

# Statusrapport for samhandlingsreformen pr november 2014

Fra Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen

## Oppsummering – Status for samhandlingsreformen etter 3 år

Nettverket peker i denne rapporten på en rekke tiltak som bør vurderes for å sikre at samhandlingsreformen kan bidra til en nødvendige kursjustering i retning bedre folkehelse og bedre og mer effektive helsetjenester slik målene for reformen er.

### Hvor er vi tre år etter innføringen av reformen;

#### Hva har fungert bra;

- Målet om økt satsing på folkehelse, bedre koordinering og økt samarbeid i helsetjenestene oppleves som nødvendig og riktig i kommunene
- Avtaleinstituttet som ble lovpålagt fra 1/1-2012 er nyttig og viktig for å styrke samhandlingen i helsevesenet
- Vi har fått en økning og bedring i det interkommunale samarbeidet og i samarbeidet mellom kommuner og sykehus
- Det er skapt et engasjement for endring og samhandling både i kommuner og helseforetak og det er økt fokus på behovet for helhetlige og koordinerte tjenester på tvers av 1. og 2. linjenivå
- Mulighetene for elektronisk kommunikasjon mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har økt dramatisk. Dette har bidratt til bedre og tryggere dialog mellom partene

#### Områder der det er behov for videreutvikling/ kursjustering;

- Spesialisthelsetjenesten som helhet har i for liten grad tatt inn over seg intensjonene i samhandlingsreformen og sin rolle i å nå de overordnede målene i reformen
- Vi har ikke oppnådd en ny og myndiggjort pasient- og brukerrolle i norsk helsevesen men «pasientenes helsetjeneste» er satt tydelig på dagsorden av politisk ledelse
- Allmennlegetjenesten i kommunene (fastlegene) oppleves fortsatt som en uavhengig, ikke integrert tjeneste på siden av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Det må jobbes med kultur, holdninger, ledelse, kompetansebygging og rekruttering for å sikre oppfølging av reformen i alle deler av norsk helsevesen
- Samarbeid mellom kommunene, helseforetakene og utdanningsinstitusjonene må bedres for å sikre rett kompetanse på rett plass til rett tid

## **De varslede stortingsmeldinger om folkehelse, primærhelsetjeneste, sykehusplan og kommunereform blir viktige «virkemidler» for å nå de overordnede målene i reformen**

### **Formål med statusrapporten**

De varslede stortingsmeldinger om folkehelse, primærhelsetjeneste, sykehusplan og kommunereform blir viktige «virkemidler» for å nå de overordnede målene i samhandlingsreformen.

KS og Helse- og omsorgsdepartementet inngikk i 2011 en intensjonsavtale om implementering av samhandlingsreformen. Avtalen legger til grunn en fortløpende evaluering av virkemidlene i reformen for å kunne gjøre nødvendige justeringer underveis i implementeringsløpet. Det nasjonale nettverket for implementering av samhandlingsreformen (Nettverket) fikk en følge- med- rolle i dette arbeidet for perioden 2012 – 2015.

Denne statusrapporten bygger på kunnskap akkumulert gjennom nettverkets arbeid i perioden høsten 2011 – høsten 2014.

**Nettverket ønsker med denne statusrapporten å peke på mulige justeringer i virkemiddelbruken for å bedre mulighetene for å nå definerte mål i Samhandlingsreformen.**

### **Bakgrunn for reformen og mål**

Samhandlingsreformen tar utgangspunkt i 3 utfordringer:

- 1) Vi har for liten innsats for å fremme helse og forebygge sykdom i Norge
- 2) Pasientenes behov for helhetlige og koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- 3) Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet betyr at vi må endre måten vi yter helsetjenester på om vi skal opprettholde eller bedre tilbudet i årene som kommer

Reformen skal bidra til å bedre folkehelsen og sikre bærekraftige, koordinerte helsetjenester av god kvalitet. Fra 1/1-2012 ble det iverksatt en rekke virkemidler (juridiske, økonomiske, faglige og organisatoriske) som i sum skal bidra til en nødvendig kurskorrigering for kommunene, sykehusene og utdanningsinstitusjonene i retning bedre folkehelse og et mer effektivt helsevesen med høyere kvalitet.

### **Status for reformen**

#### **1. Pasient- og brukerrollen**

Ny Pasient- og brukerrettighetslov fra 1/1-2012 hjemler pasientenes og brukernes rettigheter overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester hjemler tjenestenes plikter. Det ligger klare forventninger til tjenestene i lovgrunnlaget.

Mental helse har utviklet en «Verktøykasse for brukermedvirkning» som er en kursrekke for å sette brukerrepresentanter i stand til å representere

brukergruppene på en god og konstruktiv måte. Metodene har overføringsverdi til andre pasient- og brukergrupper.

Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling, Midt-Norge, har utviklet metoden «Bruker spør bruker» som er en metode for brukerundersøkelser som gjennomføres av brukere av tjenester for å hente ut brukererfaringene.

«Pasientenes helsetjeneste» er nå satt tydelig på dagsorden av ny politisk ledelse.

**Nettverket opplever ikke at vi har oppnådd en «ny» og myndiggjort pasient- og brukerrolle i norsk helsevesen.**

**Men reformen har satt fokus på at all pasient- og brukerbehandling skal ha til hensikt å understøtte pasientenes og brukernes mestring av egen helse.**

**Samtidig krever brukermedvirkning på systemnivå at brukere «rustes» til å kunne ha reell medvirkning og påvirkning ut ifra mer enn perspektiv på egne erfaringer.**

**Det har vært vanskelig å etablere arenaer der nettverket kan møte brukerrepresentanter på nasjonalt nivå.**

#### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- *Øke bruken av brukerundersøkelser for å øke bevisstheten både blant brukere og blant ansatte om kunnskap og synspunkter hos brukerne*
- *Ta i bruk metoden «Bruker spør bruker» i større grad*
- *Pasienter og brukere må få mulighet til reell innflytelse og medvirkning på systemnivå gjennom økt kunnskap, god informasjon og veiledning – for eksempel opplæring i brukerrepresentasjon på systemnivå, kurs i pasientrettigheter ol jfr «Verktøykassa for brukermedvirkning» i Mental Helse.*
- *Iverksette holdningsskapende arbeid blant både publikum og ansatte/ ledere i helsetjenestene.*
- *Økt samarbeid mellom brukerorganisasjoner og sykehus om lederopplæring med fokus på brukerorienterte sykehus jf. "Vestfoldsprosjektet" hvor det skal gjennomføres kurs for 40 ledere*
- *Utvikle brukermedvirkning på systemnivå i de forebyggende helsetjenestene i kommunene – helsestasjon*
- *Læring og mestring som satsing både i sykehus og kommuner. Læring og mestring skal være en integrert del av pasientforløpet/behandlingen og ha til hensikt å støtte opp at brukeren er i stand til å ta ansvar for egen helse*
- *Gjøre Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring» satsning på brukermedvirkning i psykisk helsearbeid kjent i helsetjenestene*
- *Etablere arenaer på nasjonalt nivå der representanter fra 1. og 2. linjenivå i helsetjenesten har løpende dialog med brukerrepresentanter*

## 2. Helsefremmende og forebyggende arbeid

### 2.1 Folkehelsesatsningen;

Utvikling i folkehelse er tett knyttet til politikk og velferdsutvikling. Den nye folkehelseloven styrker statlig og kommunal forvaltning sitt ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer. Nettverkets oppfatning er at det jobbes godt og målrettet på feltet på de ulike forvaltningsnivåene; mange kommuner og fylkeskommuner har satt folkehelse på dagsorden i planstrategier, i kommuneplanens samfunnsdel og i ulike strategidokument, det er inngått samarbeidsavtaler om forebygging mellom kommuner og helseforetak. Så langt er det etablert frisklivssentraler i om lag 212 kommuner.

Helsedirektoratet utgir veiledere og Folkehelseinstituttet publiserer statistikk på kommune-, fylkes- og landsnivå og har utviklet folkehelseprofiler for kommunene. Folkehelseinstituttet opplever et stort engasjement i oppfølgingen av ny Folkehelselov.

KS inviterer til læringsnettverk med utgangspunkt i kommunenes og fylkeskommunenes arbeid med lettere psykiske plager hos barn og unge og frafall i videregående skole. I samarbeid med kommunene vil KS invitere inn kommuner i puljer. Overordnede målsettinger er å fremme folkehelse og forebygging i kommunesektoren samt stimulere til utviklingsarbeid innenfor feltet sosial ulikhet, med hovedvekt på barn og unges problemer med mestring, lettere psykiske plager og frafall i videregående skole. Formålet med denne nettverksjobbingen er å styrke sammenhengende tiltak på tvers av sektorer og mellom kommune og fylkeskommune.

**Nettverket opplever at folkehelsesatsningen fortsatt er i startgropa. Satsning på folkehelse krever både målrettet satsning og et langt tidsperspektiv (jfr Trondheimserklæringen) med tanke på utvikling av kompetanse og innarbeiding av folkehelseperspektivet i planverket. Engasjementet i satsningen er stort, men utviklingen går for sakte. Mange kommuner etterlyser økt finansiering av feltet for å lykkes med folkehelsesatsningen. Det mangler kompetanse, planer og økonomiske insentiver for å komme videre med folkehelsearbeidet. Det er også viktig å se lenger enn ett 4 års perspektiv jfr Trondheimserklæringen.**

### Anbefaling/ forslag til tiltak:

- *Tydelige økonomiske insentiv for å øke innsatsen*
- *Stimulere til samarbeid med frivillig sektor*
- *Økt satsting på å forebygge frafall fra videregående skole gjennom tidlig innsats i barne- og ungdomsskolen*
- *Videreutvikling av kommunal planlegging*

### 2.2 Forebyggende helsetjenester;

Helsetjenestene på 1. og 2.linjenivå skal ikke bare behandle syke, men også bidra til at innbyggerne ikke blir syke (primærforebyggende arbeid), bidra til at de ikke blir syke igjen (sekundærforebyggende arbeid) og bidra til at pasienter ikke blir sykere (tertiærforebyggende arbeid). Gode forebyggende helsetjenester

og helsetjenester med tidlig intervensjon er en forutsetning for å lykkes med reformens mål om en friskere befolkning.

**Nettverket har ikke fått rapporter om at spesialisthelsetjenesten har gått tungt inn i helsefremmende og forebyggende arbeid slik ny lovgivning fra 1/1-2012 la opp til. Nettverket opplever også at det gjenstår mye innenfor kommunehelsetjenesten når det gjelder satsing på forebyggende helsetjenester, spesielt når det gjelder tettere oppfølging av pasienter med kroniske lidelser.**

#### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- Økt kunnskap om helsetjenestenes mulighet for å forebygge sykdom
- Økt fokus på primærhelsetjenestens- og spesialisthelsetjenestens rolle og ansvar når det gjelder å dempe befolkningens behov for helsetjenester
- Opptrappingsplan for forebyggende helsetjenester og helsetjenester med tidlig intervensjon i forhold til innbyggere med helseutfordringer

### **3. Helhetlige og gode helsetjenester**

#### **3.1 Gode pasientforløp;**

Prosjektet «Helhetlige pasientforløp i hjemmet» (HPH) har vist gode resultater som kan forsterkes og implementeres nasjonalt. HPH er i praksis et generelt forløp tilpasset ulike pasientgrupper som skal sikres god oppfølging i kommunene etter sykehusopphold. Aktuelle målgrupper for HPH er eldre, kronisk syke, personer med psykisk sykdom samt rusproblemer - både voksne og barn/unge.

Gode helhetlige pasientforløp som også beskriver overgangene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten kan bidra til å sikre at pasienter opplever god kvalitet og samhandling i tjenestene.

Kommuner fra hele landet deltar i læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp. KS er eier av satsingen som er en oppfølging av kvalitetsavtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Kunnskapssenteret har en sentral rolle i gjennomføringen. Styringsgruppen ledes av Helse- og omsorgsdepartementet og har solid forankring gjennom deltakelse fra brukerorganisasjonene, Helsedirektoratet, KS og Kunnskapssenteret. I Helsedirektoratets følge-med-rapport, status for samhandling 2014, foreslås det at dette arbeidet med pasientforløp bør utvides til også å omfatte spesialisthelsetjenesten.

To store læringsnettverk arbeider for å utvikle gode pasientforløp for eldre og mennesker med kroniske lidelser i 48 norske og to danske kommuner. Videre vil fem læringsnettverk med til sammen 50 kommuner arbeide med gode pasientforløp innen rus og psykisk helse for voksne. Flere kommuner deltar i begge satsingene.

Felles for de to satsingene er et ønske om å bidra til en retningsendring i helsetjenestene. Det handler om å flytte oppmerksomheten fra «Hva er i veien med deg?» til «Hva er viktig for deg?». Gjennom dette styrkes den nye pasient- og brukerrollen og det helsefremmende arbeidet i tjenestene.

**Nettverket har et bestemt inntrykk av at det har blitt økt interesse for, og arbeid med, gode pasientforløp de siste årene. Men det gjenstår mye for å sikre gode forløp på tvers av 1. og 2. linjenivå.**

### **Anbefaling/ forslag til tiltak;**

- *Stimulere kommuner og sykehus til å legge til rette for helhetlige pasientforløp spesielt for pasienter med kroniske lidelser*
- *Det bør lages en plan for spredning av HPH/Gode pasientforløp etter 2015 Utvide pasientforløpsarbeidet til også å omfatte spesialisthelsetjenesten*
- *Vurdere hvordan økonomiske virkemidler kan understøtte de gode forløpene*
- *Gjennomgå dagens finansieringsordninger for å underbygge ambulant virksomhet, nye dialogmuligheter for eksempel via videokonferanseutstyr m.m.*
- *Bruke risiko- og sårbarhetsanalyser i overgangene mellom nivåene*
- *Koordinerende enhet, IP og koordinator er en forutsetning for gode forløp*

### **3.2 Psykisk helse og rus;**

Tromsø kommune har gode erfaringer med innføring av Chronic- care- modellen som potensielt har overføringsverdi overfor pasient-/brukergruppene rus-psykisk helse.

Prosjektet «Rask psykisk helsehjelp» viser gode erfaringer ift å behandle psykiske vansker tidlig i ett forløp. Mange kommuner utviklet, under Opptrappingsplan for psykiske helsearbeid, gode lavterskel behandlingstilbud til kommunenes innbyggere. Disse tjenestene avlastet spesialisthelsetjenesten.

KS har utarbeidet FoU – rapport: «Samspill eller svarteper spill?» Den er et bidrag til å redusere gråsonene og klargjøre ansvarsforholdene mellom kommunes tjenester og spesialisthelsetjenesten for mennesker med betydelige adferdsutfordringer.

Kommunene er seg sitt ansvar bevisst og tar i stadig større grad ansvar for innbyggere med alvorlige psykiske lidelser/personlighetsforstyrrelser kombinert med rus- og voldsproblematikk.

På oppdrag fra KS har AFI undersøkt hva som kjennetegner de vellykkede og likeverdige modellene. Gjennom 8 konkrete case hentet fra hele landet, fra storby, småby og distriktskommuner er det sett nærmere på de gode samarbeidsmodellene.

Trondheim kommune har etablert kommunale krise- korttidsplasser for innbyggere med kjente psykiske lidelser som trenger kortere opphold i kommunal institusjon. Erfaringene er hovedsakelig gode og har medført at disse brukerne har færre innleggelses i spesialisthelsetjenesten.

**Nettverkets erfaringer tilsier at pasientgruppene innen rus- og psykisk helsefeltet ikke har blitt prioritert i arbeidet med Samhandlingsreformen ettersom det ikke er knyttet økonomiske virkemidler spesifikt til disse gruppene. Samtidig er det viktig å peke på at målene for**

**opptrappingsplan psykisk helse om «venstreforskyvning av tjenester» i form av bedre forebygging, økt satsing på kommunehelsetjenester og ambulante spesialisthelsetjenester er nøyaktig de samme som man ser for seg innen somatisk helsetjeneste som resultat av samhandlingsreformen. Slik sett har psykisk helse og rus gått foran og vist mulighetsrommet.**

#### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- *Tidlig innsats ved å satse på lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid i kommunene utover satsning på psykologer*
- *Økt ambulant virksomhet både i spesialist- og kommunehelsetjenesten*
- *Finansieringsordninger som understøtter ambulant virksomhet*
- *Utvikling av ØHD/krise- korttidsplasser for bruker-/pasientgruppene jfr Trondheim kommune*
- *Lavterskel tilbud for barn og unge og foreldre knytter til barnehager, skoler og nærmiljø*
- *Legge til rette for bedre koordinerte tjenester til barn, unge og foreldre*

### **3.3 Rehabilitering;**

I den politiske plattformen for dagens regjering er det bebudet en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet. Veileder til forskrift om habilitering, rehabilitering, koordinerende enhet, IP og koordinator har vært ute på høring. KS har utgitt FoU- rapport: «Fra passiv mottaker til aktiv deltaker - hverdagsrehabilitering i norske kommuner».

Brukernes egne ønsker, ressurser og hjemmemiljø er utgangspunkt for hverdagsrehabilitering. Hvordan kommunen velger å organisere dette arbeidet kan være avgjørende for hvilke effekter det gir.

Først og Høverstad har på oppdrag fra KS FoU foretatt en studie av hverdagsrehabilitering i et utvalg norske kommuner. Studien identifiserer, drøfter og gir anbefalinger vedrørende organisering av tjenesten, kompetansebehov og ledelse. Rapporten inneholder også en modell for registrering og dokumentasjon av ressursinnsats og brukerresultater før, under og etter prosessen med hverdagsrehabilitering. Rapporten inneholder eksempel fra en kommune som har registrert ressursbruk og funksjonsnivå for 13 brukere i hele rehabiliteringsprosessen og etter tre måneder.

**Nettverket får stadig rapporter som tilsier et perspektivskifte fra mer passive omsorgstjenester i kommunene til hverdagsrehabilitering med fokus på tjenester som understøtter trening med mål om bedring av brukernes-/pasientens funksjonsnivå. Slike nye tilbud må inkluderes i nye pasientforløp.**

**Nettverket opplever at det er usikkerhet mht hva som skjer på rehabiliteringsområdet; det pågår en prosess fra institusjonsbasert- til hjemmebasert rehabilitering. Det er også usikkerhet knyttet til grenseoppgangen mellom 1. og 2. linjetjenester. Det virker å være behov for å plassere rehabilitering inn i tydelige og gode helhetlige forløp der partene kan enes om hvem som har ansvar for hva.**

### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- *Rehabilitering må beskrives som del av helhetlige pasientforløp*
- *Øremerkede midler/ en opptrappingsplan for rehabilitering*
- *Økt fokus og nasjonal satsning på hverdagsrehabilitering*
- *Utvikle kompetanse både i kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten jfr rapporten fra Midt-Norge*
- *Utprøving av modell med felles rehabiliteringsteam mellom kommuner, spesialisthelsetjeneste og DMS (inkl vedtak, personell, økonomi m.m.) i Midt-Norge, jfr erfaringene fra ACT-modellen innen psykiatri/rus*
- *Kartlegge effektene av insentivene i reformen og hvordan rehabiliterings-tilbudet i kommunene er påvirket*
- *Ta i bruk erfaringene fra landsomfattende tilsyn med rehabilitering*

### **3.4 Fastlegene;**

Fastlegene spiller en nøkkelrolle ift å lykkes med reformen. Fastlegenes deltakelse og innpassing i samarbeidet er utfordrende. De er selvstendig næringsdrivende, men utfører kommunale oppgaver etter avtale med kommunen.

Vi har fått en revidert fastlegeforskrift som presiserer at;

- Det er kommunene som er ansvarlige for at det finnes en god allmennlegetjeneste i kommunen
- Kommunen kan stille funksjons- og kvalitetskrav til fastlegene det inngås avtale med
- Fastlegen har ansvar for å sikre gode allmennlegetjenester til alle som står på lista; både de som bestiller time og de som ikke bestiller time
- Fastlegene har en rapporteringsplikt i forhold til slike kvalitetskrav som kommunen stiller

**Nettverket får stadig rapporter om at fastlegene ikke oppleves som en integrert tjeneste innen kommunehelsetjenesten. Dagens avtale mellom RHF'ene og Legeforeningen om praksiskonsulentordningen understøtter oppfatningen av at allmennlegetjenesten er en uavhengig tjeneste på siden av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.**

**Nettverket har inntrykk av at den nye fastlegeforskriften i praksis ikke er blitt tatt i bruk av kommunene.**

**Det er et problem at tidligere inngåtte avtaler ikke kan sies opp selv om kommunen ønsker å innarbeide nye krav i avtalene slik fastlegeforskriften åpner for. Det er kun brudd på tidligere inngåtte avtaler som hjemler en slik oppsigelse.**

### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- *Videreutvikling av samarbeidsstrukturene mellom fastlegene, kommunene og foretakene*
- *Fastlegeforskriften må evalueres og endres slik at kommunene kan si opp individuelle avtaler og reforhandle disse slik at det kan innarbeides nye kvalitetskrav*
- *Praksiskonsulentordningen bør forankres bedre i kommunene, og det bør forsøkes nye modeller som kan bidra til bedre samhandling*

### 3.5 Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD/KAD);

Hensikten med å varsle et lovkrav om kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud var fra departementets side å stimulere til en 24/7-kultur i kommunene mht å kunne tilby kommunale tjenester som alternativ til bruk av sykehustjenester. I dag er det i svært liten grad mulig å etablere ulike typer kommunale helse- og omsorgstjenester som øyeblikkelig hjelp. I praksis er så å si alle disse tjenestene som ytes i kommunene en elektiv tjeneste, dvs at det må søkes om de ulike tjenestene. På sykehus brukes ca 30 % av sengekapasiteten til elektive pasienter mens 70 % av sengene brukes til øyeblikkelig hjelp pasienter.

Når kommunene organiserer seg for å kunne ta i mot pasienter i kommunale akutt døgntilbud-senger så må de også ha en åpningstid 24/7. Dermed kan også andre kommunale tjenester som hjemmesykepleie vurderes som alternativ til innleggelse i en ØHD/KAD-seng. Dagens finansieringsordning åpner ikke for dette.

Ved inngangen til 2014 hadde om lag halvparten av kommunene opprettet et tilbud. Mange av tilbudene har lav beleggsprosent. Det er mange grunner til dette; tjenestetilbudet er nytt mange steder, ikke godt nok kjent blant legene, arbeidskrevende prosedyrer for innlegging, skepsis blant legene om dette tilbudet er faglig godt nok, uenighet om legebemanning m.m. Det er usikkerhet knyttet til hvilke konsekvenser manglende oppstart vil ha for kommuner som ikke har kommet i gang innen 1.1.2016.

Fylkesmennene på Vestlandet intervjuet 11 enheter for øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene (ØHD/KAD) i perioden 2012-14 og konkluderte blant annet med at samarbeid med helseforetaket om drift, analyse og utveksling av kompetanse samt tidlig involvering av fastlegegruppen og sykepleiere i planlegging av tilbudet var suksessfaktorer. Videre pekte fylkesmennene på at registrering og analyse av pasientdata er ulik og gir dårlig grunnlag for sammenlikning.

KS og Helsedirektoratet samarbeider om erfaringskonferanser og utreder etableringen av tilbudet. Det er 146 kommuner som ikke har etablert KAD-tilbud, de fleste i nord. I Finnmark og Nord-Troms er det imidlertid 21 kommuner som har et sykestue-tilbud fra før. Det er fortsatt uavklart om sykestuene skal opprettholdes som lokale KAD-tilbud eller om disse kommer i tillegg til slike nye kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

**Nettverket har diskutert utviklingen innenfor ØHD/ KAD-tilbud en rekke ganger. Vårt inntrykk er at det mange steder er stor entusiasme knyttet til oppbyggingen av et tilbud og at både store og små enheter kan gi god kvalitet til sine pasienter. Samarbeid med sykehusene og med fastlegene er åpenbare suksessfaktorer. Den lokale planleggingen må bli bedre slik at de akutte døgnplassene blir en naturlig og integrert del av de kommunale helse- og omsorgstjenestene og godt integrert i den øvrige akuttmedisinske kjeden.**

#### Anbefaling/ forslag til tiltak:

- *Gjøre ØHD/KAD-tiltakene kjent blant leger både i kommuner og spesialisthelsetjenesten*
- *Fastlegens rolle i ØHD/KAD-tilbudene må beskrives bedre*

- *Utvikle felles krav til hvilke data som skal registreres i ØHD/KAD-enhetene*
- *Evaluering av ØHD/KAD - evaluering av effekten for pasienter med lange forløp og hyppige innleggelse før loven trer i kraft fra 1/1-2016*

### 3.6 Betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter;

Ordningen med kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag 1 har medført at flere pasienter blir definert som utskrivningsklare og at de skrives ut raskere enn tidligere. De fleste pasientene skrives ut samme dag som de meldes utskrivningsklare. Ordningen har ført til at det er færre utskrivningsklare pasienter som ligger lenge i sykehus. På den andre siden rapporterer kommunene at de opplever økt press på kommunale sykehjem og hjemmetjenester.

Etter at samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 har det vært en gradvis økning i antall reinnleggelse for gruppen «utskrivningsklare pasienter». Det kan ikke fastslås om dette er knyttet til endringene i utskrivningsmønstre eller andre forhold. Mulige årsaker kan være at utskrivningsklare pasientene er i dårligere medisinsk tilstand enn tidligere eller at kommunene ikke alltid kan gi et godt nok behandlingstilbud for disse pasientene.

**Nettverket har diskutert utviklingen mht utskrivningsklare pasienter en rekke ganger. Det virker ikke å være tvil om at ordningen er en suksess mht raskere utskrivning fra sykehus og derav færre liggedøgn på sykehus for utskrivningsklare pasienter.**

**Om nye virkemidler som kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter, nye faglige krav til sykehusenes arbeid med disse pasientene i forskriften og lokale avtaler om samarbeid har bidratt til at pasientene samlet sett har fått et bedre tilbud enn tidligere gjenstår å se.**

**Det virker for nettverket som at kommunalt betalingsansvar har medført et betydelig økt press på de kommunale omsorgstjenestene som mange kommuner ikke var forberedt på. Hvilken effekt dette har hatt på tilbudet til andre pasienter enn de utskrivningsklare bør belyses.**

**Det er også nødvendig å gjøre analyser for å se på om det kan være forhold ved kompetanse og bemanningsnorm for tjenestene i kommunene som har betydning for økning i reinnleggelse.**

#### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- *Betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter må videreføres*
- *Det bør legges opp til forskning som kan si mer om hvordan utskrivningsklare pasienter blir behandlet på sykehus og etter utskrivning fra sykehus*

### 3.7 Spesialisthelsetjenesten

Ny lovgivning presiserer sykehusenes ansvar for å bidra i helsefremmende og forebyggende arbeid. Det ligger klare forventninger til at spesialisthelsetjenesten skal sentralisere og spesialisere ytterligere der dette er nødvendig for å bedre kvalitet på tjenestene. Samtidig skal sykehusene desentralisere tjenester der dette er mulig. Ikke minst skal spesialisthelsetjenesten gjennom sin veiledningsplikt medvirke til å styrke kompetansen i kommunene og yte råd og

veiledning slik at kommunene kan lykkes med sin del av helsetjenesten. Alt dette krever nytenkning og prioritering i sykehusene.

**Nettverket opplever at spesialisthelsetjenesten som helhet i for liten grad har tatt inn over seg intensjonene i samhandlingsreformen og sin rolle i å nå de overordnede målene i reformen; Bedre folkehelse og bærekraftige, koordinerte helsetjenester av god kvalitet.**

#### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- *Eier må stille tydelige krav til sykehus og private med avtaler med RHF om;*
  - *Fokus på tiltak som kan dempe behovet for helsetjenester generelt*
  - *Tiltak for å sikre «rett pasient på rett sted til rett tid»; noe som ikke bare betyr økt aktivitet på sykehusene, men også grep fra spesialisthelsetjenesten for å sikre at pasienter som kan profitere på andre tilbud i kommunene eller hos private med avtale får slike tilbud*
  - *Bidra slik at kommunene settes i stand til å gjøre sin del av jobben i en ny arbeidsfordeling*
  - *Bygge spesialisthelsetjenestene i dialog med brukere og samarbeidende kommuner*
- *I dialog med kommunene bygge opp faste stillinger på sykehus der fastleger kan jobbe for å bygge kompetanse – jfr Helse Midt-Norges prosjekt knyttet til fedme og diabetes*

## **4. Organisasjon og ledelse**

### **4.1 Organisering**

Det er en stor utfordring at kommunehelsetjenesten er organisert gjennom 428 autonome kommuner mens spesialisthelsetjenesten er styrt gjennom statlig eierskap til 4 regionale helseforetak og 19 sykehusforetak.

Det er mange ansatte i norske helsetjeneste. Hvordan bygge opp en god ledelse som både ser den enkelte ansatte, som sikrer god ressursutnyttelse og samtidig ser 1. og 2. linjetjenester under ett? Agder-fylkene har gjennomført felles lederutdanning for ledere i kommunene og foretakene. Denne samlæringen har vært et viktig bidrag til å øke kunnskapen om hverandres organisasjoner og derigjennom øke tillitten og bedre samhandlingen mellom nivåene. Det planlegges lederutviklingsprogram i et samarbeid mellom Helsedirektoratet og KS.

En tjeneste preget av hovedsakelig heltidsansatte gir både økt kvalitet og økt sikkerhet i helsetjenesten i tillegg til utvikling av kompetanse. Dagens rammebetingelser og arbeidstidsordninger understøtter i for liten grad utviklingen mot en ønsket heltidskultur innen tjenestene.

Kommunene har i dag ikke et utviklet system for å samle pasient-/brukeradministrative data, som er sammenlignbart med spesialisthelsetjenesten system, NPR.

Når kommuner og sykehus skal vurdere samhandlingen dem i mellom så er sykehusene mer fornøyd enn kommunene. Dette gjenspeiler at mange kommuner ikke opplever likeverd i dialogen.

**Nettverket har i mange sammenhenger fått innspill på en opplevelse av manglende likeverd mellom partene der sykehusene ofte oppleves å ta en «storebror/ storesøster-rolle». Med andre ord er det fortsatt en utfordring å legge til rette for likeverd mellom partene.**

**Nettverket ser at planprosesser i kommunene og i helseforetakene går uavhengig av hverandre. Dette bidrar ikke til helhetlige og sammenhengende helsetjenester. Kommunene i Agder har gode erfaringer med å utarbeide planer som speiler foretakenes planer.**

**Nettverket ser mange eksempler på dilemmaet stordrifts- og spesialiseringsfordeler opp mot smådriftsfordeler og lokal nærhet av tjenester der folk bor.**

#### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- *Felles strategisk planlegging av tjenestetilbud mellom kommunene og helseforetakene for å skape helhetlige bærekraftige tjenester på begge nivå*
- *Felles lederutdanning mellom 1. og 2. linje både på strategisk- og tjenestenivå for å sikre gjensidig forståelse og kultur for tverrfaglighet*
- *Det bør vurderes å utvikle felles topplederprogram for ledere i sykehus og kommuner*
- *Planer for felles kulturbygging bør utvikles mellom partene lokalt som del av oppfølging av samarbeidsavtalene*
- *Rammebetingelser og arbeidstidsordninger som understøtter heltidskultur*
- *Utvikling av et funksjonelt system for å samle og bedre datakvaliteten i kommunene, jfr spesialisthelsetjenestens NPR*
- *Tiltak for å legge til rette for kunnskap om hverandre og gjensidig respekt mellom partene*
- *Likeverd mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bør legges til grunn for det videre arbeidet med kommunereformen*

#### **4.2 Økonomiske virkemidler;**

Økonomiske virkemidler kan ikke alene sikre at alle målene i reformen nås, men må ses i sammenheng med juridiske, faglige og organisatoriske virkemidler. Det er tilnærmet umulig å finne økonomiske virkemidler som ivaretar alle hensyn like godt. Det oppstår også lett ulike typer «bivirkninger» av de forskjellige finansieringsordningene.

Samhandlingsreformen skal bidra til økt bærekraft. Å få flere og bedre tjenester ut av eksisterende ressurser (effektivisering) er derfor en viktig del av reformen. Samhandlingsreformen er derfor så langt stort sett en «nullsumsreform». Det er i liten grad knyttet friske midler til reformen, men det er en omfordeling av ressurser fra helseforetak til kommuner hvor ansvar er tydelig flyttet på 3 områder;

- Kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter
- Kommunal medfinansiering (KMF) av bruk av somatiske sykehustjenester

- Kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Kommunal medfinansiering var ment som et insentiv for å planlegge og iverksette tiltak som kunne dempe behovet for spesialisthelsetjenester. Ordningen var aldri ment å skulle fullfinansiere alternative tiltak til sykehustjenester.

Det er besluttet å avslutte KMF i sin nåværende form uten at det er varslet andre tydelige insentiv eller virkemiddel med mål om å dempe bruken av spesialisthelsetjenester. Det er få/ ingen tiltak som stimulerer til gode tiltak for å bedre folkehelsen etter at KMF blir tatt bort.

Foretakenes takstsystem må understøtte funksjonelle arbeidsmåter og samhandling med samarbeidspartene og bidra til at pasientene slipper unødig reising gjennom bruk av telemedisinske løsninger m.m.

**Nettverket opplever at det er stort fokus på å effektivisere tjenester både i 1. og 2. linje av helsetjenestene.**

**Samtidig opplever nettverket at det i for liten grad er tatt hensyn til at tiltak som hever kvaliteten ofte ledsages av pukkelkostnader eller permanent økte kostnader.**

**Nettverket har opplevd det som et problem at mange nettopp har oppfattet KMF som en finansierungsordning der man skulle kunne etablere alternative tilbud til spesialisthelsetjenesten for 20 % av kostnaden på sykehus. Det har også bidratt til frustrasjon i kommunene at en stor del av bruken av somatiske sykehustjenester styres av sykehusene selv uten at kommunehelsetjenesten har påvirkning på denne bruken. KMF har bidratt til betydelig økt fokus på befolkningens forbruk av spesialisthelsetjenester, ulikheter i forbruk og kommunehelsetjenestens og spesialisthelsetjenestens mulighet for å påvirke forbruksmønsteret.**

**Nettverket er bekymret for at bortfall av KMF uten nye økonomiske insentiv vil føre til at kommunenes interesse for å bidra til redusert bruk av spesialisthelsetjeneste faller bort.**

**Nettverket opplever stor frustrasjon i mange kommuner over mangel på forutsigbare rammer når sentrale virkemiddel som KMF forsvinner uten å bli erstattet av andre økonomiske ordninger. Mange kommuner har opprettet tjenester og investert tungt med utgangspunkt i at det skulle lønne seg økonomisk å gi tilbud til pasienter som ellers må behandles i spesialisthelsetjenesten.**

**Nettverket erfarer også at mange savner muligheten for å kunne søke om prosjektmidler/ samhandlingsmidler i Helsedirektoratet for å stimulere til nye tiltak.**

#### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- *KS og HOD bør i fellesskap utrede alternative økonomiske virkemidler som kan bidra til å dempe behovet for spesialisthelsetjenester og vurdere forsøksordninger i interesserte kommuner*
- *Det bør vurderes om det igjen bør settes av sentrale prosjektmidler som kan understøtte lokalt utviklingsarbeid*

### 4.3 Personell og kompetanse

Utfordringsbildet vi står overfor tilsier at vi framover må jobbe mer effektivt og yte flere og bedre tjenester med relativt sett færre ansatte. Dette krever økt kompetanse blant våre ansatte. Ansatte må også kunne yte tjenester sammen med andre i helhetlige pasientforløp i dialog med brukerne/ pasientene.

Utdanningskapasitet i både universitet og høyskoler må stå i samsvar med behovene i kommuner og foretak. Fylkeskommunene og de fylkeskommunale fagskolene er også viktige leverandører av helsepersonell, bl.a. helsefagarbeidere, og må inviteres med i plan- og strategiarbeid knyttet til kompetansebygging. Innholdet i utdanningene må endres i takt med de opplevde og forventede behovene i tjenestene.

I tillegg til fagutdanninger innen helse/ omsorg må det finnes generalistkompetanse i tjenestene i forhold til det å lede arbeid på tvers av organisasjoner, profesjoner, ledelseslinjer m.m. Etablering av ØHD/KAD-tilbud i kommunene gir også endrede kompetansebehov. Det bør utvikles tverrfaglige etter- og videreutdanningsprogram for å ivareta denne utfordringen. Tilsvarende erfaringer har kommunene etter Opptrappingsplan for psykisk helse som medførte framveksten av videreutdanning i psykisk helsearbeid både overfor voksne og barn/unge.

En organisasjonskultur preget hovedsakelig av helstilinger virker positivt ift kvalitet, pasientsikkerhet og rekruttering.

Effekten av dagens arbeidstidsordninger må vurderes og evt nye arbeidstidsordninger må utvikles.

Kommunene opplever at pasientene er sykere, eller har dårligere funksjonsnivå ved utskrivning fra sykehus, enn før reformen. Dette, samt reformens intensjon om økt behandling i kommunene, medfører økt behov for behandlingskompetanse i kommunene.

I Nord-Norge er det i perioden 2012 – 2013 gjort et større kartleggingsarbeid for å se på kompetansebehov som følge av Samhandlingsreformen. Basert på statusrapporten som ble utarbeidet etter kartleggingen, er det også laget en tiltaksplan for oppfølging. Tiltaksplanen er behandlet i KS sine fylkesstyrene og i styret i Helse Nord RHF. Det er vedtatt operasjonalisering gjennom et nordnorsk samarbeidsutvalg for strategi, prioritering og iverksetting av kompetansehevede tiltak.

Oppdragene til de regionale- eller nasjonale kompetansesentrene må sees opp mot kompetansebehovet. Disse må også vurderes opp mot behovet for PhD og forskerkompetanse.

Helse Sør-Øst og KS har i samarbeid startet et pilotprosjekt for å dele eksisterende e-læringskurs. Prosjektet har som formål å etablere en fremtidsrettet praksis for samarbeid om gjensidig deling og utvikling av e-læring og digitale læringsressurser. Prosjektet skal legge til rette for at spesialisthelsetjenesten og kommunene kan samarbeide om e-læring og

kompetanseutveksling.

Prosjektet skal videre gi anbefalinger til en forvaltningsmodell for en fremtidsrettet samarbeids- og delingspraksis mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Spesialisthelsetjenesten har i dag en ensidig veiledningsplikt overfor de kommunale tjenestene. Kommunens tjenester innehar også kompetanse som er avgjørende for å få til ett godt pasientforløp over nivåene. En gjensidig veiledningsplikt vil avhjelpe dette.

**Nettverket opplever at det ikke er lett å få til en god dialog mellom helsetjenestene og utdanningsinstitusjonene. Det har dessverre vært vanskelig å få til deltagelse fra Kunnskapsdepartementet i nettverksmøtene. Det har også vært vanskelig å få en dialog med noen som representerer høyskoler og universitet.**

#### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- *Kompetanseløftet videreføres*
- *Det gjøres en gjennomgang av kompetansesenterstrukturen*
- *Utdanningsinstitusjonene må ha et sterkere fokus på kommunale helse- og omsorgstjenester enn før*
- *Felles e-læringsportal med nasjonal implementering, jfr Helse Sør-Øst og KS som er i gang med et pilotprosjekt sammen*
- *Samhandlingskompetanse må bli et fagområde/-tema i utdanningene*
- *Utvikling av tverrfaglig etter- videreutdanning i kommunene*
- *Helse og omsorgssektoren setter mer fokus på rekruttering, bl.a. ved å tilrettelegge for gode læringsarenaer i praksis*
- *Kommuner og helseforetak oppretter flere læreplasser i helsearbeiderfag*
- *Turnus og arbeidstidsordninger innrettes mot heltid/større stillingsbrøker*
- *Sikre at kompetansebygging ivaretas i et overordnet samarbeid gjennom aktørene i reformen enten gjennom etablerte strukturer eller etter modell fra samarbeid i Midt- og Nord-Norge (KS, Universitet/Høyskoler, RHF og FM).*
- *Endre lovverket slik at kommunene får veiledningsplikt overfor sykehusene som parallell til sykehusenes veiledningsplikt*
- *For å sikre likeverd mellom sykehus og kommuner og legge til rette for økt satsing i kommunene bør kommunene få plikt til forskning og utdanning på linje med sykehusene*
- *Det bør etableres arenaer nasjonalt der representanter fra helsetjenestene både på 1. og 2. linjenivå kan føre en løpende dialog*

#### **4.4 Samarbeidsavtaler;**

Det er fremdeles behov for å jobbe med kjennskap til samarbeidsavtalene. I flere foretaksområder er det inngått avtaler ut over de lovpålagte avtalene. Revisjonsprosesser er også gjennomført eller planlagt mange steder.

Kommunen har som part ved avtaleinngåelse med helseforetaket fått et juridisk verktøy som gir muligheter for tydelig ansvars- og oppgavefordeling og gjensidig forpliktelse. Denne muligheten legger grunnlaget for likeverdighet mellom partene.

**Nettverket opplever avtaleinstituttet som nyttig og viktig for å styrke samhandlingen i helsetjenesten.**

**Nettverket erfarer imidlertid at det fra flere hold stilles spørsmål til om det er hensiktsmessig å ha en årlig gjennomgang av avtaler (ref lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6.5, første ledd).**

**Nettverket har sett at det i utforming av avtaler rundt om må gjøres vanskelige avveininger mellom behov for lokal tilpasning for kommuner og avtalelighet for å forenkle oppfølging og administrasjon for helseforetakssiden. Så langt ser det ut til at sistnevnte hensyn har veid tyngst. I enkelte områder er dette i tillegg drevet fram av felles forhandlingsutvalg på kommunesiden.**

**For noen områder der det er uavklarte ansvarsforhold som innen rehabilitering, psykisk helse og rus bærer avtalene ofte preg av å være uklart og rundt formulert. Dette kan skape risiko for svikt i pasientoppfølgingen.**

**Nettverket erfarer at brukernes rolle i oppfølging av avtalene varierer.**

#### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- *En lovendring der detaljeringsgraden mht områder for avtaler, hyppighet og evaluering endres jfr utviklingen i Danmark som nå har fått en lovendring som gir færre samarbeidsavtaler som samtidig er mer gjennomgående og helhetlige*
- *Faglige prosedyrer bør utarbeides som et supplement til avtalene og trenger ikke vedtas politisk*
- *Stimulere kommuner og sykehus til å informere ansatte om avtaler og dialogarenaer som er etablert som følge av avtaleinstituttet*
- *Stimulere til at samarbeidsutvalgene lokalt ser på brukernes rolle og legger til rette for brukerrepresentasjon*
- *Stimulere kommuner og helseforetak til konkrete og presise avtaleformuleringer*

#### **4.5 Nasjonal tvisteløsningsnemnd;**

Tilfanget av saker til tvisteløsningsnemnda har vært moderat i perioden 2012 – 2014 (13 saker). Av sakene som har vært til behandling i nemnda er det tvister om utskrivningsklare pasienter som dominerer (8 saker). I tillegg har nemnda hatt to saker med mekling før avtaleinngåelsen i 2012/2013 og en sak har omhandlet omorganisering innen det psykiske helsevernet og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Nemnda har ikke mottatt saker i perioden april 2014 til oktober 2014.

**Nettverket opplever at det har vært meget nyttig å kunne løfte lokale konflikter til en nasjonal tvisteløsningsnemnd.**

**Det bør vurderes om terskelen for bruk av tvisteløsningsnemnda er på rett nivå og eventuelt også i hvilken grad lokale ordninger supplerer og/eller erstatter nemndas funksjon.**

### Anbefaling/ forslag til tiltak:

- Gjennomføre evaluering av tvisteløsningsnemnda

## 5. Forskning, innovasjon og velferdsteknologi

### 5.1 Forskning og innovasjon i velferdstjenestene;

Nye problemstillinger kan ofte ikke håndteres med gamle løsninger. Det må igangsettes innovasjonsprosesser på områder hvor vi enda ikke har funnet svar på problemstillingene. Denne innovasjonen må være mer enn utvikling av velferdsteknologi.

Forskning må inngå som en like selvsagt og lovpålagt del av samfunnsoppdraget til helse- og omsorgstjenestene i (fylkes-) kommunal sektor, som det er i spesialisthelsetjenesten. Det store behovet for forskning med direkte relevans for kommunesektoren bør medføre bedre tilrettelegging for at både ansatte i kommunene og grupper med avtale med kommunesektoren, kan engasjere seg i forskning.

Hva er gjort:

- Nytt verktøy fra KS - SLIK! Systematisk ledelse av innovasjon i kommunene
- KommIT: Program for IKTsamordning i kommunesektoren

**Nettverket opplever at reformen har bidratt til satsning for å utvikle tjenestene og/eller teknologiske løsninger knyttet til tjenestene, ofte i et samarbeid mellom kommuner, høyskole-/universitetssektoren, private og helseforetak. Samtidig kan det virke som om de nye samhandlingsarenaene i for liten grad er blitt tatt i bruk til slike innovasjonsprosesser.**

### Anbefaling/ forslag til tiltak:

- Samhandlingsutvalgene bør konkretisere og sette i gang innovasjonsprosesser på aktuelle områder. InnoMed og Innovasjon Norge kan kobles på utfordringen
- FoUSAM (tidligere Helsetorgmodellen), som er et samarbeid mellom Helse Fonna, kommunene og Høgskolen Stord/Haugesund kan være et eksempel til etterfølgelse
- Videreutvikling av videokonsultasjon – både mellom tjenestenivåene og mellom behandlere og brukere/ pasienter
- Stimulere til opprettelse av FoU-enheter i kommunene

### 5.2 Velferdsteknologi;

Velferdsteknologi krever standardisering, gjerne på internasjonalt eller nordisk nivå. De største utfordringene ift demografi vil vi stå overfor fra 2020 og innen den tiden må løsningene være utprøvd og tatt i bruk.

Hva er gjort:

- Nasjonalt program for utvikling og implementering av velferdsteknologi
  - Over to hundre kommuner søkte om å få være med

- Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen: 28 millioner i 2013, omtrent det samme i 2014
- På Vestlandet ser en rekke ulike eksempler på slike initiativ. To eksempler er:
  - FoUSAM (tidligere Helsetorgmodellen) som er et samarbeid mellom Helse Fonna, kommunene og Høgskolen Stord/Haugesund
  - Prosjektet Velferdsteknologi i Lindås; samarbeid mellom Utviklingssenter for hjemmetjenester, Høyskolen i Bergen, Senter for omsorgsteknologi, Lindås kommune og Tunstall (leverandør)

**Nettverket opplever at det er stor entusiasme ute i norske kommuner for å jobbe med velferdsteknologi. Nye teknologiske muligheter som understøtter mestring hos den enkelte pasient/ bruker møtes ikke i så stor grad som før med krav om flere «varme hender».**

#### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- *Stimulere til utviklingsarbeid mellom offentlig sektor som sitter med utfordringene og teknologiledende organisasjoner som kan se løsningene*

### **5.3 Elektroniske løsninger for samhandling**

Norsk helsenett ble sommeren 2009 omgjort fra et aksjeselskap eid av de regionale helseforetakene til et statlig foretak for å markere at selskapet skal jobbe både for kommunene og sykehusene. Norsk helsenett SF har i stor grad bidratt til at helse-Norge kan kommunisere elektronisk på en trygg måte.

Det er imidlertid fremdeles store muligheter for bedring av IKT knyttet til journaler, dokumentasjon, faglig og administrativ beslutningsstøtte, e-læring, velferdsteknologi, elektronisk kommunikasjon mellom tjenester og aktører m.m. Vi har i dag liten beslutningsstøtte i våre journalsystem. Det jobbes med hvordan vi kan nå fram til «en innbygger, en journal» både nasjonalt og regionalt for eks i Midt-Norge.

KS har i samarbeid med Norsk helsenett SF etablert KomUt. Utviklingen går raskt. Vi trenger en overbygging strukturelt. KS har også etablert KommIT som skal bidra til nasjonale løsninger på området.

Det er inngått avtaler mellom kommunene og foretakene på området, men avtalenes implementering er enda ikke god nok og det er et spørsmål om alle aktørene kjenner avtalene.

«Meldingsløftet» hvor KomUt har og Norsk helsenett har spilt en sentral rolle har ført til at det nå daglig utveksles over 600.000 meldinger mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. De fleste sykehusavdelinger, fastleger og pleie- og omsorgstjenestene i Norge er nå koblet på dette systemet og kan utveksle meldinger elektronisk.

**Nettverket opplever at det siden 1/1-2012 nærmest har skjedd en revolusjon når det gjelder mulighetene for elektronisk kommunikasjon mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Meldingsløftet, E-resept og forsøk med kjernejournal i Trondheimsområdet og Stavangerområdet er noen eksempler. Det er ingen tvil om at nye elektroniske løsninger har bidratt til bedre dialog**

**mellom 1. og 2. linje men at det fortsatt gjenstår store muligheter for forbedring.**

#### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- *I Midt-Norge jobbes det med å få til en felles anbudsprosess og utarbeidelse av en felles kravspesifikasjon for en felles elektronisk pasientjournal (EPJ) mellom kommuner og sykehus. Statlige myndigheter og KS bør samarbeide for at dette prosjektet kan lykkes*
- *Norsk Helsenett SF bør styrkes ytterligere for å ivareta sin sentrale rolle i IKT-satsingen*
- *Etablering av IKT som gir beslutningstøtte både på individ- og systemnivå*
- *Nasjonal finansiering av området*
- *Kompetanseorganisasjonene som er etablert gjennom KomUt videreføres etter 2014*
- *Videreutvikling av IKT-løsninger som understøtter samhandling*

### **6. Avtalen mellom KS og HOD**

Det nasjonale nettverket for implementering av samhandlingsreformen ble etablert høsten 2011. Etter etablering har nettverket vært samlet 10-12 dager i året. Ulike tema knyttet til reformen har vært tatt opp og drøftet slik at tilsiktede og utilsiktede effekter av reformen er blitt beskrevet ut fra nettverksmedlemmenes oppfatning og erfaring. Sentralt i nettverkets arbeid har vært informasjon, formidling og gjensidig erfaringsdeling.

Nettverket har bidratt med innspill til diskusjonene i den nasjonale koordineringsgruppa. Koordineringsgruppa møttes hyppig i løpet av 2011 og 2012, men har hatt sjeldnere møter i 2013 og så langt ingen møter i 2014. Dette gjør at nettverket rapporterer direkte til Helse- og omsorgsdepartementet.

Nasjonalt nettverk er en unik møteplass på tvers av helsetjenestenivå og instanser og gir mulighet både for å hente erfaringer og diskutere utfordringer og muligheter på bredt grunnlag.

Det har vært nyttig at NAV er representert i nettverket.

Som tidligere nevnt i denne rapporten har det vært vanskelig å etablere en løpende dialog med Kunnskapsdepartementet. Det har også vært vanskelig å organisere en dialog nasjonalt mellom nettverkets medlemmer og brukerorganisasjoner og ansattes organisasjoner.

#### **Anbefaling/ forslag til tiltak:**

- *Nasjonalt nettverk og den Nasjonale koordineringsgruppe bør fortsette sitt arbeid en periode ut over avtaleperioden mellom KS og HOD, eventuelt bør avtalen forlenges for å følge opp virkemiddelapparatet*
- *Det bør vurderes hvordan dialogen med utdanningsinstitusjoner og Kunnskapsdepartement kan sikres*
- *Det bør vurderes hvordan dialogen med brukerorganisasjonene og ansattes organisasjoner kan organiseres*