



Styresak nr. 5/10

SAMHANDLING SOM STRATEGISK VERKTØY I NORDLANDSSYKEHUSET

Saksbehandler:
Steinar Pleym Pedersen

Saksnr.: 2010/75 Dato: 08.02.2010

Dokumenter i saken :

Trykt vedlegg: Samhandlingsreformen – St.meld. 47 (tidligere utsendt styret)

Ikke trykt vedlegg: Helse Nord sitt strategidokument, Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsnivået, Samhandling og desentralisering – forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene, Avtale om samarbeid mellom kommunene i Nord-Norge og Helse Nord RHF og Helse Nord: Felles planforutsetninger for lokalsykehus forslag til avtale med kommunene, Eksempel på avtale og vedtekter vedr. regionalt samarbeid, modell 1(RESO) og modell 2 (OSO) samt foreløpig Oppdragsdokument.

1. Saksbehandlers kommentar:

I denne saken inviteres styret til å fatte vedtak om samhandling som strategisk verktøy mellom nivåene i behandlingsskjeden, og mellom- og innad i klinikkene i Nordlandssykehuset HF.

Målet er at samhandling, gjennom robust organisatorisk forankring og optimaliserte pasientforløp, skal bidra til:

- Å koordinere pasientenes behov for tjenester
- Å styrke fokus på forebygging
- At nivåene er godt forberedt på endringene i demografi og framtidige sykdomsbilder
- At økonomiske ressurser forvaltes på en samfunnsøkonomisk god måte

I St. meld. 47 (2008-2009) defineres samhandling som et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

Reformen, som ligger til behandling i Stortinget med forventet behandlingsdato 27. april, er fundamentert på at pasientene skal få rett behandling, på riktig sted og på rett tid. Dette kan virke krevende og vil forutsette flere og nye samarbeidsstrukturer i forhold til dagens løsninger.

Samhandlingsreformen forventes å være innfaset pr. 1.1.2012. Tiden er knapp. Direktøren legger an arbeidet med samhandling som en prioritert oppgave i alle ledd i NLSH.

I det foreløpige Oppdragsdokumentet presiseres kravet til fokus på samhandling. Dette tar saken utgangspunkt i. Det endelige Oppdragsdokumentet blir lagt fram for styret som egen sak.

Nordlandssykehuset vil i de ulike klinikkene med klinikkssjefene som topplederforankring, fokusere på samhandling med aktuelle aktører; både innad og på tvers i foretaket og med ulike eksterne samarbeidspartnere.

Samarbeid mellom Nordlandssykehuset og kommunene betraktet som en likeverdig aktivitet er viktig. Tilsvarende er det på det operative/kliniske nivå viktig med god dialog og samarbeid med den enkelte kommune. Med kommunene er også overordnet samarbeid om prinsipielle og strukturelle forhold også viktig.

I pkt. 5 drøftes nærmere hvordan samarbeidet kan organiseres.

2. Historikk

I 2003 besluttet de regionale helseforetakene å etablere samhandling og desentralisering som strategisk satsingsområde.

Det ble samtidig oppnevnt en nasjonal gruppe som fikk til oppgave å utvikle et felles strategisk grunnlag for helseforetakenes arbeid på dette feltet.

Gruppens arbeid ble ledet av direktør Finn-Henry Hansen.

Pasientenes behov for et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud var den viktigste begrunnelsen for arbeidet i den nasjonale arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppen avga sin rapport høsten 2004. Rapporten er et av flere grunnlagsdokument i arbeidet med Samhandlingsreformen.

I styringsdokumentet for 2004 (nå: oppdragsdokumentet) formulerte Helsedepartementet :

En viktig dimensjon ved et tjenestetilbud av høy kvalitet er god tilgjengelighet og kort reisetid til en rekke tjenestetilbud. Særlig gjelder dette for høyvolumtjenester og tjenester til pasienter med kroniske sykdommer.

I 2007 ble Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes Sentralforbund.

Forannevnte er på ingen måte uttømmende hva angår ulike dokument og utredninger som omhandler samhandling, men er likevel viktige i forhold til de veivalg som skal gjøres i Nordlandssykehuset HF.

3. Samarbeidsavtale Helse Nord - Kommunenes Sentralforbund (KS)

Kommunesektoren har tatt tak i St.meldingen på ulikt vis. Det har vært gjennomført møter og seminar omkring temaet og leder i KS, Halvdan Skard uttaler at reformen slik den foreligger er en solid tillitserklæring til kommunesektoren. KS slutter seg til de ambisiøse mål og grep som fremmes i meldingen, men understreker samtidig nødvendigheten av god dialog i forberedelsene. Nordlandssykehuset HF vil nytte formalisert dialog via inngåelser av avtaler med kommunene og delta i ulike møter med kommunene for å styrke dette samarbeidet. Dialog og møter kan skje i samarbeid med KS, regionvis, eller enkeltvis med kommuner.

Helse Nord og KS har utarbeidet forslag til avtale om samarbeid mellom kommunene i Nord-Norge og helseforetakene.

Avtalen skal understøtte lokale avtaler og danne grunnlag for samhandling mellom kommuner og helseforetak som likeverdige parter. De skal bygge på omforente verdier og prinsipper :

- Pasientenes behov skal være i fokus for samarbeidet
- Helhetlige behandlings- og omsorgskjeder som sikrer koordinerte tjenester på tvers av forvaltningsnivåer og organisasjonsgrenser
- Samarbeidet skal bevisstgjøre partene gjennom likeverdighet og gjensidighet, med fokus på dialog og samarbeid om forbedringer, kvalitetsutvikling og god ressursutnyttelse
- Dialog ved omstilling og endring og respekt for gjeldende avtaleverk i arbeidslivet
- Forankring av samarbeidet, på politisk nivå/styrenivå, ledernivå og i fagmiljøene – både i kommunene og i helseforetakene
- Gjensidig kompetanseutvikling mellom kommunene og helseforetakene
- Involvere brukerne og frivillig sektor gjennom aktivering og medvirkning

4. Tre hovedutfordringer i Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen fokuserer på 3 hovedutfordringer. Kjernen i reformen er å søke løsninger på alle tre og at løsningene ikke står i motsetning til hverandre.

- a). *Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester.*

Mange pasienter har bruk for tjenester som leveres av ulike tjenestesteder. Det gjelder for så vidt både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er også ulike forståelser/mål med behandlingsopplegg. For store deler av spesialisthelsetjenesten er målet preget av medisinsk helbredelse, mens kommunehelsetjenesten har fokus på funksjonsnivå, mestring og livskvalitet. For pasientene er det viktig at det er gjensidighet nivåene imellom mht de to målformuleringene. At tjenestene er dårlig koordinerte, betyr også dårlig og lite effektiv ressursbruk.

- b). *Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.*

Helsetjenesten har stor fokus og høy kvalitet/kompetanse på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner i forhold til kroniske sykdommer; eksemplifisert med Diabetes.

Forebygging er i for liten grad et prioritert område, og samhandling mellom nivåene når det gjelder forebygging kan sies å være fraværende. Manglende forebygging i et samfunnsmedisinsk perspektiv er både kostnadskreven og gir redusert livskvalitet for enkeltmennesket.

- c). *Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.*

Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge er i likhet med andre Vest-Europeiske land, i stor endring. Det vil bli flere av de eldste eldre fram til 2050. De vil leve med flere kroniske og sammensatte sykdomstilstander som vil kreve tiltak på tvers av tradisjonelle nivå og faglige beskrankninger. Kols, sykkelig overvekt, diabetes, demens, kreft, psykiske lidelser og rus er i sterk vekst og vil også kreve samhandlingstiltak på andre vis enn tilfellet har vært til nå. Disse endringene kan ikke ensidig løses via økonomiske vekst, men mer gjennom viljen og søken etter nye løsninger i form av organisatoriske endringer og faglig forståelse på tvers av etablerte nivå.

5. Samhandlingsstrategiene

I dette punktet foreslåes strategier som er viktig å videreføre, forsterke og etablere for å nå målene i forhold samhandling slik de er formulert foran. Oppdragsdokumentets krav, og forslag til lokalsykehusstrategi 2010-2020, og Helse Nords øvrige forventninger hva angår samhandling er medtatt.

Strategi 1 Videreføre/videreutvikle velfungerende etablerte tiltak

- Inngå nye avtaler med kommunene i helseforetakets opptaksområde
- Videreutvikle og forsterke arbeidet i brukerutvalget
- Videreføre faste møteplasser – fagdager
- Videreutvikle Pre-Ob nivået i kommunene, jfr. tidligere styrevedtak.
- Videreutvikle praksiskonsulentordningen
- Forbedre bruken av prosedyrer i forhold til bruken av spesialisthelsetjenesten
- Implementere positive erfaringer fra desentraliseringsprosjektet
- Utvide tilbudet til pasienter med sykkelig overvekt (adipositas)
- Inngå avtaler om følgetjenester for fødende til og mellom fødeinstitusjonene, samt bidra til utarbeidelse av plan for svangerskap, fødsel og barselomsorg.

Strategi 2

Utvikle gode pasientforløp slik at pasientene opplever at aktivitet i kommunehelsetjenesten og sykehus henger sammen og støtter hverandre

- Gjennom differensierte tiltak redusere opplevelsen av det fragmenterte helsevesen
- Gjøre forsøk med praksissykepleier etter modell praksiskonsulent
- Utarbeide systematiske og avtalte modeller for pasientforløp
- Identifisere og redusere flaskehals i de ulike pasientforløp

Strategi 3

Etablere og videreutvikle tiltak for å forebygge sykdomsutvikling og reduksjon i komplikasjoner der kronisk sykdom har oppstått

- Etablere samarbeidstiltak med kommunene i den hensikt å forebygge sykdom, og der sykdom av kronisk karakter har oppstått ha som siktemål å redusere komplikasjoner. ”Freskt Bodø” er et eksempel
- Gjennom Lærings- og mestringssentrene (LMS) videreføre kurs og opplæring av pasienter og samarbeidspartnere. Eksempel røykeslutt og kols.
- Videreføre arbeidet innen diabetesomsorgen

Utviklingen av livsstilsykdommer er økende. Økt andel av befolkningen med overvekt gir seg utslag i flere tilfeller av type II-diabetes, dernest økning av antall hjertekarsykdommer og kols-andelen blant kvinner ventes å øke. Vi får flere eldre med kreft og demens og mange kronikere gis betydelig lengre livsutsikt på grunn av medisinske framskritt.

Forebygging er i for liten grad et prioritert område, og samhandling mellom nivåene når det gjelder forebygging kan sies å være for fraværende. Manglende forebygging i et samfunnsmedisinsk perspektiv er både kostnadskrevende og gir redusert livskvalitet for enkeltmennesket.

Strategi 4

Lokalsykehusfunksjonene skal utvikles med basis i kunnskap om demografi, sykdomspanorama og medisinsk teknologi

- Med henvisning til at indremedisin vil være hovedutfordringen i framtidens lokalsykehus; etablere forståelse for nødvendig intern omfordeling av ressurser og kompetansebygging på området.
- Bidra til at lokalsykehuset på en best mulig måte møter helhets- og nærhetsbehovet hos eldre/kronikere
- Erkjenne at lokalsykehusene vil få viktige oppgaver som støtte- og samhandlingsaktør for førstelinjen
- Lokalsykehusenes innhold hva angår føde- og akuttvirksomhet utvikles i tråd med Helse Nords overordnede strategi
- Integrert behandling rettet både mot rus og psykiske lidelser styrkes ved DPS-ene
- Samhandling mellom BUP/DPS og det kommunale tilbudet, herunder barnevernet forbedres

Innholdet i framtidens lokalsykehus – og for så vidt også øvrige sykehus – vil bli preget av flere forhold. I tillegg til endringer i demografi og sykkelighet, vil pasientgrupper i større grad ha fokus på kvalitet og rettigheter. Fritt sykehusvalg er en slik rettighet. For lokalsykehusene vil det være avgjørende om en evner å utvikle innhold i tråd med omgivelsenes krav og forventninger. Kirurgien er i stor endring, og tidligere ”normale” kirurgiske inngrep erstattes av andre metoder, mens indremedisinen på lokalsykehus vil bli mer preget av demografi og sykdomsutviklingen for øvrig.

Strategi 5

Utvikle og forsterke bruken av IKT som strategisk verktøy i samhandlingen

- Økt satsing på telemedisin; inkludert behandling og konferansetimer
- Mer veiledning, opplæring og annen kompetanseheving basert på video og nett
- Bidra til at klinikere – både i 1. og 2. linja finner teknologien nyttig i sin hverdag og i direkte pasientbehandling

God og rask dialog mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten både i forhold til polikliniske behandlinger, søknad om innleggelser og ulike epikriser er en forutsetning for samhandling.

Strategiske bruk av IKT vil være et felles verktøy for helseforetaket og primærhelsetjenesten for å forsterke/forbedre denne dialogen.

Dagens situasjon tilfredsstillende ikke behovet. Det kreves en sterkere nasjonal satsing for å etablere infrastruktur og løsninger som fremmer samhandling. Dagens helsenett er ikke godt nok utbygd og har heller ikke kapasitet til de store datamengdene som skal sendes.

Strategi 6

Se sammenhengen mellom transportøkonomi og helsetjeneste i 1. og 2. linja

Helseforetaket har i dag økonomisk ansvar for pasienttransport både til primærhelsetjenesten og til spesialisthelsetjenesten. For Nordlandssykehuset HF utgjør dette årlig om lag 160 mill.

- Pasienter gis behandlingstilbud så nært sitt hjemsted som mulig. Kan skje ved ytterligere desentralisering av tjenester og kompetansebygging i primærhelsetjenesten.
- Vurdere ytterligere desentralisering av spesialisthelsetjenester fra Bodø til Lofoten og Vesterålen.
- Sterkere fokusering på telemedisin som et klinisk hjelpemiddel
- Styrke kontakten med seksjon for pasientreiser og kliniske miljø både innad i foretaket og i forhold til ulike samarbeidspartnere. Dette med sikte på å fange opp sammenhengen mellom pasientreisevolum/kostnader og behandlingstilbud.
- Gjennomføre dialogmøter med primærhelsetjenesten og egne klinikker for å belyse sammenhengene mellom helseforetakets økonomi, reisevirksomhet og behandlingstilbud.

Strategi 7

Etablere kompetanseprogram for primærhelsetjenesten

Ved å etablere felles kompetansearenaer for leger og annet personell vil en skaffe tilleggseffekter mht relasjonsbygging og bedre forståelse for hverandres ståsted og utfordringer

- Kunnskapsseksjonen utvikler program for hospiteringsordninger
- Utvide/utvikle modell "fagdager" i Lofoten til å gjelde hele foretaket
- Markedsføre hospitering som et tiltak klinikkene ønsker og vil bidra med kvalitet i.

6. Økonomi

Det er overveiende sannsynlig at Samhandlingsreformen vil føre til endringer av dagens finansieringssystem. St.meldingen drøfter medfinansiering som et virkemiddel. Hvordan og med hvilket volum, vil bli et hovedpunkt i den videre behandlingen. Flg. alternativer er skissert i St.meldingen :

- * medfinansiering 100%
- * medfinansiering – diagnosebetinget
- * medfinansiering – aldersbetinget
- * medfinansiering med fullt betalingskrav for ferdigbehandlede pasienter fra dag 1
- * endring i %-satsen på stykkprisfinansieringen

I forordet til Samhandlingsreformen uttrykkes det at bruken av pengene i helsetjenesten ikke er optimalisert. Framtiden kan ikke møtes ved å bruke enda mer midler på feil måte. Sykehusene skal fortsatt være hjørnesteinen i helsetjenesten, men det skal våges å tenke nytt.

Nordlandssykehuset vil legge til grunn de prinsipielle vurderinger som ligger i St.meldingen, nemlig at det vil bli endringer i de økonomiske forutsetninger for driften og samhandlingene med kommunene.

I arbeidet med samhandling fremover, vil vi basere oss på likeverdighet, deltakelse og med de beste pasientforløp som mål. Samhandling skal være ”lønnsomt” for pasientene, kommunene og helseforetaket.

Det forutsettes at samhandlingstiltak som gir økte kostnader skal finansieres av tiltaket selv etter prinsippet ”utgifter til inntekts ervervelse”, eller gjennom endring av finansieringsmodell, alternativt ved tilførsel av eksterne midler.

7. Organisering av arbeidet

Samhandlingsaktiviteter skjer kontinuerlig i helseforetakets hverdag, og mest i de avdelingene der det er pasienter som krever samordnet innsats fra både sykehus og kommune.

I fagavdelingen er det etablert Samhandlingsseksjon med 1 årsverk som ressurs. Denne er lokalisert i Lofoten og har hele foretaksområdet som sitt ansvarsområde. Det foreslås å styrke seksjonen med 1 årsverk og at dette årsverket lokaliseres til Vesterålen.

I organiseringen av samhandlingsarbeid må tenke i to akser:

- a) det operative/kliniske – mellom klinikkene og daglig samhandling mellom helseforetaket og den enkelte kommune
- b) det overordnede systemiske med regionene og kommunene

a)

Ivaretaes i det daglige av det operative nivå; i hovedsak som ledd i pasientforløpsaktiviteter og med klinikkjefene som ansvarlig nivå.

Samhandlingsseksjonen skal bidra til implementering av samarbeidstiltak. For å lykkes i ulike aktiviteter kreves tett samt god kontakt med våre egne klinikker og kommunene.

b)

Å organisere et likeverdig samarbeid på tvers av nivåene hvor siktemålet blant annet er å unngå fragmenterte tilbud med pasientens behov i sentrum, vil kreve nye samarbeidsformer organisatorisk forankret i begge nivå.

Formål med overordnet organisering er å legge til rette for gode utviklings- plan og informasjonsprosesser samt etablering av de beste og sammenhengende pasientforløp.

På overordnet nivå kan alternativene for omorganisering være:

- 1) Nordlandssykehuset HF forholder seg til kommunene enkeltvis
- 2) Nordlandssykehuset HF forholder seg til kommunene gjennom de etablerte regionrådene – Regionalt Samarbeidsorgan (RESO)
- 3) Nordlandssykehuset HF forholder seg til kommunene gjennom etablering av Overordnet Samarbeidsorgan (OSO)

Modell 1 ansees som lite aktuell da det lett blir krevende å forholde seg til et stort antall enkeltkommuner på saker av overordnet karakter. Modellen drøftes følgelig ikke mer.

Modell 2 vil basere seg på en allerede etablert struktur gjennom de 3 regionrådene i Salten, Lofoten og Vesterålen gjennom deres administrasjon og de folkevalgte som til enhver tid er valgt inn av kommunene. I regionrådene sitter kommunenes fremste politiske representanter.

Modell 3 – OSO innebærer etablering etter den modell som er valgt av UNN. Denne modellen vil kreve at det etableres et nytt nivå for administrasjon og oppfølging i forholdet mellom helseforetaket og kommunene.

OSO, etter modell på UNN HF, har 12 medlemmer. Modellen kopiert kan bety at NLSH HF og kommunene har 6 representanter hver.

Som eksempel legges ved vedtekter for OSO ved UNN.

Det er vår vurdering at modell 2 er å foretrekke siden denne baserer seg på en allerede etablert struktur. En vil også få en større nærhet til den operative virksomheten i kommunene enn det modell 3 gir mulighet for. Det foreslås derfor at Nordlandssykehuset sitt samarbeid med kommunene på et overordnet nivå organiseres gjennom regionrådene. Skal samarbeidet gjennom regionrådene gis et reelt innhold må det etableres en type arbeidsdeling mellom kommunene og regionrådene.

Innholdet i modellen og organisering av den må drøftes med de aktuelle regionrådene og styret vil bli forelagt endelig modell for godkjenning når denne foreligger.

Nordlandssykehuset har i dag løpende avtaler med kommunene i opptaksområdet. Noen kommuner har fagspesifikke avtaler, mens andre har inngått generelle samarbeidsavtaler. Hele avtalekomplekset må gjennomgås og reforhandles. Struktur og innhold i et slikt arbeid foreslås fulgt opp når overordnet struktur er etablert og en er enig med samarbeidspartnerne om modellen for dette.

8. Vedtak

Styret inviteres til å fatte følgende:

Vedtak

1. Samhandling i Nordlandssykehuset HF skal legge til grunn flg. strategier:

Strategi 1: Videreføre/videreutvikle velfungerende etablerte tiltak

Strategi 2: Utvikle gode pasientforløp slik at pasientene opplever at aktivitet i kommunehelsetjenesten og sykehus henger sammen og støtter hverandre

Strategi 3: Etablere ulike tiltak for å forebygge sykdomsutvikling og reduksjon i komplikasjoner der kronisk sykdom har oppstått

Strategi 4: Lokalsykehusfunksjonen skal utvikles med basis i kunnskap om demografi, sykdomspanorama og medisinsk teknologi

Strategi 5: Utvikle og forsterke bruken av IKT som strategisk verktøy i samhandlingen

Strategi 6: Se sammenhengen mellom transportøkonomi og helsetjeneste i 1. og 2. linja

Strategi 7: Etablere kompetanseprogram for primærhelsetjenesten

2. Det søkes etablert et overordnet organ for samarbeid med kommunene gjennom regionrådene i Salten, Lofoten og Vesterålen. Innhold i og organisering av dette samarbeidet drøftes med regionrådene og legges frem for styret til godkjenning
3. Samarbeidstiltak forutsettes finansiert gjennom de ressurser som tiltaket frigjør og eksternt tilførte midler.
4. Samhandlingsseksjonen styrkes med 1 årsverk som lokaliseres til Vesterålen.

Avstemming :

Vedtak :