrisk avdeling i Sykehuset Innlandet er jevnlig til stede i sykehjem i kommunene for veiledning, opplæring og råd ved behandling av personer med demens. Ansatte i sykehjemmene kartlegger pasienter på sykehjemmet for kognitiv svikt, depresjon, somatisk helse, livskvalitet med mer. Dersom samtykke foreligger fra pasient eller pårørende samles data inn til forskning. Forskningen er pågående.</p> <p><u>Finansiering:</u> Midler fra samarbeidsutvalget, internt finansiert</p> <p>Kontakt/mer informasjon: Wenche Nordengen (wenche.nordengen@sykehuset-innlandet.no) Rapport: https://sykehuset-innlandet.no/Documents/SAM-AKS%202017.pdf Hjemmesiden Forskningssenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom: https://sykehuset-innlandet.no/fag-og-forskning/forskning/forskning-pa-alderspsykiatri-#samhandling-mellom-avdeling-for-alderspsykiatri-og-kommunale-sykehjem-(sam-aks)</p>
<p>Sykehuset Innlandet</p>	<p>Health Democratization – Utvikling av integrerte helsetjenester mellom sykehus, kommune og hjem <u>Eies av:</u> NTNU , SI samarbeidspartner og use case</p>

<p><u>Kort om innhold og målsetning:</u></p> <p>Ser på og utvikler teori og teknologi for deling av helsedata mellom aktørene (sykehus, kommune og hjem), på en god og sikker måte, som er sentralt i utvikling av integrerte helsetjenester</p> <p>Sykehuset Innlandet er en sentral samarbeidspart, og user case i prosjektet. Dette er et stort forskningsprosjekt smed både nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere, som ledes av forsker i informasjonssikkerhetsmiljøet på NTNU (Centre og Cyber- and Information Security, CCIS).</p> <p><u>Finansiering:</u> IKT Pluss programmet i NFR</p> <p>Kontakt/mer informasjon: Bian Yang, NTNU, prosjektleder (bian.yang@ntnu.no)</p> <p>Nettside: https://www.ntnu.edu/iik/healthdemocratization</p>

Eksempler på samhandlingsprosjekter Nordlandssykehuset

Nylig startet: **Implementering av avstandsoppfølging gjennom e-konsultasjoner i psykiatri på tvers av omsorgsnivå for å bedre kvalitet på pasientforløp og samhandling, samt å redusere ressursbruk.**

I tillegg har vi etablert desentralisert **KOLS-behandling og hjemmedialyse** i områder hvor distansen er lang og krevende for pasientene. Jeg søker litt mer kunnskap om dette og kan formidle det om du har interesse.

Eksempler på samhandlingsprosjekter Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oslo

Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke i Oslo har blitt gjennomført i samarbeid med KS i perioden 2017 – 2019. Bydelene Nordstrand, Søndre Nordstrand og Østernsjø, kommunal akutt døgnenhet (KØH), forsterket rehabilitering Aker (FRA), Ryen helsehus og medisinsk- og ortopedisk klinikk ved OUS har deltatt. Sluttrapporten oversendes oppdragsgiver som er Byrådsavdelingen for eldre, helse og arbeid 16.9.19. Sluttrapporten er følgelig ikke gjennomgått enda og kan derfor ikke deles.

Kort oppsummert er vår oppfatning at det har vært en vellykket satsing. Det foreligger en Oslo-modell for Pasientforløp for eldre og kronisk syke. Det er tatt utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget fra Trøndelag, der de har utviklet en modell for Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH). Det er blitt utarbeidet sjekklistor for hvert tjenestested som har deltatt, disse har blitt testet, justert og tilpasset målgruppen eldre og kronisk syke. Videre inneholder modellen prosedyre og prosesskart i EQS der informasjon knyttes sammen. Oslomodellen er utviklet med tanke på å kunne tas i bruk hele Oslo, inkludert sykehusene.

Pasientgruppen er altså eldre og kronisk syke.

Målet med arbeidet i læringsnettverket er:

- At brukeren opplever å være likeverdig i utarbeidelse av sitt pasientforløp
- At kommuner og helseforetak arbeider systematisk med pasientforløp og dokumenterer effekten for brukerne
- At kulturen i kommuner og helseforetak er preget av helsefremmende mestring (KS, 2017)

Det har vært stor enighet og entusiasme for prosjektet, både i kommunen og i OUS.

Læringsnettverket startet opp i 2017, men en noe lengre forankringsperiode i forkant.

FRA- Forsterket rehabilitering Aker - litt om oss på FRA, vi er fortsatt et prosjekt ut 2019 og har mange positive erfaringer i samhandlingen mellom kommune/sykehus.

Hvilke pasientgrupper som omfattes?	Pasienter med slag/hjerneblødning, ortopediske pasienter med behov for tverrfaglig rehabilitering. Fellesnevner: rehabiliteringspotensiale
Hvilke mål som ble satt?	Samhandle med spesialisthelsetjenesten slik at pasienter med behov for rehabilitering kan komme til oss direkte fra sykehus. Bidra til at flest mulig kan komme hjem uten tjenester eller med minst mulig tjeneste.
Var det stor enighet og entusiasme for prosjektet?	Avdelingen ble etablert som et direkte resultat av samhandlingsreformen som kom i 2012, et ledd i å bygge opp kompetansen innenfor rehabiliteringen i Oslo kommune. Det var enighet og stor entusiasme over etableringen.
Var det enighet mellom kommune og sykehus, eller var det en av partene som var den drivende part?	Det var enighet og likeverdighet mellom partene
Ble det satt en kostnadsramme for prosjektet	Det ble en etablering med 21 senger og kostnadsberegnet utfra pleiebehov og rehabiliteringsbehov.
Hvor lenge har prosjektet vært i drift?	Siden april 2012. Men 1.januar 2017 trådte en stor endring i kraft, plassene ble fullfinansiert slik at bydelene ikke måtte tenkte budsjett ved tildeling av rehabiliteringsplass. Det medførte en endring i samhandlingen mellom kommune og sykehus, en stor endring. Mye lettere å samhandle om å få inn riktige rehabiliteringspasienter.
Er prosjektet etter hvert integrert i den daglige driften?	Ja
Hvordan har det påvirket driftskostnader og kvaliteten på tjenestene som ytes?	Vi har fortsatt, ut 2019, tilskudd på 10.mill i opptrappingsmidler fra HOD til å opprettholde driften. Vi har også søkt eksterne midler i noen år, så vi har økt kvaliteten på tjenestene og utvidet tilbudet
Er prosjektet evaluert?	Da prosjektet ble fullfinansiert i 2017 startet vi med tverrprofesjonelle målinger for å dokumentere effekt av rehabilitering. Disse føres fortløpende og offentliggjøres i månedlige rapporter. Vi har også oversikt over alle som ikke har fått tildelt plass, pr. i dag er det i snitt 35% av alle som blir henvist som får plass.

Våre samhandlingspartnere innenfor spesialisthelsetjenesten er OUS, Diakonhjemmet, Lovisenberg og A-Hus. I tillegg hender det vi får henvisninger fra Radiumhospitalet og Rikshospitalet.

Fra Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid (Oslo)

Link til databasen – samhandlingsprosjekter:

<https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/fag-og-kompetanse-helse-og-omsorg/samarbeidsutvalget/samhandlingsprosjekter-i-helsesektoren/>

I databasen ligger følgende prosjekter. For hvert av prosjektene er det gitt en kort beskrivelse av hva prosjektet går ut på, prosjekteier og samarbeidspartnere, prosjektperiode og kostnader.

- "Hjem før lunsj"
- "Vel hjem" - Brukersentrerte tjenester for den multisyke pasienten

- "Min oversikt IP"
- Ambulant foreldreveiledning
- Fleksible og aktivt oppsøkende helsetjenester for eldre med alvorlig psykisk lidelse
- Modellutvikling for økt samhandling
- Pakkeforløp avklaring og oppfølging av ungdom og familier i risiko for alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer
- Pasientforløp etter fall og bruddskade
- Pasientforløp med mestring og rehabilitering i fokus

Eksempler på samhandlingsprosjekter Sunnaas

Videokonferanse som samhandlingsverktøy i såroppfølging

Samarbeid pasient, primærhelsetjeneste og Sunnaas sykehus. Tverrfaglig telemedisinsk oppfølging av personer med ryggmargsskade og trykksår. Kort oppsummert:

- Bruk av pc med videokonferanse og webkamera i trykksåroppfølging
- Tverrfaglig sårteam på poliklinikk på Sunnaas sykehus følger opp pasienter i eget hjem i tett samarbeid med pasient, hjemmesykepleie, assistenter og andre.
- Kost-nytte vurdering: Videokonsultasjon utgjør kun 15 % av kostnadene sammenlignet med oppmøte i poliklinikk, og kun 3 % sammenlignet med innleggelse. (Besparelsene er på samfunnsøkonomisk nivå, ikke på sykehusnivå.)
- Pilotprosjekt 2012 – 2013. Satt i drift fra 2013.
- Pågående doktorgradsarbeid (RCT) ved overlege Ingebjørg Irgens.
- Sykehuset var den drivende part, men kommunene svært positive.
- Vurdering og oppfølging av pasienter med mild til moderat kognitive vansker etter f.eks.

Eksempler på samhandlingsprosjekter Sørlandet sykehus

Hjemmebehandling med langvarig intravenøs antibiotika

et meget vellykket prosjekt der pasienter som tidligere måtte være innlagt, får denne behandlingen hjemme. Ved hjelp av infusjonspumpe og daglig oppfølging av sykepleiere fra kommunen, er det nye behandlingsforløpet en suksess. Kontaktperson er marianne.jacobsen@sshf.no

Helseforetaket deltar i forskningsprosjektet **TELMA- en felles telemedisinsk løsning på Agder, som dreier seg om avstandsoppfølging av personer med kronisk sykdom**. Dette er nyskapende og stimulerer til samhandling, oppgavedeling og andre måter å følge opp pasientene og pårørende på. <http://www.telma.no/> Sykehuset vil i samhandling med kommunene jobbe videre med avstandsoppfølging og hjemme-sykehus, blant annet utvide til flere pasientgrupper mv. Kontaktperson for sykehuset er Inger Alice Naley Ås, inger.alice.naley.as@sshf.no .

Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke er et nasjonalt læringsnettverk initiert av Kunnskapssenteret og KS som vårt helseforetak og kommunene på Agder har deltatt i. Forbedringsarbeid er stikkordet, og det har vært jobbet med en rekke forbedringspunkter mht. oppfølging av og samhandlingen omkring pasienter. Målet har vært å sikre pasienters/brukeres behov for å møte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester. KS selv har mye dokumentasjon på gode enkeltprosjekter i dette arbeidet.

<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/>

Ett eksempel fra Agder: Fra 30 ulike meldingsmaler til felles PLO (pleie- og omsorgsmelding)

Eksempler på samhandlingsprosjekter Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste (USHT) i Vestfold

Samhandlingsforløp mellom kommunene i Vestfold og Sykehuset i Vestfold

I forbindelse med handlingsplanarbeidet for 2015 besluttet "samhandlingsutvalget i Vestfold" at det skulle utarbeides et generelt pasientforløp i et "hjem til hjem" perspektiv, kalt Samhandlingsforløpet i Vestfold. Samhandlingsutvalget i Vestfold er et beslutningsorgan med representanter bestående av en administrativ leder fra hver kommune, fag- og samhandlingsdirektør og klinikkssjefene ved Sykehuset i Vestfold, representant fra praksiskonsulentordningen, PKO, representant for kommuneoverlegene, to brukerrepresentanter, og to tillitsvalgte.

Målgruppen for samhandlingsforløpet er pasienter og brukere som pleie -og omsorgstjenesten i kommunene, fastlegene og spesialisthelsetjenesten samarbeider om. Gjelder både somatikk og psykisk helse og rus. I realiteten er dette voksne pasienter med kroniske sykdommer som er innlagt i spesialisthelsetjenesten.

Prosjektet er organisert som et "program" - og består av 11 tverrfaglige forbedringsteam – 7 kommunale (ett i hver kommune) og 4 i Sykehuset i Vestfold (hver av pasientklinikkene) og USHT-Vestfold.

Forbedringsteamene møtes jevnlig for å følge opp forbedringstiltakene som er satt i gang.

"Hjem til hjem" forløpet er delt i 2 faser og oppstart med det praktiske arbeidet var i oktober i 2016.

Fase 1 omhandlet trygg overføring fra spesialisthelsetjenesten – trygt mottak i kommunehelsetjenesten. I denne fasen ble det jobbet med epikrisen, - spesielt med plan for videre oppfølging og samstemt legemiddelliste, PLO helseopplysninger- og utskrivingsrapport.

Fase 2 startet oktober 2017 og omhandlet trygg overføring fra kommunehelsetjenesten – og trygt mottak i spesialisthelsetjenesten.

Det er jobbet med å heve kvaliteten og standardisere meldinger som sendes elektronisk mellom kommune – og spesialisthelsetjenesten.

Kommunene har jobbet med en rutine som har medført at utskrevne pasienter får oppfølging av sykepleier innen 3 dager etter utskriving og oppfølging av fastlege innen 14 dager etter utskriving (for pasienter med tjenester i hjemmet).

I fase 2 ble det også utarbeidet og implementert en standardisert innleggelsesrapport fra kommunal pleie- og omsorgstjeneste i Vestfold til spesialisthelsetjenesten.

Implementeringsarbeidet fortsatt i 2019 og er fortsatt pågående.

Det er også igangsatt tiltak for å bedre kvaliteten i legehenvisningen til spesialisthelsetjenesten.

Fullstendig rapport er under utarbeidelse.

Eksempler på samhandlingsprosjekter Vestre Viken

Et kontinuerlig samarbeid om kompetanse på nivå i virksomhetene. Tverrfaglig kompetansesamarbeid (veiledning, fagdager, nettverk, kurs, hospitering) understøtter den ansvars og oppgavefordelingen som er forventet av nasjonale myndigheter og gitt i oppdragsdokument og gjennom ulike styringssignaler. I noen tilfeller kan dette være et resultat av initiativ fra formelle samarbeidsutvalg, men svært ofte vil dette være et resultat av en arbeidsform og et ansvar som tas i klinikken. PKO har et særlig ansvar for kompetanseutvikling fastleger-sykehusleger.

FACT - Ambulante team psykisk helse og rus

FACT team, ambulante tjenester i samarbeid med alle 26 kommuner. Team organisert rundt alle 5 DPS i tillegg til sikkerhetsseksjonen på Blakstad.

Trygg utskriving

Prosjekt som involverte forbedringsarbeid i alle klinikker med læringsnettverk og deltakelse fra kommunehelsetjenesten, fastleger og brukere. Implementering og oppfølging i drift. To vedlegg

Alle pasienter var målgruppen for Trygg utskriving.

Mål: Å få pasienter og pårørende aktivt deltagende i planleggingen av utskrivningen slik at de opplever seg godt ivaretatt, trygge i utskrivingsprosessen og forberedt på hjemreise. Videre er målet å forbedre systemet for utskrivning for å sikre informasjonsflyt og godt samarbeid med fastleger og det kommunale tjenestenivå.

Trygg utskrivning ble god mottatt som et satsningsområde, men det ble brukt lengre tid på forankringsprosessen i linjen enn forventet. Når læringsnettverket startet med forbedringsteam fra alle klinikkene i Vestre Viken, var engasjementet stort fra deltagerne. De arbeidet med områder innenfor utskrivingsprosessen som de definerte som utfordringsområde hos seg selv.

Gjennom læringsnettverket fikk de kunnskapsgrunnlaget for Trygg utskrivning og annet faglig påfyll for å bli bedre rustet til å lage god utskrivingsprosess for pasientene.

Vestre Viken var driver av læringsnettverket, kommunene deltok blant annet med praksiskonsulentene, som var aktive deltagere i alle forbedringsteamene. Representanter fra kommunene presenterte sine behov fra sykehusene for å kunne gi gode helsetjenester til pasientene etter utskrivning. Nettverk for kommunene var referansegruppe for arbeidsgruppen i Trygg utskrivning.

Læringsnettverket startet opp høsten 2017 og ble avsluttet sommeren 2019 men flere av forbedringsteamene fortsatte arbeidet videre. Det har gjennomgående vært arbeidet med å bedre informasjon til samarbeidspartnere (epikrise) og informasjon og involvering av pasient i utskrivingsprosessen. Ansvarlige for læringsnettverket har hatt telefon intervju med samtlige ledere av forbedringsteam for å innhente tilbakemeldinger fra alle teamene om hva de mente skulle lages felles dokumenter på. Det ble blant annet utarbeidet felles retningslinje for Trygg utskrivning med vedlegg av huskeliste for utskrivingsprosessen og informasjon til pasient ved utreise.

Læringsnettverk for Trygg utskrivning har bidratt til å bedre utskrivingsprosessen for pasienter og pårørende, noe vi ser gjennom målinger i forbedringsarbeidene. Det har samtidig bidratt til kulturbygging for kontinuerlig forbedring og større kjennskap til hverandre på tvers av klinikkene. Det å skape noe sammen, som gir merverdi for pasientene, gir mening i en allerede fra før travel hverdag.

Læringsnettverket er evaluert av deltagerne gjennom hver samling og en sluttevaluering

Pasientforløp hjem til hjem

Diagnosespesifikke pasientforløp, organisert som forbedringsarbeid med læringsnettverk. I driftsfase.

Prosjektet "Pasientforløp – hjem til hjem" ferdigstilte våren 2016 pasientforløp for pasientgruppene

- Hoftebrudd
- Kols
- Risikofylt alkoholforløp (Alkohol og helse)

Målet for pasientforløpsarbeidet var å forbedre og utarbeide evidensbaserte og felles beskrivelser av pasientforløpene. Arbeidet ble ledet av prosjektledelse fra Vestre Viken og ble utført tverrfaglig og tverrsektorielt, i et samarbeid mellom klinikkene i Vestre Viken og 10 av 26 samarbeidende kommuner. Arbeidet ble organisert etter metodikken *læringsnettverk*. I forbindelse med utarbeidelsen av pasientforløpene er det gjennomført en rekke forbedringsarbeider, og flere av disse omhandler samhandlingen med kommunehelsetjenesten og/eller fastlegene. Eksisterende rutiner og prosedyrer ble forbedret og standardisert. Det er utviklet ulike verktøy for å kvalitetssikre overganger og informasjonsflyt – bl.a til kommunene, f.eks. sjekklister ved utskrivning, egenbehandlingsplan og pasientinformasjon. Brukermedvirkningen som har vært sentral i arbeidet har påvirket rutinebeskrivelser og prosedyrer utarbeidet i pasientforløpsarbeidet, både i helseforetaket og i kommunene. Pasientforløpene er i sin helhet publisert på vestreviken.no, etter enighet mellom samarbeidspartene. Som en synergi av arbeidsprosessen har arbeidet vært relasjon- og kompetansebyggende, både innad i og mellom tjenestenivåer. Deltakerne i arbeidet (representanter fra de ulike tjenestestedene) opplevde det svært positivt å samarbeide med spesifikke fagområder og samhandling.

Utviklingen av helhetlige pasientforløp gjennomført i samarbeid mellom Vestre Viken og 10 kommuner har vært krevende, da det er komplekse organisasjoner og arbeidet med pasientforløp i slikt omfang har vært

nybrottsarbeid. Det har derfor vært tid- og ressurskrevende, og behov for forankring og støtte fra ledelsen har vært tydelig.

Det ble gjennomført evaluering av fase 1 av prosjektet i form av fokusgruppeintervju med ni av deltakerne og med elektronisk spørreskjema sendt ut til alle deltakerne. Spørreundersøkelsen hadde stor svarandel og viste at arbeidet ble opplevet faglig engasjerende, relasjonsbyggende, og krevende i forhold til forankring i organisasjonen. De opplevde også at det var balanse i arbeidet, mht samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Fase 2 av prosjektet innebar implementering av pasientforløpene i deltakende sykehus og kommuner, og spredning arbeidet ut til de kommuner og sykehus som ikke hadde deltatt i arbeidet. Kommunene og sykehusene fikk selv ansvaret for implementering innenfor egen virksomhet, da det er de som kjenner virksomheten best og vet hvilke tiltak som vil være mest naturlig - og riktig - å iverksette for å få pasientforløpene implementert og brukt. Prosjektledelsen bistod innledningsvis med implementeringen, og oppfordret kommunene og klinikkene til videre implementering. Pasientforløpene er helt eller delvis implementert i helseforetakets avdelinger. Det foreligger ikke noen dokumentasjon på i hvilken grad innholdet i pasientforløpene er kjent og brukt i de 26 kommunene. Vårt inntrykk (relatert til tilbakemeldinger og dialog generelt) er at det er svært varierende. De kommunene som ikke var deltakende i læringsnettverket er ikke/i mindre grad kjent med arbeidet. Vi har tilbakemeldinger fra fastlegene om at de har nytte av rutiner, struktur og informasjon som er utarbeidet i arbeidet

Tidlig oppdagelse av forverret tilstand – en sammenhengende akuttkjede

Drammen sykehus og Lier kommune. Bygger på bruk av Pro Act et verktøy som brukes av alle sykehus og kommuner (tidligere prosjekt kompetansesamarbeid, nå i drift). Hensikten er tidlig oppdagelse av forverret tilstand gjennom felles begrepsforståelse og sammenhengende dokumentasjon gjennom hele behandlingsskjeden.

- Utvikle og implementere kunnskapsbasert praksis
- Utarbeide felles samhandlingsverktøy for informasjon og samhandling som følger pasienten i helle akuttkjeden
- Overvåkning av vitale parametere i NEWS2 bidrar til å hjelpe helsepersonell til å prioritere ut fra alvorlighetsgrad
- Bruk av standardisert verktøy (NEWS 2) gjør at forverret tilstand kan oppdages tidligere og behandling og oppfølging på rett omsorgsnivå iverksettes raskere
- Viktig i samhandlingen på tvers av yrker og nivåer med felles kunnskap og trygg kommunikasjon ved bruk av samme verktøy (ISBAR)
- Standardisert flyt gir raskere og riktigere behandling og mindre variasjon i den akuttmedisinske kjeden.

Sår oppfølging via kamera hjemme hos pasient

Kongsberg sykehus og samarbeidskommuner. Prosjektkontaktperson Knut Runar Knutsen bsknur@vestreviken.no

I tillegg til samhandlingssjef i fagdirektørs stab (undertegnede) har vi ansvarlig for funksjonen samhandling i hver klinikk. Disse kan kontaktes for mer informasjon om lokalt forankrede samhandlingstiltak.

Klinikk psykisk helse og rus: avdelingssjef Kristin Tafjord Lærum

Klinikk Drammen: samhandlingssjef Ingvild Olstad Andersen

Klinikk Bærum: samhandlingssjef Christine Furuholmen

Klinikk Ringerike/HSS: avdelingssjef Ingeborg Rinnaas

Klinikk Kongsberg: helsefaglig sjef Knut Runar Knutsen

Eksempel på samhandlingsprosjekt Sykehuset Vestfold

Integrerte helsetjenester / de som trenger oss mest

Utvikling av samhandlingsmodeller for mer integrerte helsetjenester – forslag til mandat for videre arbeid

Hensikten med saken

Hensikten med saken er å godkjenne forslag til mandat for nye samhandlingsmodeller, avklare hvordan prosjektet skal organiseres og bemannes, og avklare fremdriftsplanen frem mot september 2019

Forslag til konklusjon

1. Forslag til mandat godkjennes
2. Forslag til organisering og bemanning godkjennes
3. Forslag til fremdriftsplan godkjennes

Bakgrunn

Arbeidet med å identifisere pasientgrupper som kan ha behov for mer "integrerte helsetjenester" har pågått siden sommeren 2018. Fram til møtet i Samhandlingsutvalget (SU) den 20. september i år, foregikk det et arbeid i regi av en arbeidsgruppe som konkretiserte dette innsatsområdet. Denne arbeidsgruppen besto av representanter fra kommunene i Vestfold, Sykehuset i Vestfold (SiV) og en brukerrepresentant.

Resultatet av arbeidet er beskrevet i rapporten "Pasienter med behov for mer integrerte helsetjenester – innstilling fra arbeidsgruppe". Rapporten peker på to pasientgrupper som det anbefales å iverksette konkrete prosjekter for. Disse er:

- Barn og ungdom i risikozonen for å utvikle psykiske helseproblemer
- Multisyke pasienter med behov for bedre koordinerte og integrerte helsetjenester

SU sluttet seg til prosjektet og de anbefalte pasientgruppene i møtet den 22.11.18. I samme møte ble AU gitt fullmakt til å "gi mandat til arbeidsgrupper som konkretiserer prosjektbeskrivelser for arbeidet frem til neste møterunde" (referat fra 22.11.18)

Hva er kjernen i det som skal leveres – når den fasen prosjektet nå går inn i, er avsluttet?

I de neste fasene av arbeidet som dette mandatet omhandler skal det utformes/beskrives konkrete samhandlingsmodeller for hver av de to målgruppene som er nevnt ovenfor. Det er ønskelig at arbeidet i de neste fasene kan bidra til ytterligere spissing/ konkretisering av de to målgruppene. Det skal ikke implementeres nye modeller i denne fasen, men arbeidet skal beskrive modeller så konkret - at det er mulig å implementere dem i neste fase som er gjennomføringsfasen. Forslag til nye samhandlingsmodeller skal utformes i henhold til de mål og premisser som er beskrevet i rapporten.

Med begrepet modell menes en beskrivelse av blant annet:

- Hvilke aktører som samhandler/deltar
- Hva aktørene samhandler om
- Hvordan de samhandler
- Hvem som har hvilke roller i samhandlingen
- Hvem som bidrar med hvilke ressurser og hvilken kompetanse
- Hvilken informasjon de samhandlende parter legger til grunn/har tilgang til

Forslag til mandat for arbeidet/spørsmål som skal besvares

I arbeidet med å utvikle konkrete, integrerte modeller for bedre samhandling, skal likelydende spørsmål for begge målgruppene besvares:

1. Beskriv noen typiske/kritiske situasjoner hvor aktørene i dag kommer til kort/ikke greier å levere så gode tjenester som ønskelig i forhold til denne pasientgruppen.
 - Hva kjennetegner disse situasjonene?

- Hva er det aktørene ikke får til/ikke lykkes med?
 - Hva er det som hindrer aktørene i å gjøre en så god jobb som de skulle ønsket?
2. Beskriv hvordan aktørene skulle ønsket at de kunne agert i de situasjonene som er beskrevet i punktet ovenfor?
 - Hvilken informasjon skulle de ønsket at de hadde tilgang til?
 - Hvilken kompetanse skulle de ønsket at de hadde tilgang til?
 - Hvilke arenaer/møteplasser skulle de gjerne sett var etablert?
 3. Beskriv en modell/en arbeidsform hvor ønskene/behovene i punktet ovenfor er imøtekommet
 - Hvordan jobber aktørene når en slik modell er etablert?
 - Hvem deltar og på hvilken måte?
 - Hvilken kompetanse er tilgjengelig?
 - Hvilken informasjon er tilgjengelig?
 - Hvordan skjer informasjonsutvekslingen?
 4. Hva hindrer aktørene i å realisere den modellen som er beskrevet i punktet ovenfor?
 - Økonomiske begrensninger?
 - Tilgang på kompetanse?
 - Manglende IKT systemer?
 - Har ikke de arenaene/møteplassene som er nødvendige?
 - Kulturelle utfordringer
 5. Hva må til for å realisere modellen?
 - Beskriv tiltak så utførlig som mulig.
 - Hvordan samhandler aktørene når modellen fungerer?
 6. Beskriv - så langt som arbeidet har gitt grunnlag for det – hvilke kriterier som bør brukes for å inkludere personer i den aktuelle pasientgruppen.
 - Hva kjennetegner de pasientene som i størst grad vil kunne ha nytte av den samhandlingsmodellen som er foreslått?
 7. Hva vil være suksesskriterier på at aktørene lykkes med den nye modellen?
 - Hvordan måle suksess/at man lykkes?
 - Hva vil være kjennetegnene på at modellen fungerer?
 8. Hva er de viktigste/mest utfordrende risikofaktorene med hensyn til å realisere modellen?
 - Beskriv risikofaktorene
 - Beskrive de viktigste tiltakene som kan/bør iverksettes for å håndtere risikofaktorene
 9. Hva trengs av forankring/informasjon/kommunikasjon før modellen kan realiseres?
 10. Hvordan kan den foreslåtte modellen implementeres?
 - Beskriv en implementeringsstrategi så konkret som mulig.

Forslag til organisering av arbeidet

Siden hovedtema i dette arbeidet er "integreerte helsetjenester" vil det være både nyttig og lærerikt å etablere en felles styringsgruppe for de to målgruppene.

Styringsgruppe

- AU
- Kommunalsjefer fra oppvekstområdet
- 1-2 brukerrepresentanter
- PKO/Fastlege

Prosjektgruppe for målgruppe 1

I hovedsak folk fra praksisfeltet

Det bør være noe personoverlapp fra arbeidet i de tidligere fasene.

Det bør frikjøpes prosjektleder i hvert fall i 50 % stilling fram til SU møtet i september.

Prosjektleder bør – i tillegg til fagkompetanse – ha erfaring med å lede prosjekter

Prosjektgruppe for målgruppe 2

I hovedsak folk fra praksisfeltet

Det bør være noe personoverlapp fra arbeidet i de tidligere fasene.

Det bør frikjøpes prosjektleder i hvert fall i 50 % stilling fram til SU møtet i september.

Prosjektleder bør – i tillegg til fagkompetanse – ha erfaring med å lede prosjekter

Innspill til arbeidsform og metode

For å komme godt i gang med arbeidet, er det viktig at prosjektgruppene får noe starthjelp:

- Orienterer medlemmene om sammenhenger og føringer
- Avklare forventninger
- Sjekke ut motivasjon
- Få hjelp til å lage en prosjekt- og framdriftsplan

Kunnskapsgrunnlaget / erfaringer fra andre

Gjennom arbeidet i de tidligere fasene av prosjektet er det innhentet mye materiale og eksempler på gode samhandlingsmodeller fra både inn- og utland. Dette bør systematiseres og stilles til prosjektgruppens disposisjon. Det er viktig at prosjektgruppene får tilstrekkelig hjelp til dette.

Ressurser

Den overordnede framdriften i prosjektet – med leveranse i september 2019 – forutsetter at prosjektdeltakerne kan avsette en del tid til arbeidet i prosjektet. Det forutsetter også at det settes av noe økonomiske midler til disposisjon for de to prosjektgruppene.

Konkret bør det avsettes midler til:

- Frikjøp av to prosjektledere i 50 % stilling fram til september.
- Midler til studiereiser mv for å innhente andres erfaringer.
- Noe midler til å arrangere eventuelle seminarer/workshops mv bredere deltakelse

Forslag til tidsplan

Arbeidet med å besvare mandatet deles opp i to trinn:

1. Det første trinnet består av perioden fram til SU møtet i mai. Til det møtet skal det gis en "løypemelding"/ foreløpig statusrapport på spørsmålene 1 – 3 i mandatet.
2. Det andre trinnet består av perioden fra SU møtet i mai til SU møtet i september. Til det tidspunktet skal det foreligge en rapport som besvarer alle hovedspørsmålene i mandatet.

Prosjektgruppene lager en mer detaljert framdrifts-/milepælplan når de er etablert.

Referanser

1. HOD, *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2008: Oslo. p. 150.
2. HOD, *Nasjonal veileder, Samhandlingsreformen, lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regional helseforetak/helseforetak* H.o. omsorgsdepartementet, Editor.: Oslo. p. 39.
3. omsorgsdepartementet, H.-o., *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2014, HOD: Oslo. p. 169.
4. Riksrevisjonen, *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen*. 2016, Riksrevisjonen: Oslo. p. 99.
5. Powell, A.e.a., *A systematic review of quality improvement models in health care*. . 2008, Scotland: Social dimensions og Health Institute. The University of Dundee and St. Andrews.
6. Oxman, A.T., MA. Davis, DA. Haynes, RB., *No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practise*. SCanadian Medical Association Journal, 1995. **153**: p. 8.
7. Bero, L.G., R, Grimshaw, JM. Harvey, E. Oxman, AD. Thomson, MA., *Closing the gap between research and practise: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings*. *The Cochrane Effective Practise and Organization of Care Review Group*. BMJ, 1998. **317**: p. 3.
8. Jacobsen, D., *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. 2012, Bergen: Fagbokforlaget.
9. Pfeffer, J.S., Robert I., *The Knowing-Doing Gap: How Smart Companies Turn Knowledge into Action*. 199, Cambridge: Harvard Business School Press.
10. Scøn, D., *The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action*. 1981, New York.
11. Hagen, T.R., L., *Nyskaping og læring via statlige forsøksordninger*. 1988, NIBR: Oslo.
12. Offerdal, A., *Den politiske komunen*. 1992: Det norske samlaget.

Delrapport 3

Mulige endringer i rammevilkår og øvrige betingelser som kan bidra til bedre og mer likeverdig samhandling

Innholdsfortegnelse

1	Rammevilkår for kommuner og helseforetak.....	128
1.1	Rammer gitt av lovverket.....	128
1.2	Finansiering.....	129
2	Endringer i rammevilkår siden samhandlingsreformen	130
3	Mulige endringer i rammevilkår og øvrige betingelser som kan bidra til bedre og mer likeverdig samhandling.....	131
3.1	Hva har delprosjekt 1 og 2 avdekket av problemstillinger og muligheter?	131
3.2	Vurdering av tiltak og forslag som foreligger.....	135
3.2.1	Direkte statlig finansiering av pleie- og omsorgstjenesten	135
3.2.2	Øremerket finansiering.....	136
3.2.3	Nye samhandlingsorgan	137
4	Forslag til endringer.....	138
4.1	Organisatoriske endringer	138
4.2	Endring av finansiering.....	140
5	Konklusjon	143

1 Rammevilkår for kommuner og helseforetak

1.1 Rammer gitt av lovverket

De generelle rammene for kommunal virksomhet følger av kommuneloven.¹ Ny, endret kommunelov trådte i kraft 1. januar 2020. I den nye kommuneloven er grunnstammen i loven videreført. Endringene som er gjort gir samlet sett økt kommunalt selvstyre. Det er lovfestet enkelte prinsipper for nasjonale myndigheters forhold til det kommunale selvstyre:[1]

- Forholdsmessighetsprinsippet innebærer at det kommunale selvstyre ikke bør begrenses mer enn det som er nødvendig for å ivareta nasjonale mål.
- Nærhetsprinsippet innebærer at offentlige oppgaver fortrinnsvis bør legges til det forvaltningsnivået som er nærmest innbyggerne.
- Finansieringsprinsippet innebærer at innenfor rammene av nasjonal økonomisk politikk bør kommune ha frie inntekter som gir økonomisk handlingsrom.

Detaljert statlig styring skal være særskilt begrunnet i nasjonale mål om rettssikkerhet, likhet og likeverd, liv og helse, makroøkonomisk styring, effektiv og samordnet bruk av offentlige ressurser.

Kommunestyret er det øverste kommunale organet. Det treffer vedtak på vegne av kommunen så langt ikke annet følger av lov eller delegasjonsvedtak.

Samtidig med at Samhandlingsreformen trådte i kraft, 1. januar 2012, trådte også ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) i kraft. Den erstattet Lov om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven]².

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hva som er helse- og omsorgstjenester etter loven her.

Alle offentlige sykehus er etablert som statlige helseforetak. Private sykehus, kommersielle og ideelle, samt privatpraktiserende spesialister inngår avtaler med ett av de fire regionale helseforetakene.³[2]

Helseforetaksloven beskriver regionale helseforetak og helseforetak slik:⁴

"Regionale helseforetak er virksomheter som eies av staten alene og som er opprettet i medhold av § 8 i lov om helseforetak. Regionalt helseforetak legger til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov. Regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. I forbindelse med langsiktig planlegging skal regionale helseforetak vurdere om deler av tjenestene skal ytes gjennom inngåelse av avtale med private eller offentlige virksomheter som de ikke eier selv.

Helseforetak er virksomhet som eies av ett eller flere regionale helseforetak eller helseforetak og som er opprettet i medhold av § 9 i lov om helseforetak. Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning samt andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, eller som er pålagt i lov eller avtalt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Eier er staten ved departementet i regionale helseforetak og staten ved regionale helseforetak i helseforetak. Eier utøver den øverste myndighet i foretak i foretaksmøte. Eier kan ikke utøve eierstyring i foretak utenom

¹ Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)

² Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen eller private som har avtale med kommunen, når ikke annet følger av loven her.

³ 12,3% av total spesialisthelsetjeneste er beregnet å være privat

⁴ Lov om helseforetak mm. (helseforetaksloven)

foretaksmøte. Departementet skal årlig avholde foretaksmøte i løpet av årets to første måneder for å fastsette økonomiske og organisatoriske krav og rammer for regionale helseforetak."

1.2 Finansiering

Tabell 1 viser at rammetilskudd og skatteinntekter utgjør like under 70 prosent av kommunenes inntekter. Driftsinntekter og salgs- og leieinntekter utgjør 25 prosent. Som beskrevet i kommuneloven over, er det meste av dette frie inntekter. Kommunene bestemmer selv hvor stor andel av den samlede inntekten som skal gå til helse- og omsorgsformål. Som vist i delrapport 1⁵ har utgiftene til helsetjenester vært 1/3 av kommunenes samlede utgifter siden 2011, med bare svært små avvik.

Tabell 1 Finansieringskilder for norske kommuner 2018⁶

Andre driftsinntekter, ekskl. mva.-kompensasjon	10,83 %
Andre statlige tilskudd til driftsformål	4,92 %
Brutto inntekt fra konsesjonskraft, kraftrettigheter og annen kraft for videresalg, ekskl. mva.-kompensasjon	0,37 %
Eiendomsskatt totalt	3,05 %
Kompensasjon for merverdiavgift i driftsregnskapet	2,16 %
Rammetilskudd	28,39 %
Salgs- og leieinntekter i driftsregnskapet	14,20 %
Skatt på inntekt og formue inkludert naturressursskatt	36,08 %

Utgiftene til kommunale helse- og omsorgstjenester var 130,5 mrd. kroner i 2018. I tillegg til inntektene som er fordelt i tabell 1, kommer egenandeler og trygderefusjoner (ikke basistilskuddet) til private fastleger som har inngått avtaler med kommunene. I 2017 var den samlede finansieringen av fastlegeordningen 9,6 mrd. kroner. Basistilskuddet betalt av kommunene var i underkant av 2,4 mrd. kroner, egenandeler betalt av pasientene var ca. 2 mrd. kroner og trygderefusjon utgjorde i overkant av 5 mrd. kroner [1].

Spesielle tiltak knyttet til Samhandlingsreformen ble bevilget særskilt første året (andre statlige tilskudd til driftsformål) og gikk så inn i rammetilskuddet.

Tabell 2 viser hvordan inntektene til de regionale helseforetakene fordeler seg på finansieringskilder. Der utgjør basisbevilgningen og innsattsstyrt finansiering så godt som 90 prosent av inntektene.

⁵ Delrapport 1 fra dette prosjektet følger som utrykt vedlegg

⁶ Kilde SSB: Tabell 12330: Finansiering av driften, etter region, regnskapsbegrep, statistikkvariabel og år

Tabell 2 Fordeling av inntektene til regionale helseforetak, budsjett 2018⁷

Spesielle driftsutgifter	0,01 %
Særskilte tilskudd	0,47 %
Kvalitetsbasert finansiering	0,36 %
Basisbevilgning	65,37 %
Innsatsstyrt finansiering	24,41 %
Laboratorie- og radiologiske undersøkelser	2,12 %
Forskning og nasjonale kompetansesentre	0,79 %
Kompensasjon for merverdiavgift	4,34 %
Protonsenter	0,01 %
Investeringslån	1,96 %
Opptreksrenter for lån	0,04 %
Driftskreditter	0,11 %

Den eneste finansielle forbindelsen mellom kommunene og helseforetakene knytter seg til overliggerdøgn for utskrivingsklare pasienter. Kommunene er pålagt å betale fastsatt døgnpris for slike døgn og det inntektsføres på egen post i de regionale helseforetakene.

Andre overføringer mellom helseforetak og kommuner følger av særskilte avtaler inngått mellom de to partene.

2 Endringer i rammevilkår siden samhandlingsreformen

I forbindelse med iverksettingen av samhandlingsreformen er kommunenes selvstendighet og rett til å beslutte bruken av sine frie inntekter forsterket. Som en del av reformen ble overføringene til kommunene styrket med et generelt beløp, ett beløp som skulle finansiere medfinansiering av spesialisthelsetjenester og midler for å bygge opp egne tjenester eller eventuelt betale for overliggerdøgn for utskrivingsklare pasienter. Etter noen års drift ble medfinansiering avsluttet og overføringen kanalisert tilbake til helseforetakene.

Allerede i 2012 ble det startet forsøk med øyeblikkelig hjelp senger i kommunene. Fra 2016 skal alle kommuner ha et tilbud med kommunale øyeblikkelig hjelp senger (KØH)⁸. For å dekke økte utgifter til dette, ble rammetilskuddet økt med 600 millioner kroner. I 2017 ble det bevilget midler til øyeblikkelig hjelp for psykiatriske pasienter og rusmisbrukere, som da ble innlemmet i denne ordningen.

I samhandlingsproposisjonen[3] står det at:

"For det første vil Regjeringen foreslå å etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene". En slik plikt er ikke formalisert, men det er etablert samhandlingsorgan som skal bidra til å utvikle samarbeidet og løse eventuelle konflikter som oppstår.

I mai 2016 ble det etablert et forsøk med direkte statlig finansiering av helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Fem kommuner har deltatt i forsøket. Fra 2020 er det et mål at ytterligere seks kommuner skal bli inkludert i forsøket.

⁷ Fra Statsbudsjettet 2018-2019

⁸ "Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til." (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd)

3 Mulige endringer i rammevilkår og øvrige betingelser som kan bidra til bedre og mer likeverdig samhandling

En endring av rammevilkår involverer mange nivå og funksjoner. Innføring av medfinansiering viser at den faktiske effekten av et tiltak ikke trenger å være som forventet [4]. Etter evaluering av tiltaket ble det derfor terminert. Våre vurderinger i dette kapitlet tar utgangspunkt i hva delprosjekt 1 har vist er dagens utfordringer i tjenestene og hva delprosjekt 2 har vist er gode prosjekt som har bedret samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vurderingene er gjort av forfatterne av denne prosjektrapporten, og er innspill til en viktig debatt om hva det bør arbeides med framover for å bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Flere av problemstillingene vi presenterer er på ingen måte nye. Der vi vet at andre har behandlet problemstillingene refererer vi til disse.

3.1 Hva har delprosjekt 1 og 2 avdekket av problemstillinger og muligheter?

Målt i kroner har andelen av nasjonaløkonomien som går til helsetjenester økt svakt, mens andelen av årsverk har sunket svakt. På begge områder har økningen vært høyere enn befolkningsveksten. Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har fulgt hverandre både når ressursene måles i kroner og i årsverk. Begge nivåer av helsetjenesten har hatt en realvekst, men ikke vesentlig større enn andre sektorer av økonomien. Innføringen av samhandlingsreformen ga kommunehelsetjenesten en noe høyere vekst enn spesialisthelsetjenesten de første årene, men dette er nå jevnet ut.⁹ Fordelingen mellom de to tjenestenivåene er i dag slik den var før innføringen av samhandlingsreformen. For kommunesektoren har andelen utgifter til helse- og omsorgstjenester holdt seg helt konstant siden innføringen av samhandlingsreformen. De økte overføringene i årene like etter reformen er lignet ut av økte utgifter også på andre kommunale ansvarsområder.

Det synes som eksisterende tjenester bestemmer mer for utviklingen av ressurstildelingen enn øremerkete enkeltsatsinger. Selv en overføring på 900 millioner kroner (Statsbudsjettet 2013-14) utgjør mindre enn én prosent av de samlede utgifter til kommunale helsetjenester og "forsviner" da i de årlige justeringer av de kommunale budsjetter til helse- og omsorgstjenester som samlet var 140,5 mrd. kroner i 2018. Da er ikke egenandeler og overføringer fra HELFO til privatpraktiserende fastleger med i beløpet

Det er enighet om at kommunene har fått mer krevende oppgaver i perioden. Både våre intervjuer og en rekke utredninger som refereres i delrapport 1 viser dette. Statistikk presentert i delrapport 1 viser at antallet brukere i kommunene og pasienter i spesialisthelsetjenesten har økt. Kompleksiteten målt i bistandsbehov i kommunene og i DRG-enheter for spesialisthelsetjenesten har også økt noe. Det har vært en realvekst i ressursene til kommunehelsetjenesten. Om den har vært tilstrekkelig til å dekke nye og mer krevende oppgaver er ikke vurdert i dette prosjektet. Intervjuene tyder på at det er behov for mer ressurser både når det gjelder antall stillinger og kompetanse på begge tjenestenivåer.

I flere rapporter vises det til at samhandlingsreformen har ført til redusert liggetid, og at det som et resultat av dette er overført flere oppgaver og mer ansvar til kommunehelsetjenesten. Det er ingen tvil om at liggetida er redusert i sykehus, men vi viser i delrapport 1 at reduksjonen i liggedøgn har vært ganske jevn helt siden 1990. Gjennomsnittlig liggetid har sunket noe mer enn antallet liggedager. Noen av våre informanter sier at tidligere utskrivning mer er et uttrykk for hva som er riktig behandling, gitt dagens kunnskap og ressurser, enn samhandlingsreformen. Flere av informantene sier at reformen kan tolkes som et svar på en utvikling som var i gang, og som fortsatt er i utvikling.

Helsesektoren vil i årene som kommer ha en stor utfordring med å rekruttere alle typer fagpersonell. Her ser vi på noe som synes å være en ubalansert utvikling for leger. Det synes det å være en ubalanse i

⁹ Se tabell 1, Delrapport 1

ressurstilfanget for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Økningen i antall leger i spesialisthelsetjenesten har vært 3881, mens økningen av leger i kommunehelsetjenesten har vært 1126. Økningen i spesialisthelsetjenesten har vært nesten like stor som det samlede antallet fastleger. Antallet fastleger var 4 753 i 2018. I samhandlingsreformen ble det vurdert et behov for 2 000 flere fastleger. Den faktiske økningen har vært om lag 600 siden 2012, da samhandlingsreformen trådte i kraft. Den øvrige økningen av leger i kommunehelsetjenesten er knyttet til sykehjem, administrative stillinger og øyeblikkelig hjelp senger. Flere leger i spesialisthelsetjenesten gir mulighet til å behandle flere, men det vil antagelig også gi flere oppgaver for kommunehelsetjenesten. Våre informanter fra kommunehelsetjenesten sier i intervjuene at de har behov for mer medisinsk støtte. I denne sammenhengen betyr det leger.

Et annet område som viser en markant endring, er den sterke økningen av tjenester ytt i hjemmet av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samtidig har det vært nullvekst for brukere i kommunale institusjoner. Tilsvarende har spesialisthelsetjenesten hatt en vekst for poliklinisk behandling og langt på vei en nullvekst når det gjelder inneliggende pasienter. Tas det hensyn til befolkningstilveksten er det en realnedgang for pasienter/brukere som legges i seng. Polikliniske vurderinger og behandlinger gis imidlertid i all hovedsak ved sykehusene, og ikke ambulante, eller nærmere pasientenes hjem. Vi har identifisert prosjekter som prøver ut ulike modeller, som for eksempel ambulerende sykepleieteam, hjemmesykehus for barn og samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjeneste for hjemmedialyse og intravenøs behandling, men dette har foreløpig ikke noe vesentlig omfang.

Intervjuene gjennomført i delprosjekt 1 viser at det er bred enighet om at pasienten bør få bo hjemme så langt det er mulig, og at pasientene bør bli utskrevet fra sykehus når behandlingen der er sluttført. For de somatiske tjenestene er det heller ingen uenighet om at ansvaret for å avgjøre når behandlingen er avsluttet ligger hos spesialisthelsetjenesten. Utfordringen innenfor det somatiske området knytter seg til hvordan kommunene blir varslet om utskrivninger og hvordan spesialisthelsetjenesten veileder kommunehelsetjenesten om videre oppfølging etter utskrivning. Intervjuene viser at utfordringene i samarbeidet mellom sykehus og kommunehelsetjeneste er veldig konkrete. Det er behov for bedre dokumenterte medikamentlister ved utskrivning og nødvendig tilgang på utstyr og opplæring i bruk av utstyret, for videre oppfølging av pasienten/brukeren i kommunehelsetjenesten. Intervjuene viser også at kontakten oftest er mellom pleie- og omsorgssektoren og sykehuset, og mellom fastlegene og sykehuset. Det synes ikke som det er en systematisk samordning mellom fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten i kommunen når det gjelder utskrivingsklare pasienter som begge nivåer har ansvar for.

Flere prosjekt presentert i delrapport 2 søker å finne bedre løsninger på kommunikasjonsmanglene mellom tjenestenivåene. Akershus universitetssykehus (Ahus) har sykepleieteam som bistår kommunene med opplæring. I Stavanger har de arbeidet med kommunikasjonen og ansvarsfordelingen mellom sykehusleger ved Stavanger universitetssykehus (SUS) og fastlegene i kommunene som sogner til sykehuset. Buskerud fylkeskommune opprettet før sykehusreformen en egen enhet på Ål, Hallingdal sjukestugu, som bistår områdets kommuner. Tilsvarende tilbud finnes flere steder i landet, men Halingdal sjukestudu er den eneste enheten som er drevet av helseforetaket. I Tromsø pågår et prosjekt med en egen ressursgruppe tilknyttet sykehuset som skal bedre samarbeidet med pleie- og omsorgstjenesten. Det er flere slike prosjekt som arbeider med den multisyke, eldre pasienten. Vi har imidlertid ikke fått innspill om noen prosjekt som tar for seg samarbeidet mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene, eller trekantsamarbeidet mellom fastlegen, pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. I vår forespørsel stilte vi spørsmål om spesielle samhandlingsområder. Det var en åpen invitasjon og det er derfor et funn at slike prosjekt ikke synes å være iverksatt.

Utskrivningsklare pasienter er per definisjon pasienter som har behov for oppfølging i kommunehelsetjenesten etter utskrivning¹⁰. Pasienten blir klassifisert i denne gruppen ved innskrivning. Noen blir tilført gruppen når sykehusbehandlingen krever det. Våre tall viser at 13 prosent av pasientene på

¹⁰ forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

sykehus har slikt behov. De aller fleste av disse skrives ut uten at det påløper en utgift for kommunen (81 prosent). Det vi ikke kjenner til er antallet som vurderes/behandles poliklinisk og som har behov for oppfølging fra kommune og fastlege når de kommer hjem. De aller fleste eldre på sykehus besøker poliklinikken. Det er dobbelt så mange 80 år og eldre som behandles poliklinisk enn som legges inn på sengeavdeling. Behovet for et godt samarbeid mellom sykehus og kommune er kanskje ikke så stort for de polikliniske pasientene som for de som er inneliggende på sykehuset, men på noe lengre sikt er det viktig med et godt samarbeid for å kunne bidra til at pasienten opprettholder et så godt funksjonsnivå som mulig.

For psykisk helsevern og rusomsorg er situasjonen mer krevende. Innen dette området er det mer uklart hvilket nivå som har hvilket ansvar. Det begrensede antall intervjuer vi har kunnet gjennomføre gir ikke grunnlag for at vi kan generalisere hva som er de viktigste utfordringene innen disse områdene. Som skrevet tidligere har polikliniske vurderinger og behandlinger økt. Disse pasientene vil da bo i kommunen, og noen av dem vil bo i kommunale boliger. Våre informanter sier spesialisthelsetjenesten er skeptisk til å ta imot pasienter de mener ikke vil eller ikke kan respondere på behandling. Intervjuene viser også at DPS-ene ikke opplever å ha den kompetanse kommunene trenger, og er ofte ikke tilgjengelige i helgene og etter vanlig arbeidstid på hverdager. Dersom pasienter med psykiske og/eller rusproblemer henvender seg på kveld eller i helger vil de enten forsøkes lagt inn i institusjon eller håndteres av den kommunale legevakt eller annen kommunal døgntjeneste, som for eksempel KØH-senger. Prosjektene meldt inn til delprosjekt 2 tar alle for seg viktige, men avgrensede problemstillinger innen området for psykisk helsevern og rusbehandling. En klargjøring av ansvarsforholdet innen psykisk helsevern og rusbehandling går ut over slike enkeltprosjekt.

Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten synes å ha et noe forskjellig syn på hvordan situasjonen er når det gjelder rehabilitering. Sykehusinformanter uttaler at de i liten grad gir rehabilitering i tilknytning til sykehusinnleggelse. Samtidig synes de ikke at kompetansen på dette området er god nok i kommunene. Kommuneinformanter er mindre kritiske til egen virksomhet, og framhever hverdagsrehabilitering som et tiltak som fungerer. Tallmaterialet viser at antallet fagpersoner dedikert til rehabiliteringsarbeid er lite og at veksten i relevante faggrupper heller ikke har vært så stor. Dette gjelder helsevesenet samlet.

Delprosjekt 2 viser at det er igangsatt et stort antall prosjekt som prøver ut nye samarbeidsformer. Samarbeidene er gjennomgående bygget opp i teammodeller. Som intervjuene også viser, synes det som det er bred oppslutning om retningen man ønsker for videre utvikling. Pasientene skal ikke ligge lenger på sykehus enn nødvendig, og kommunene skal gjøres bedre i stand til å handtere pasienter med et mer krevende sykdomsbilde. Man ønsker ikke at det ene nivået skal dominere det andre. Påstanden om at spesialisthelsetjenesten benytter fastlegene som sekretærer synes å bli tatt på alvor, også av spesialisthelsetjenesten. Kompetanse og kunnskap om behovene til de ulike tjenestene skal deles og styrkes.

Delprosjekt 2 avdekket at flere av prosjektene bygger på prinsipper og arbeidsformer som var utarbeidet av blant andre de regionale helseforetakene. Et eksempel er rapporten med retningslinjer for trygg utskrivning fra Helse Sør-Øst.¹¹ Det vises også til at det er etablert ulike modeller for samhandling.¹² Flere av prosjektene vi trekker fram er presentert i Nasjonal helse- og sykehusplan [5]. Prosjektene er gjennomgående avgrensede og har som mål å bedre ivaretagelsen av spesielle pasientgrupper. Hallingdal sjukestugu er det tiltaket som har vart lengst, og som går lengst i å flytte spesialisthelsetjenesten ut av modersykehuset. Enheten ble etablert av fylkeskommunen før foretaksreformen og driftes direkte av helseforetaket Ringerike sykehus. Slik skiller den seg fra etablerte distriktsmedisinske sentre som i hovedsak drives av en gruppe kommuner, mens helseforetaket har ansvar for deler av virksomheten. Ingen av prosjektene vi har studert har

¹¹ I juni 2016 la et midlertidig fagutvalg for helsefag, på oppdrag for Helse Sør-Øst, fram en beskrivelse av faglige utfordringer og anbefalte forbedringstiltak knyttet til pasientenes tilbakemeldinger på om de ble tatt med på råd i spørsmål som omhandlet egen pleie og utskrivning fra sykehus. Trygg utskrivning inneholdt følgende punkter: utskrivningsplan, medikamentgjennomgang og legemiddelsamstemming, utreisedokumenter, utskrivningssamtale og sjekklister for utreise.

¹² Trøndelagsmodellen, Helsesentermodellen, Eidsbergmodellen, VIP modellen fra Stavanger, Grimstadmodellen (Delrapport 2 side 36).

som et mulig mål å endre vesentlig på strukturen av hvordan helsetjenestene blir utøvet, men konsentrerer seg om å bedre samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenestene i kommunene slik disse er organisert i dag. Det synes heller ikke som noen av prosjektene har satt seg som et mulig mål å endre på strukturen innen pleie- og omsorgssektoren i kommunene eller mellom pleie- og omsorgstjenesten og legetjenesten.

Våre informanter uttrykker en gjensidig respekt for hverandres oppgaver og funksjoner. Samtidig er det noen faktiske forhold som gjør diskusjonen om likeverd krevende. Sykehusene vil alltid ha en tyngre og mer samlet medisinsk faglig kompetanse. Spesielt små kommuner vil med ujevne mellomrom få ansvar for pasienter som krever en kompetanse og trening som kommunen ikke har og som de kanskje heller ikke bør ha. Våre kommuneinformanter sier at sykehusene kan si nei til pasienter, det kan ikke kommunen. Sykehusinformantene sier på sin side at de har plikt til å ta øyeblikkelig hjelp og derfor langt på vei står i samme situasjon som kommunene. Både informantene og faktiske prosjekt viser at det arbeides, på begge nivå, med å bedre kunnskapen om hverandre. Sykehusene ønsker å vise respekt for kommunale vurderinger, og ikke love pasienter tjenester på vegne av kommunehelsetjenesten. Kommunene på sin side aksepterer at det er medisinske vurderinger som avgjør når en pasient er definert som ferdig behandlet på sykehuset. Slik vi ser det vil det være en ulikevekt mellom sykehus og kommune når det gjelder medisinsk kompetanse, men kommunehelsetjenesten kan vesentlig mer om hva som bidrar til et bedre funksjonsnivå for pasientene når den medisinske tilstanden er handtert eller avklart.

Foreløpig oppsummering av hva som bør endres

Det er behov for bedre kommunikasjon knyttet til gruppen utskrivningsklare pasienter, det vil si pasienter som vil ha behov for kommunal oppfølging når de skrives ut, fra sengeavdeling eller etter besøk på poliklinikken. Samarbeidet bør også omfatte pasienten på vei inn i sykehuset. Ansvar og rutiner er beskrevet i forskrift for utskrivningsklare pasienter. Problemene knytter seg til hvordan rutiner som er bestemt følges, hvilken tid man har for å legge forholdene til rette og tilgjengelig kapasitet, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Det bør gjennomføres en analyse av hvordan man skal sikre en god balanse i legestillinger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Helsevesenet vil ha store utfordringer med å rekruttere fagpersonell i årene som kommer. Funnene i delrapport 1 tilsier at det bør gjøres en spesiell vurdering av balansen mellom rekrutteringen av nye leger til spesialisthelsetjenesten og til tjenestene i kommunene.

Fastlegereformen fra 2001 regnes som vellykket, spesielt for de som uten problem kan oppsøke fastlegen [6]. Fastlegene sier selv at de kan bidra mer med et tettere samarbeid med legespesialistene [7]. Utfordringene med å rekruttere til fastlegeyrket retter mye oppmerksomhet mot fastlegenes arbeidsbelastning og inntekt [8]. Vurderingen av alternative finansieringsmodeller konsentrerer seg også om fastlegenes inntekt [9]. Det synes som vurderingen av samarbeidet mellom kommuner og fastleger har fått mindre oppmerksomhet. Intervjuene vi har foretatt viser at også kommunene arbeider mest med å få ansatt fastleger og få disse til å bli værende over noe lengre tid. Det arbeides mindre med hvordan de kan integreres med pleie- og omsorgstjenesten. Det gjelder også kommuner med en stor andel fastlønnete fastleger. Veksten i legestillinger i kommunene siden samhandlingsreformen er likt fordelt mellom fastleger og andre typer leger¹³, en økning på ca. 5-600 for begge områdene.

Det synes som det er et behov for å vurdere hvordan rehabilitering gjennomføres i kommunene, hvilken kompetanse det er behov for og hvilken kompetanse som er tilgjengelig. Våre kommunale informanter peker på hverdagsrehabilitering som en god tilvekst til tjenesten, mens sykehusinformantene er usikre på om rehabiliteringskompetansen er god nok i kommunene.

¹³ Økningen i denne gruppen har vært for sykehjemsleger, leger tilknyttet øyeblikkelig hjelp senger og administrative stillinger (kommunelegen).

Våre informanter uttrykker at psykisk helsevern og rusomsorg et uoversiktlig område. Representantene for kommunehelsetjenesten synes spesielt at samarbeidet med DPSene er dårligere enn hva de skulle ønske. Psykiske helsevern er også et område som trekker på mer ressurser fra fastlegene enn tidligere. SINTEF har i flere år registrert aktiviteten i de kommunale tjenestene for psykisk helsevern og rusomsorg [10]. Som i delrapport 1 fra dette prosjektet, viser rapporten for 2018 at antall årsverk er økt, totalt og målt i forhold til antall innbyggere. Rapporten viser at det er flere kommuner som opplever en bedring i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten enn de som opplever en forverring, men forskjellen er ikke stor.¹⁴ Halvparten av kommunene mener samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er godt, mens noe under 10 prosent opplever det som dårlig. 70-80 prosent av kommunene mener tilbudet til psykisk helsevern for voksne er godt eller svært godt. Vurderingen av tilbudet til barn er om lag det samme, bortsett fra de med mest behov for tjenester. Da er andelen som sier tilbudet er godt eller svært godt redusert til 42 prosent. For rusomsorgen er vurderingene ikke så gode, og da spesielt for de mindre kommunene. Vårt intervjumateriale er begrenset sammenlignet med denne årlige registreringen av de kommunale tjenestene til psykisk helsevern og rusomsorg. Det har ingen mening å regne prosenter basert på våre intervjuer. Selv om de årlige registreringene viser at det er tilført området flere ressurser og det også er mange som er fornøyd med tjenestene som gis og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten står det ikke i motstrid til at våre informanter peker på dette området som et de opplever som vanskelig. Når DPS blir trukket fram som et område man ønsker et bedre samarbeid med, kan det også gjenspeile det faktum at antall årsverk knyttet til DPSene er vesentlig høyere enn de som er knytte til sykehusene [11]. Da er det antagelig med disse enhetene kommunene har hatt mest samarbeid. Innen dette fagområdet er det også en større andel private til bud enn innen det somatiske feltet. For psykologer gjelder at en stor andel har en helt privat praksis. De arbeider ikke i det offentlige eller har avtale med det offentlige. Våre kommunale informanter er positive til pakkeforløp som de oppfatter først og fremst gjelder somatisk sektor. Samtidig er oppfatning at dette først og fremst gjelder spesialisthelsetjenesten og i liten grad er kommet kommunehelsetjenesten til gode. Det er nettopp gjennomført en første evaluering av pakkeforløp.[12] Den bekrefter oppfatningen våre kommunale informanter har. Undersøkelsen bekrefter at kommunehelsetjenesten i liten grad føler seg involvert i arbeidet med pakkeforløp innen psykisk helsevern og rusomsorg. Undersøkelsen viser også at man i spesialisthelsetjenesten ikke synes pakkeforløpet har bidratt med mer enn hva man allerede hadde og holdningen er blitt noe mer negativ over tid. Bildet er derfor vesentlig mer komplisert enn innen den somatiske tjenesten. Våre intervjuer gjenspeiler det ved at våre informanter er mindre konkrete med hva de mener må bedres.

3.2 Vurdering av tiltak og forslag som foreligger

3.2.1 Direkte statlig finansiering av pleie- og omsorgstjenesten

I 2016 ble det satt i gang prosjekt med statlig finansiering av pleie- og omsorgstjenesten. Det har deltatt få kommuner. Etter sammenslåing av kommuner er det nå fem med i prosjektet. Det er vedtatt å forlenge og utvide forsøket til å omfatte flere kommuner fra 2020 til 2022. Man ønsker seks nye kommuner.

Ingen av våre informanter har tatt opp dette som en problemstilling. Ingen av de mange prosjektene vi har fått oversikt over tar opp finansiering som en problemstilling. Vi har ikke spurt direkte om det, men vår henvendelse var åpen. Man ble invitert til å uttale seg om det man mente var vesentlig.

Direkte statlig finansiering av helse- og omsorgstjenestene vil utfordre kommunenes selvstendige stilling, som er forankret i kommuneloven.

Evalueringen av forsøket så langt er:[13]

- Forsøket har gitt mer profesjonell tildelingspraksis og økt kompetanse i kommunen.

¹⁴ 24 prosent har opplevd en forbedring mens 19 prosent har opplevd en forverring.

- Forsøket har økt kostnadene til tjenestene, men ikke antall brukere.
- Forsøket gir økte utgifter for staten og et overskudd for kommunene.
- Mekanismene i finansieringsmodellen har i liten grad påvirket kommunene.
- Metodisk utfordrende å generalisere effektene av forsøket siden det er svært få kommuner med på forsøket.

Det synes ikke som forsøket vil gi resultater som bør initiere en radikal endring av kommunenes frie stilling.

3.2.2 Øremerket finansiering

Vi skiller her mellom direkte statlig finansiering og øremerket finansiering. Direkte statlig finansiering skal teste ut en modell der all finansiering av primærhelsetjenesten kommer direkte fra staten og styres derfra. Det er ikke slik at enkelte deler er trukket ut som øremerkete tiltak.

Det er noe øremerket finansiering av helsetjenester i kommunene. Disse er knyttet til enkeltprosjektet som går over en begrenset tid, og som etter ett eller noen få år enten avvikles eller går inn i rammeoverføringene til kommunene. Etter HVPU-reformen ble noen av disse brukerne værende i sin opprinnelige vertskommune, og inntil videre er det en øremerket bevilgning for å finansiere dette. Siden 2014 er det satt av øremerkete investeringstilskudd for å nå målet om 2 500 flere sykehjemsplasser. Beløpet er noe redusert de to siste årene. Fordi øremerking strider mot kommunenes frie stilling, blir dette ikke benyttet annet enn som en introduksjon av nye tiltak som så etter hvert inngår i de kommunale rammene.

Når det gjelder øremerkete lovpålagte utgifter av noe omfang, har kommunene to slike innenfor helsesektoren. Det er det sentralt avtalte basistilskuddet til fastleger og det er betaling for de døgn utskrivingsklare pasienter blir liggende etter at sykehuset har avsluttet sin behandling. Betaling for utskrivingsklare pasienter førte umiddelbart til en sterk reduksjon i slike overliggerdøgn. Etter dette første store fallet har betalingen til helseforetakene steget igjen, men fremdeles kan ca. halvparten av beløpet som ble overført i 2012 benyttes til kommunenes egne tjenester.

Eventuelle endringer i basistilskuddet vil avgjøres sentralt og overføringene til kommunene vil justeres i tråd med denne endringen. Basistilskuddet forutsetter en viss lengde på legenes pasientlister. Flere kommuner har gått med på kortere pasientlister og har kompensert for dette med tilskudd fra eget budsjett. Hensikten er å gjøre det mer attraktivt for leger å arbeide i kommunen.

Det skilles mellom to hovedkategorier av øremerkete tilskudd, såkalte prisvridende og prisnøytrale tilskudd. Prisvridende tilskudd er utformet som ordninger hvor kommuner mottar tilskudd fra staten i forhold til egen ressursinnsats. Prisnøytrale tilskudd gis etter objektive kriterier eller skjønn.

Det er en generell skepsis til bruk av øremerkete bevilgninger. Produktivitetskommissjonen[14] peker på en rekke ulemper ved øremerkete tilskudd. Utstrakt bruk av øremerking kan føre til mindre makroøkonomisk kontroll og en mindre forutsigbar og oversiktlig finansiering av kommunene. Øremerking kan føre til økt utgiftspres og en passiv og avventende holdning i kommunene i påvente av nye statlige handlingsplaner og øremerkete midler.

Riksrevisjonens [15] undersøkelse av øremerkete tilskudd som virkemiddel for staten skriver «at øremerkete tilskudd som hovedregel har virkning på tjenestetilbudet. Virkningen varierer imidlertid etter hvordan det enkelte tilskuddet er utformet, og den avtar over tid. Videre kan valg av tilskuddstype ha betydning for i hvilke kommuner tilskuddet har sterkest virkning.» Riksrevisjonen legger til grunn at utformingen av tilskudd har betydning for hvor sterk virkning tilskuddet har. Deres undersøkelse viser at prisvridende tilskudd har sterkest virkning i velstående kommuner.

Telemarksforskning [16] viser at det er rimelig å anta det kan bli betydelige omprioriteringseffekter innad i en tjenestesektor dersom det gis tilskudd til enkelte deler av tjenesten. For eksempel kan det bli betydelige omprioriteringseffekter internt innen pleie- og omsorgssektoren hvis det gis tilskudd til enten hjemmehjelp eller institusjoner, fordi en kommune kan velge å organisere sine totale omsorgstjenester på ganske forskjellige måter, avhengig av hvilke alternativer innenfor denne sektoren som mottar tilskudd fra staten og

hvilke de selv må finansiere fullt ut. Telemarksforskning peker spesielt på at tradisjonelle prisvridende øremerkede tilskudd innebærer en egenandel for kommunene, noe som tilsier at kommuner som har mye frie midler vil ha lettere for å hente ut øremerkede tilskudd. Dette trekker i retning av at eksisterende inntektsforskjeller forsterkes.

Fiva, Hagen og Sørensen [17] peker på at også prisenøytrale tilskudd belønner større kommuner, da de ofte har en administrasjon som kan utnytte slike tilskudd.

Borge og Rattsø [18] vurderte kommunenes økonomiske tilpasninger til tidsavgrensede statlige satsinger. I rapporten ses det spesielt på handlingsplanen for eldreomsorg som ble igangsatt i 1998. Handlingsplanene besto både av driftstilskudd som ble innlemmet i kommunenes inntekter i 2002 og investeringstilskudd. Det konkluderes med at handlingsplanen virket etter hensikten i den forstand at den ga raskere utbygging av eldreomsorgen, men utbyggingen gikk delvis på bekostning av de øvrige tilbudene i kommune. I rapporten pekes det også på fire samfunnsøkonomiske kostnader med slike handlingsplaner. Konsentrert innsats og stram tidsramme legger press på kapasiteten både for kommunens planlegging og lokale entreprenører. Dette bidrar til høyere kostnad per enhet i forhold til mer gradvis utbygging. Tilskudd til spesifikke tilbud gir økt kapasitet på områder som er dekket av tilskudd og mer begrenset helhetlig lokal planlegging av det samlede tilbudet. Resultatet ble vridninger i tilbudet som ikke alltid var intendert og redusert oppmerksomhet mot nye utfordringer. I rapporten pekes det også på økte administrative kostnader og at handlingsplanene setter lokalpolitikkerne i en situasjon som krever omprioriteringer av lokale planer og redusert lokalt ansvar for tilbudet.

3.2.3 Nye samhandlingsorgan

I oktober 2019 inngikk Helse- og omsorgsdepartementet og KS en avtale om å etablere 19 Helsefelleskap. Dette er også beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan [5]. Planen viser at det i dag er 18 helseforetak som har avtaler med 68 kommunegrupperinger. Av kommunene er det bare kommunene som sogner til Sykehuset Vestfold HF som ikke er organisert i grupper. Vi forutsetter at de nye Helsefelleskapene [19] samordnes med eksisterende samarbeidsorgan. Intervjuene med våre informanter viser at det er en stor grad av enighet mellom representantene for helsetjenesten i kommunene og sykehusene når det gjelder verdien av samarbeidsorgan, men informantene uttrykker også at tid brukt på samarbeidsmøter bør prioriteres.

4 Forslag til endringer

4.1 Organisatoriske endringer

Legetjenesten i kommunene

Den markerte ubalansen som har utviklet seg mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten siden innføring av samhandlingsreformen synes å være antallet legestillinger. Økningen i antall fastlegestillinger i kommunene har vært langt lavere enn målene satt i proposisjonen som lå til grunn for samhandlingsreformen. Samtidig er legetjenesten i sykehusene vesentlig mer styrket enn i legetjenesten i primærhelsetjenesten. Det kan synes som primærlegetjenesten ikke er godt nok dimensjonert til å ta imot de nye og utvidede oppgavene. Våre informanter fra kommunehelsetjenesten viser også til at de savner bedre medisinsk støtte.

Flere som har sett på fastlegetjenesten påpeker at tjenesten fungerer bra for de som kan oppsøke den, men mindre bra for de som ikke kan det [6]. De som ikke har så god nytte av fastlegene, er da eldre og yngre som pleie- og omsorgstjenesten har ansvar for. I Nasjonal helse- og sykehusplan [5] refereres en vurdering gjort etter et prosjekt i Oslo kommune om at utskrivningsprosessen starter ved innleggelse. Det er da behov for et bedre samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene, både ved overføring til sykehus og når pasienten skal hjem igjen eller tilbake til kommunal institusjon. I Riksrevisjonens rapport om samarbeidet mellom fastleger og sykehus uttaler fastlegene at de kunne overtatt mer fra sykehusene om de hadde fått en bedre veiledning [7]. Våre informanter mener også at kommunene kan gjøre mer enn i dag, forutsatt god bistand både fra legespesialister og kommunens egne fastleger eller annen medisinsk ekspertise som sykehjemsleger, kommunelege og leger tilknyttet øyeblikkelig hjelp senger. De fleste pasienter, også eldre pasienter, beveger seg mellom eget hjem og sykehuset når det oppstår en situasjon som krever spesialistkompetanse.

Fastlegeordningen ble etablert for å skape et mer varig forhold mellom pasient og lege. Dette faste forholdet brytes imidlertid når pasienten legges inn på sykehus og når pasienten legges inn på kommunal institusjon. Innen det kommunale systemet møter man også ulike leger avhengig av om man legges inn på langtidsopphold i sykehjem, på en KØH enhet, en korttidsenhet eller oppsøker legevakt. Det synes som organiseringen av legetjenesten i kommunene bør vurderes, der målet er å styrke det som kan kalles trepartssamarbeidet mellom legetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette vil kreve mer tid til å utvikle dette samarbeidet og antagelig kreve flere legerressurser i kommunene og en evaluering av hvordan legetjenesten i kommunene i dag er organisert.

Mer kunnskap om hvor det er behov for hvilken kompetanse

En liten andel pasienter/brukere i helsetjenesten krever en stor del av ressursene [20]. Dette påpekes også i Nasjonal helse- og sykehusplan, og det gjelder i mange andre sammenhenger enn helsesektoren. I vurderingen av den økonomiske utviklingen påpeker vi at det synes som eksisterende tjenestenivå er den viktigste komponenten til å bestemme hva som blir tjenestenivået også i framtida. Det samme kan gjelde kompetanse. Det er dagens personell som får styrket sin kompetanse, og det er de som er flest og som har de beste ordningene for etterutdanning som antagelig får hevet sin kompetanse mest. Det kan derfor være behov for en gjennomgang av behovet for kompetanse med utgangspunkt i de pasientene kommunene må følge opp etter sykehusbehandling. I delrapport 1 presenteres en figur som viser at om lag 20 prosent av diagnosene innen området lungesykdommer dekker 80 prosent av pasientene. Det vil være nyttig å gjennomføre slike analyser for pasienter som krever oppfølging fra kommunehelsetjenesten og se om en slik diagnosegjennomgang kan samordnes med kommunenes vurdering av bistandsbehov. Dette bør kunne gi et bedre grunnlag for å bestemme hvilken kompetanse som bør styrkes i kommunehelsetjenesten. Noen av diagnosene er så vanlige at alle kommuner bør ha kompetanse til å følge dem opp. Andre er sjeldnere, og det bør være grupper av kommuner som går sammen om å ha den nødvendige kompetanse. En liten gruppe diagnoser er såpass sjelden at det bare er helseforetaket som kan og bør ha kompetanse på en videre oppfølging etter utskrivning.

Hjemmesykehus og andre sykehustjenester utenfor det sentrale sykehusbygget

Hjemmesykehus innebærer behandling og oppfølging i hjemmet for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus. Tilbudet gis til personer som trenger sykehusbehandling, men som ikke er så syke det er uforsvarlig å få behandling og oppfølging hjemme. Behandling og oppfølging kan bestå av regelmessige hjemmebesøk av kvalifisert helsepersonell samt telefonkontakt/videokontakt. Et hjemmesykehus kan være tilknyttet kommunehelsetjenesten, sykehuset eller en kombinasjon av disse. I tidsskriftet Sykepleien¹⁵ ble det publisert funn fra en Cochrane-studie [21] om hjemmesykehus med systematiske søk i forskningsdatabaser i mars 2016. De fant 16 studier med i alt 1814 personer.

- Tre studier rekrutterte personer med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og
- To rekrutterte personer som hadde hatt slag (moderat alvorlighetsgrad), men som var klinisk stabile.
- Seks studier rekrutterte personer med en akutt medisinsk tilstand, og disse personene var hovedsakelig over 65 år.
- En studie rekrutterte personer med hudinfeksjoner (infeksiøs cellulitt),
- En studie rekrutterte personer med lungebetennelse,
- En studie rekrutterte personer med feber og nedsatt immunforsvar (nøytropi),
- En studie rekrutterte svake eldre personer med demens, og
- En studie rekrutterte personer med nevromuskulær sykdom.

Sykehusinnleggelse, dødelighet, flytte til institusjon, tilfredshet, lengde på oppholdet og kostnader ble vurdert. Sammenligningen var med og uten hjemmesykehus. Hjemmesykehus var aldri dårligere enn alternativet, men forskjellen var vurdert som liten og middels stor.

Det er etablert ordninger med hjemmesykehus for barn. I stedet for å måtte dra til sykehuset for en spesialistvurdering, kommer spesialisten hjem til barnet. På 1980-tallet hadde Ullevål sykehus hva de kalte distriktspediater. Dette var pediatere som hadde praksis ute i en bydel, og som jevnlig kom "tilbake" til sykehuset for å holde sin kunnskap oppdatert og pleie kontakt med kolleger. Øyelegjetjenesten på Oslo universitetssykehus (OUS) har et tett samarbeid med privatpraktiserende øyeleger, slik at bare de mest ressurskrevende pasientene overføres til sykehuset.

Nasjonal helse- og sykehusplan skriver at en mer omfattende spesialisthelsetjeneste i hjemmet er mulig og ønskelig. Begrepet det "utadvendte sykehuset" blir lansert. De store ressursene innen spesialisthelsetjenesten går imidlertid i dag til å sentralisere tilbudet. Det gjøres få, om noen, strukturelle grep for å bygge ut spesialisthelsetjenester som kan nå helt hjem til pasienten eller plasseres i de enkelte nabolag. Flertallet av de som besøker et sykehus får en vurdering og ingen behandling.¹⁶ Mange av de som mottas på sykehusenes er eldre, sårbare og svake pasienter, der reisen inn til sykehuset er en belastning i seg selv. Kommunene har KØH senger for å ta imot noen av disse, men det er mulig at en del slike overføringer kunne vært avverget om hjemmesykepleien eller fastlegen hadde kunnet konsultere sykehuset før pasienten ble sendt. Kommunene har vist de kan ta ansvaret for hjemmedialyse og intravenøse prosedyrer. I delrapport 2 har vi beskrevet virksomheten til Hallingdal sjukstugu og det er distriktsmedisinske sentre blant annet på Ørlandet, i Stjørdal og i Fjell kommune. Dette er ikke hjemmesykehus, men viser at mye vurdering og behandling kan gjøres utenfor det sentrale sykehusbygget. Radiumhospitalet styrer en lineær akselerator¹⁷ på Gjøvik og en i Kristiansand. Mange legekontor har egne prøvetakingsenheter, og flere kommuner bygger opp helsehus for å samle sin kompetanse. Sykehusbygg er kostbare. Hvis omfanget av slike sentrale enheter ble redusert, ville det frigjøre midler som kunne brukes til selve helsetjenestene. Det finnes eksempler på hvordan tjenester kan desentraliseres og hvordan kommunikasjonen mellom tjenestenivåene kan bedres, men ennå er det ikke tatt initiativ til en større omstrukturering av tjenestene. Samhandlingsreformen ga et startsignal til en større omstrukturering, som siden har stanset noe opp. Det brukes i dag vesentlige ressurser på å planlegge og

¹⁵ Sykepleien, publisert 09.03.2017

¹⁶ Ikke publisert artikkel med data fra OUS 2015

¹⁷ Stråleterapimaskin

realisere en sentralisering av sykehusstrukturen. En betydelig satsing på det vi med en samlebetegnelse kan kalle hjemmesykehus vil kreve tillit i befolkningen til at det gir en god og forsvarlig tjeneste. Da vil det være nødvendig å gjennomføre prosjekter av et visst omfang som viser at det kan levere både gode medisinske resultater, bedre pasientvelferd og frigjøre ressurser fra de sentrale sykehusenhetene.

Psykisk helsevern og rusbehandling

I den årlige rapporten om kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018 [22] skrives det at " Fra 2017 til 2018 økte antall årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid totalt med nesten ni prosent, fordelt på 7,5 prosent økning i tjenester til barn og unge og 8,9 prosents økning i tjenester til voksne. Dette er den sterkeste årlige veksten vi har observert siden Opptrappingsplanen for psykisk helse ble avsluttet i 2008." Til tross for sterk vekst er dette det området spesielt kommunenes informanter synes er vanskeligst. Noen går så langt som å si at området preges av kaos. Vi vil påpeke den gjennomgående kritiske vurderingen av DPS-ene, som ikke synes å være den lokale inngangen til psykisk helsevern og rusomsorg den var tenkt å være. Med den store andelen poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern og rusomsorg, vil, som beskrevet i delrapport 1, pasientene bo i egen eller kommunal bolig mens de er under behandling. Da bør strukturen på tjenestene tilpasses dette, slik at det er bedre tilgjengelighet av faglig støtte når det oppstår behov. Det har vært lansert ideer om å flytte DPSene til den kommunale sektoren [23, 24]. DPSene utgjør en betydelig del av det psykiske helsevernet og en flytting vil uansett ikke kunne gjelde alle kommuner, til det er de fleste kommuner for små. Ingen av våre informanter presenterer forslag i den retningen. Likevel synes det som viktig med en god gjennomgang av hvordan spesialisthelsetjenesten kan støtte kommunehelsetjenesten bedre i en situasjon der en stadig større del av tjenestene ytes poliklinisk eller ambulans.

4.2 Endring av finansiering

Stykkpris og tilsvarende insentiver

I 2003 var det oppmerksomhet knyttet til at antall snorkeoperasjoner økte kraftig. Årsaken mente man var at den statlige refusjonen, stykkprisen for denne behandlingen, var alt for høy.¹⁸ Snorkeoperasjoner utføres ikke bare i større sykehus, men i mindre klinikker der eier og utøver ofte er samme person, slik at inntekten går direkte til den som utfører inngrepet. Økonomiske insentiver vil, som vist med dette eksemplet, ofte virke når de er rettet mot et tydelig tiltak, og utøver og mottaker er den samme. Takstene for stykkprisfinansieringen er imidlertid beregnet ut fra at de skal være kostnadsnøytrale. Inntekten ved et inngrep skal ideelt sett være lik den ekstra kostnaden som påløper ved å utføre inngrepet. I sykehusene er det heller ikke slik at inntekten kanaliseres til utøveren av inngrepet eller behandlingen. Inntekten går til institusjonen, sykehuset. Ledelsen får heller ikke noen egen fortjeneste ved at det gjøres flere inngrep/behandlinger. Da vil det også variere mer om man kan spore noen endringer knyttet til et slikt insentiv.

For det som studeres i dette prosjektet kan vi registrere at betaling for overliggerdøgn for utskrivingsklare pasienter virket umiddelbart. Antall liggedøgn falt bratt ved innføring av betalingsplikt. Dette tiltaket tilfredsstilte kravet om at insentivet må rettes mot noe som er tydelig og avgrenset. Det var forholdsvis enkelt å telle antall overliggerdøgn og en reduksjon i døgn ga umiddelbar uttelling for kommunene. Kommunene hadde fått en pott, og hvis de ikke brukte hele potten på å betale sykehusene for overliggerdøgn, ville de ha mer midler til egne tjenester. Spesialisthelsetjenesten erfarer det samme når stykkprisen for en behandling blir for god eller for svak. Da slår det ut på akkurat den aktiviteten. Men for både kommuner og sykehus gjelder at det ikke er enkeltpersoner som får en ekstra godtgjørelse. Skal det ha ønsket effekt forutsetter det at aktørene også legger vekt på institusjonenes økonomi og virksomhet som sådan. Det kan være en av årsakene til at antallet overliggerdøgn stiger svakt igjen. Tiltaket ga en stor og øyeblikkelig effekt. Alle var

¹⁸ Satsen for en snorkeoperasjon er i dag 20.500 kroner. Dette er altfor høyt, mener også professor Trond Bjørnenak ved Norges Handelshøyskole. Ut fra liggetid, som i de fleste tilfeller er én dag, og sett i lys av hvor komplisert operasjonen er, vil jeg tro en riktig pris er rundt 1.500 kroner, (Aftenposten 20. november 2003)

innstilt på at kommunene ikke skulle bruke hele den ekstra bevilgningen på overføringer til sykehuset. Over tid avtar denne effekten.

Hvis man ønsker at fastlegene skal utvide bruken av en form for konsultasjon/behandling, økes refusjonssatsen for dette. I det tilfellet vil insentivet komme utøveren direkte til gode.

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og sykehuset er ikke en slik avgrenset og entydig aktivitet som et insitament kan rettes mot. Her skal mange tiltak passe til hverandre.

Våre intervjuer tyder på at diskusjoner mellom sykehus og kommuner ofte er knyttet til diskusjon om når et liggedøgn går over til å være et overliggerdøgn kommunene skal betale for. Kanskje har ordningen hatt sin virkning og kommunene vil ikke endre dagens praksis, selv om kravet om å betale for overliggerdøgn faller bort. Det vi vet er at det har hatt en funksjon og at det er enighet om at pasienter ikke bør ligge på sykehus etter at behandlingen er avsluttet. Vi finner derfor ingen grunn til at dette insentivet tas bort. Det synes å ha hatt en ønsket virkning og hverken våre kommunale informanter eller informantene fra spesialisthelsetjenesten ønsker at pasienter skal ligge på sykehus etter at de er ferdig behandlet.

Den store flyttingen av aktivitet fra kommunale institusjoner til hjemmetjeneste kan delvis forklares med økonomi. Selv om det er knyttet store egenandeler til sykehjemsopphold, vil netto utgift per bruker være noe mindre for hjemmetjenesten enn for et opphold i sykehjem. Samtidig er det en ganske entydig oppfatning av brukerne at de helst vil få pleie hjemme, noe som også mange fagfolk, om ikke alle, er enige i er best. Vi tror ikke det entydig er det økonomiske som har virket på denne utviklingen. Da skulle dette skjedd tidligere. Samtidig er det ingen ulempe at økonomien trekker i samme retning som faglige råd og brukernes oppfatning.

Insentiver som beskrevet over kan være en løsning på enkelte områder, men det krever at tjenesten er avgrenset og at det er nokså avgrenset hvilke aktører som påvirkes.

Øremerkete tilskudd

Kommunale øyeblikkelig hjelp senger viser at øremerkete overføringer som er knyttet sammen med pålegg gir resultat. En av de positive kommentarene fra våre kommunale informanter er at dette tiltaket er finansiert. I starten ble det satt et krav om et visst antall senger per innbygger. Dette kravet er nå frafalt. Kravet er nå at kommunene skal ha et tilstrekkelig tilbud til denne kategorien kommunale brukere.. Kommunene kan derfor se dette i sammenheng med øvrig helsetjeneste og mulige samarbeidskonstellasjoner med nabokommuner.

Våre data tyder likevel på at slike øremerkete overføringer ikke gjør at en tjeneste rykker fra andre tjenester. Øremerkete tilskudd er i andel av de samlede kostnadene såpass små, at veksten over tid utligner den lille forskjellen det ene øremerkete tilskuddet skapte. Men de kan bidra til at et tilbud, som øyeblikkelig hjelp senger, blir etablert.

Målet for helsetjenesten som helhet må være å få ressurser til gode tiltak der det er behov for slike. Når først en tjeneste er etablert vil det i dagens system fungere slik at utgiftene til tjenesten blir indeksregulert de enkelte år i tråd med hva regjering og storting mener det er rom for i norsk økonomi. Så blir det opp til kommunene å fordele disse årlige økningene. Da vil de tjenestene som allerede eksisterer stille først i køen.

Finansieringen av nye tiltak for å bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan med fordel gis som en form for prosjektstøtte som støttes av en beskrivelse av tjenesten man ønsker bygd opp eller endret. Utfordringen er å finne fram til hvilke tjenester man vil bygge ut. Dette har vi diskutert i kapittel 4.1 i denne rapporten.

Med utgangspunkt i hva vi har funnet og diskutert i delprosjekt 1 og 2 bør bruk av øremerkete midler ha til hensikt å prøve ut tiltak som i mindre skala har gitt gode resultater. Medfinansiering er et eksempel på et tiltak som ikke ga det ønskede resultat, men det bør ikke være et argument mot nye forsøk, hvis det kan vises til gode resultater fra mindre prosjekter og mulige bieffekter er godt vurdert.

Økte budsjett

Vridningen av ressurser fra institusjon til hjemmetjeneste i kommunene har vært betydelig. Den enkelte kommune tjener noe på dette, men mindre enn det kan se ut når man bare ser på kostnader. Årsaken er at regelverket tillater å kreve en egenandel for de som får opphold i institusjon, og da spesielt langtidsopphold. Derfor er det mulig at den økte satsingen på hjemmetjenester også er initiert av pasientenes klare ønske om å bo hjemme lengst mulig. Utviklingen viser at rammefinansiering ikke uten videre er en finansieringsform som motarbeider endring. Er det tydelig hvilken retning man ønsker å gå kan dette støttes opp ved hvordan budsjettene bygges opp og hvor man ansetter fagpersonell. Den enkelte beslutningstaker i kommune eller i sykehus tjener ikke noe på endringer, uansett om de er stykkprisfinansiert, finansiert med øremerkete tilskudd eller bare er en del av et rammebudsjett. Gjennomtenkte mål for tjenesten kan derfor være en like god motivator for endring som insentiver som påvirker kommuneøkonomien. De endringene som er lettest å oppnå er antagelig der gode målbeskrivelser støttes av økonomiske tiltak.

Som beskrevet i kapittel 4.1 kan det nå være tid for å omsette erfaringene fra det store antallet samhandlingsprosjekter som er etablert til større prosjekt som har mål om å endre mer fundamentalt på strukturen i samarbeidet og teste ut hvordan sykehusene kan komme helt hjem til sine pasienter. Da må det tilføres ganske betydelige midler og gjennomføres prosjekter som har som mål å bli en del av helsetjenesten framover. Dette vil være en videreføring av intensjonene i samhandlingsreformen.

5 Konklusjon

Intervjuene med våre informanter fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten viser at det er bred enighet om at personer med behov for medisinsk hjelp, pleie- og omsorg, bør få bo hjemme så lenge som mulig. Pasienter bør heller ikke ligge inne på sykehus etter at de er ferdig behandlet. Dette er i tråd også med hva som er skrevet i nasjonal helse- og sykehusplan og i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen. Selv på områder som oppfattes som spesielt vanskelig, psykisk helsevern og rusomsorg, registrerer vi ingen fronter, men en erkjennelse av at det er et vanskelig område, der løsningene ikke er åpenbare. Derfor synes det som en utvikling av samarbeidet mellom sykehus og kommunehelsetjeneste hviler på et godt fundament.

Flere av utfordringene som det pekes på er ikke nye. De fantes også før samhandlingsreformen. Så selv om alle er enige om at det skal foreligge en god epikrise ved utskrivning fra sykehuset viser erfaring at det ikke er så lett å få til for alle. Spesielt for psykisk helsevern, rusomsorg og rehabilitering er det usikkerhet om hva som er en god organisering av tjenestene og om kompetansen er tilstrekkelig både i antall og kunnskap.

Våre informanter peker i liten grad på formelle hindringer for et bedre samarbeid. Det pekes heller ikke på at den andre parten har fått mer ressurs enn man selv har fått. Begge parter viser til behov for mer ressurser, men da ikke på bekostning av den andre parten.

Det synes som det er et behov for å styrke den medisinske kompetansen i kommunene, men det er ikke kommet opp noen forslag om hvordan dette bør gjøres. Mulighetene kan være å trekke fastlegene inn i et tettere samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten, utvide den legetjenesten som samarbeider tett med pleie- og omsorgstjenestene som sykehjemsleger, leger tilknyttet den kommunale administrasjonen og kanskje også egne legevaktsleger. Dette prosjektet gir ikke kunnskap om hvordan det kan og bør gjøres og ingen av samarbeidsprosjektene vi har fått oversikt over arbeider med disse problemstillingene særskilt. Noen av utfordringene på dette feltet kan også løses ved at medisinsk kompetanse på sykehuset engasjerer seg mer i overgangen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er etablert samarbeidsprosjekter der dette er tilfellet, både innenfor det somatiske området og for psykisk helsevern og rusomsorg.

Den sterke satsingen på hjemmesykepleie som alternativ til institusjon viser at det kan skje en ønsket utvikling basert på rammefinansiering når det økonomiske resultatet trekker i samme retning som brukernes ønsker og fagpersoners vurdering. Øremerkete tilskudd har også bidratt til å nå mål i perioden og viser at når en tjeneste er etablert vil den kunne opprettholde sine funksjoner også etter at det øremerkete tilskuddet er innlemmet i rammen som gis hvert år. En slik tidsbegrenset øremerking har også den fordel at den kan avvikles eller endres hvis det viser seg at man ikke når målene, slikt tilfellet var med medfinansiering. Da er utfordringene å avgjøre hvilke tjenester man ønsker å styrke.

Som dette prosjektet viser og som også gjenspeiles i nasjonal helse- og sykehusplan, eksisterer det mange samarbeidsprosjekt mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene. Noen av prosjektene er allerede en del av driften i noen områder. Skal rammebetingelsene endres vesentlig bør det foretas en vurdering av hvilke av disse mange prosjektene som har potensial til å bli landsomfattende. Gjennomføring av slike større prosjekt er krevende, også økonomisk. Med de erfaringene som er dokumentert i dette prosjektet synes det som den beste løsningen er en blanding av pålegg og prosjektfinansiering/øremerket finansiering. Hvis målet med prosjektet nås er det da etablert en tjeneste som vil kunne leve videre selv om den øremerkete bevilgningen går inn i rammebevilgningen, enten til kommunene eller helseforetakene.

Referanser

1. Blankholm, A.e.a., *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2018, Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon: Oslo. p. 152.
2. Pedersen, M.K., B. Lilleeng, S E. Mehus, K H. Pedersen P B. Sitter, M., *Private aktører i spesialisthelsetjenesten. Omfang og utvikling 2010-2014*. 2016: Oslo.
3. HOD, *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2008: Oslo. p. 150.
4. Hagen, T.P., *Effekten av kommunal medfinansiering på etterspørselen etter spesialisthelsetjenester*. 2016, HERO: Oslo. p. 12.
5. HOD, *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*, H.-o. omsorgsdepartementet, Editor. 2019: Oslo. p. 178.
6. Holm, F., *Evaluering av fastlegereformen*. 2019, EY og Vista analyse. p. 315.
7. Riksrevisjonen, *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten* Riksrevisjonen, Editor. 2018, Riksrevisjonen: Oslo. p. 91.
8. Skaset, M., partssammensatt gruppe, *Oppfølging etter protokoll 01.10.2018*, F. HOD, KS, RHF, Dnlf, Editor. 2019: Oslo. p. 24.
9. HOD, K., Dnlf, *En vurdering av alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen*. 2019: Oslo. p. 79.
10. Ose, S.O.K., Silje Lill. Hilland, Geir Haakon. Kalseth, Jorid. Ådnes, Marian., *Kommunalt psykisk helse- og ruusarbeid 2019: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. 2019. p. 326.
11. Pedersen, P.B.L., Solfrid E., *Distriktpsikiatriske tjenester 2017*, Helsedirektoratet, Editor. 2019, Helsedirektoratet: Oslo. p. 91.
12. Ådnes, M.K., Silje L. Melby, Line, Lassemo, Eva., *Pakkeforløp for psykisk helse og ris - fagfolks erfaringer første året*, SINTEF, Editor. 2020, SINTEF. p. 89.
13. Værnor, K.E., *Evaluering av forsøksordning med statlig finansiering av kommunale helse- og omsorgstjenester*. 2018, Agenda Kaupang, PROBA samfunnsanalyse: Oslo. p. 132.
14. Rattesø, J.e.a., *Produktivitet - grunnlag for vekst og velferd. Produktivitetskomisjonens første rapport*, Finansdepartementet, Editor. 2015, Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Informasjonsforvaltning: Oslo. p. 423.
15. Riksrevisjonen, *Riksrevisjonens undersøkelse av øremerkede tilskudd som virkemiddel for staten i styringen av kommunene*, Riksrevisjonen, Editor. 2000, Riksrevisjonen: Oslo. p. 64.
16. Håkonsen, L.L., Knut., *Er øremerkning treffsikkert? Om hvordan kommunene påvirkes av øremerkede tilskudd og andre former for statlig styring.*, K.F. Telemarkforskning, Editor. 2011, Telemarkforskning: Bø, Telemark.
17. Fiva, J.H.S., Rune J. Hagen Terje P., *Kommunal organisering. Effektivitet, styring og demokrati*. 7. utgave ed, ed. Universitetsforlaget. 2014, Oslo.
18. Borge, L.-E.R., Jørn., *Kommunenes økonomiske tilpasning tiol tidsavgrensede statlige satsinger*, in *SØF-Rapport 3/2005*. 2005, Kommunal- og Regionaldepartementet. p. 73.
19. KS, H.-o.o.o., *Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste*, H.-o.o.o. KS, Editor. 2019: Oslo. p. 3.
20. Helsedirektoratet, *Helhet og sammenheng. Utvikling og variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester blant pasienter med behov for hehetlige tjenester*, in *Rapport IS-2765*, Helsedirektoratet, Editor. 2018, Helsedirektoratet: Oslo. p. 134.
21. Sheppard, S.I., S. Doll, HA. Clarke, MJ. Kalra, L. Wilson, AD. Goncalves-Bradley, DC. , *Admission avoidance hospital at home*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(9).

- 22.Ose, S.O.K., Silje L. Ådnanes, Marian. Lassemo, Eva. Kalseth, Jorid., *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018. Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene.*, SINTEF, Editor. 2018, SINTEF: Trondheim. p. 268.
- 23.Sjetne, I.S.H., Olaf. Danielsen, Kirsten., *Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre i 2018. Asker DPS*, in *PasOpp-rapport*, I.O. Paulsrud, Editor. 2019, Folkehelseinstituttet, område for helsetjenester: Oslo. p. 41.
- 24.Roos, E.S., Aslak., *Bør kommunene overta*, in *Dagens medisin*. 2019: Oslo. p. 3.



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no