
«TRYGGE OVERGANGER- FRA SYKEHUS TIL KOMMUNE» UTVIKLING AV FUNKSJONSORIENTERT PASIENTFORLØP

FORSLAG TIL PRINSIPPER OG GJENNOMFØRINGSPROSESS

ASKER 30.10.2017

1.Mandat

Det opprettes en arbeidsgruppe ledet av kommunene, som utarbeider forslag til hvilke tiltak og modeller som skal prøves ut. Rapport med erfaringsoppsummering og anbefalinger for videre implementering leveres OSU innen 1. november 2017. (Vedtak i Overordnet Samarbeidsutvalg 19.09.2016 sak 17/2016)

Vestre Viken og kommuner tilsluttet Vestre Viken sitt opptaksområde er samstemte i at det særlig er overgangen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten som skal ha fokus i det funksjonsorienterte pasientforløpet.

1.2 Hensikt:

- 1.Sikre at pasienten og pårørende er en likeverdig part i utskrivningsprosessen, og at pasienterfaringer inngår i forbedringsarbeidet.
- 2.Forbedring av samarbeid og rutiner for å sikre trygg overgang for pasienten fra sykehus til oppfølging av kommunehelsetjenesten
- 3.Sikre at kommunene har nødvendig informasjon og dokumentasjon som grunnlag for beslutninger om kommunale tjenester på riktig nivå
- 4.Sikre at det er en plan for oppfølging av pasientene etter utskrivning fra sykehuset
- 5.Forebygge unødvendige reinnleggelser

1.3 Oppgaver, organisering og tidsplan

Arbeidsgruppen består av følgende representanter: Kari Engen Sørensen, leder, koordinator Kommunehelsesamarbeidet KHS-26, Anne Marie Flovik, samhandlingssjef/rådgiver Bærum kommune, Helen Kristiansen, samhandlingssjef Kommunehelsesamarbeidet D8, Marianne Holte Hellestad, samhandlingssjef Ringeriksregionen, Berit Elisabeth Nygård, rådgiver FOU, Asker kommune, Lill Tone Grahl Jacobsen, rådgiver Øvre Eiker kommune og Borghild Ulshagen, Hallingdalsregionen.

2. Målgruppe

Arbeidsgruppen har lagt til grunn at målgruppen i **funksjonsorientert pasientforløp** er pasienter med store og sammensatte behov. Pasientene har behov for et koordinert tjenestetilbudet fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen legger til grunn at prinsippene for funksjonsorienterte pasientforløp kan omfatte alle pasienter som *Veileder om kommunens oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov* refererer til.

Kjennetegn ved pasienter og brukere med store og sammensatte behov er at symptomer og faktorer er vevd sammen. Tilstanden kan ikke forklares ut fra enkeltfaktorer som diagnose eller avgrenset funksjonsproblem. Den må forstås ut fra pasientens helhetlige situasjon. Utfordringene for tjenestene er å akseptere kompleksiteten og forstå de ulike faktorenes gjensidige påvirkning. Det finnes ingen standard definisjon av denne pasientgruppen.

"Multisykdom refererer til tilstedeværelse av to eller flere langvarige helseproblemer som kan inkludere

1. definert fysisk eller psykisk helseutfordring –
2. spesifikke diagnoser vedvarende utfordringer på grunn av nedsatt evne til læring

3.mange og sammensatte symptomer knyttet til generelt nedsatt helsetilstand/"skrøpelig" og kronisk smerte

4.nedsatt syn og hørsel

5.misbruk av alkohol eller andre rusmidler"

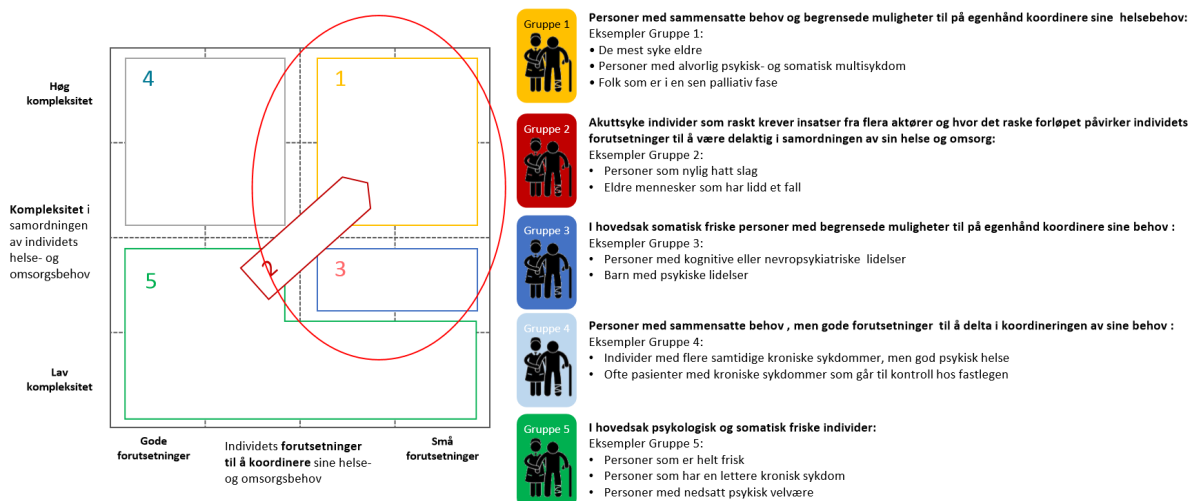
I tillegg til disse fem punktene kan problemer knyttet til sosial fungering være en sentral faktor.

<https://helsedirektoratet.no/Sider/veileder-for-kommunens-oppfolging-av-brukere-med-store-og-sammensatte-behov.aspx>

Multimorbidity: clinical assessment and management», NICE guideline 2016:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>

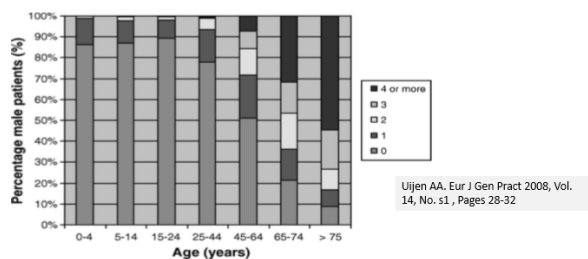
Anders Grimsmo har følgende definisjon på den multisyke pasienten:



Kilde: Samordnet vård och omsorg: En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, PM 2016:1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys



Multisykdom i allmen praksis



- Fra 65 års alder har 2/3 to eller flere kroniske sykdommer
- De fleste multisyke er likevel under 65 år
- Om lag 2/3 av helsebudsjettet går med til behandlingen av multisyke
- Multisyke blir systematisk utelukket fra forskning



3. Kunnskapsgrunnlaget

3.1 St.meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

3.2 Meld.St.26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet»

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

3.3 Helsedirektoratets forslag til «Veileder om kommunal oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov» (08.06.2017)

<https://helsedirektoratet.no/Sider/veileder-for-kommunens-oppfolging-av-brukere-med-store-og-sammensatte-behov.aspx>

3.4 Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (12.01.2016)

<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Samhandlingsreformen.aspx>

3.5 Helsetilsynets rapport 1/2016 Samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf

3.6 Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (endret 29.09.2017)

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

3.7 Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

1. Avtale om helhetlig pasientforløp

<https://vestreviken.no/Documents/Samhandlingsavtaler/MAL%20Avtale%20om%20helhetlig%20pasientforl%c3%b8p.pdf>

2. Avtale om IKT løsning

<https://vestreviken.no/Documents/Samhandlingsavtaler/IKT-Samhandling/MAL%20Avtale%20om%20IKT-l%c3%b8sninger.pdf>

3. Driftsavtale elektronisk melding

<https://vestreviken.no/Documents/Samhandlingsavtaler/Driftsavtale%20kommuner%20VVHF%20elektronisk%20meldingsutveksling.pdf>

3.8 Rapport fra midlertidig fagutvalg helsefag, Helse-Sør-Øst, juni 2016

På oppdrag fra Helse Sør-Øst har midlertidig fagutvalg helsefag beskrevet faglige utfordringer og anbefalte forbedringstiltak knyttet til pasienter erfaringer med utskrivning fra sykehus. Rapporten har medført igangsetting av prosjekt «Trygg utskrivning» i Vestre Viken. Rapporten ligger som vedlegg til dette saksnotatet.

4.9 Pasienterfaringer

Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015. Resultater etter en nasjonal undersøkelse. Publisert 26.06.2017

¹ PasOpp 2015 <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2015.resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse#lokale>

4.10 Erfaringer fra samarbeids/samhandlingsmodeller

Arbeidsgruppen har innhentet erfaringer fra ulike samarbeidsmodeller i Norge.

5. Oppsummering av kunnskapsgrunnlaget

Forslag fra arbeidsgruppen bygger på anbefalinger i ovennevnte dokumenter og rapporter. Arbeidsgruppen legger til grunn at kommunene har en god forvaltningspraksis knyttet til tildeling av kommunale helse- og omsorgstjenester, der formålet er å sikre effektiv vurdering, iverksetting og evaluering av helse- og omsorgstjenester.

Arbeidsgruppen forutsetter at styringsstruktur iht lovpålagte avtaler mellom partene følges.

4.1 St.meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

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 fremfor 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 et sterkere fokus på brukermedvirkning.

4.2 Meld.St.26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet»

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 bruker. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten, der brukere har sammensatte behov og relativt få har samme diagnose, er diagnosetilknutting 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 mere 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, primærhelsetjenestetteam og oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov.

4.3 Helsedirektoratets forslag til «Veileder om kommunens oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov» (08.06.2017)

Forslag til veileder er sendt ut på høring juni 2017. Veilederen peker på viktigheten av ledelse, organisering og kompetanse. Berører også temaer som analysekompetanse, tidlig identifisering av

pasientenes behov, trygghetsskapende teknologi og effektiv og kvalitet knyttet til tildelingspraksis. Veilederen om kommunenes oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov, 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.

4.4 Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (12.01.2016)

Riksrevisjonen gjennomførte 2015-2016 en undersøkelse på ressursutnyttelse og kvalitet på helsetjenesten etter innføringen av Samhandlingsreformen i 2012. Resultatet er 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 til brukerne. Dette har skapt et kompetansegap som gir utslag på 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.

- **Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud**, både innenfor somatikk og psykiatri, benyttes ikke 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 og 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 spesialisthelsetjeneste loven eller psykisk helsevernloven, 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.

4.5 Helsetilsynets rapport 1/2016 Samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen

Tilsynet avdekket at pasienter fikk for lite informasjon om behandlingen på sykehuset, og hva som skulle skje når de kom hjem. Tilsynet viste også 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.

4.6 Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet 29.09.2017)

Veilederen 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 tjenesteytere 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 fremtredende 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 mesteparten av tjenestene 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 utskrivning.

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 viktig samarbeidspartner for fastlegen.

Helsedirektoratet anbefaler at:

«Med mindre pasienten motsetter seg det, skal det ved utskrivning 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.»

4.7 Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

Arbeidsgruppen har valgt ut følgende inngåtte avtaler som særs relevante for Funksjonsorienterte pasientforløp: Avtale om helhetlig pasientforløp, Avtale om IKT løsning og Driftsavtale elektronisk melding

Vestre Viken og tilsluttede kommuner har besluttet å foreta en gjennomgang av lovpålagte avtaler. Formålet er å rydde i avtalestrukturen og foreta en revisjon av utvalgte avtaler.

Erfaringene fra arbeidsgruppens er sammenfallende med funn fra Helsetilsynet og Riksrevisjonen. Avtalene er på plass, men de er ikke godt nok kjent blant helsepersonell. Det er mangler ved innholdet i e-meldingene. Dokumentasjonen ved utreise er mangelfull, spesielt bemerkes mangler ved medikamentlisten. Erfaringene er også at epikrisen ikke alltid er klar til utsendelse ved utreise. Det er også mangler ved at fysioterapirapporter ol. ikke følger med ved utreise. Kommunene presiserer viktigheten av at også epikrisen sendes til den kommunale sykepleietjenesten. Erfaringer fra arbeidsgruppen er at samarbeid mellom kommune, sykehus, pårørende og pasient, ved vurderingsfasen i pasientforløpet kunne vært bedre. Erfaringer fra kommunene er at de av og til ser et behov for å supplere de elektroniske meldingene med et fysisk møte på sykehus. Det er en fordel at dette møtet finner sted i vurderingsfasen av sykehusoppholdet.

4.8 Rapport fra midlertidig fagutvalg helsefag, Helse Sør-Øst, juni 2016.

På oppdrag fra Helse Sør-Øst har midlertidig fagutvalg helsefag beskrevet faglige utfordringer og anbefalt forbedringstiltak knyttet til pasientenes tilbakemeldinger på om de ble tatt med på råd i spørsmål som omhandlet egen pleie og tilbakemelding på utskrivning fra sykehus Rapporten gir en anbefaling om at **Trygg utskrivning** blir en del av pasientsikkerhetsprogrammet i Helse Sør-Øst. **Trygg utskrivning** inneholder følgende punkter: *utskrivningsplan, medikamentgjennomgang og legemiddelsamstemning, utreisedokumenter, utskrivningssamtale og sjekklister for utreise.*

Vestre Viken igangsatte våren 2017 prosjekt «**Trygg Utskrivning**» og gjennomførte blant annet en spørreundersøkelse blant 450 fastleger der de etterspurte praksis knyttet til samarbeid ved utskrivning. Foreløpig resultat viser at fastlegene får epikriser for sent.

Vestre Viken igangsatte høsten 2017 et læringsnettverk for å implementere anbefalinger fremkommet i prosjektet. Representanter fra kommunene deltok i samlingene for å belyse kommuneperspektivet i disse forbedringspunktene. Arbeidsgruppen forutsetter at rapport og anbefalinger i **Trygg utskrivning** sees i sammenheng med prosjekt funksjonsorientert pasientforløp.

4.9 Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015, PasOpp. Resultater etter en nasjonal undersøkelse. Publisert 26.06.2017

Pasienterfaringer som kommer til uttrykk i blant annet PasOpp 2015¹ viser

- En stor andel av pasientene rapporterer at de ikke får den informasjonen de trenger for å kunne ta mer ansvar selv.
- Nesten en fjerdedel av pasientene sier at de ikke i det hele tatt eller i liten grad har opplevd at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen, hjemmetjenesten eller andre tjenester. Dette er en beskrivelse av manglende kontinuitet i pasientforløpets overganger.
- Vel en fjerdedel av pasientene sier at de ikke i det hele tatt eller i liten grad ble informert om hva de selv kunne gjøre ved tilbakefall.
- Nesten en tredjedel av pasientene sier at de ikke i det heletatt eller i liten grad ble informert om hvilke plager de kunne regne med å få i tiden etter sykehus-oppholdet.

Det er gjort omfattende forskning nasjonalt og internasjonalt om hva som kjennetegner en god utskrivning fra sykehus til kommunene. Forskning viser at multidisiplinær tilnærming i utskrivningsprosessen er effektiv med hensyn til kostnad og kvalitet. Bedre koordinering og tverrfaglig kommunikasjon understøtter også pasienttilfredshet. Oppsummert forskning om utskrivningsprosessen fra Cochrane 2013 viser at strukturert utreiseplan skreddersydd til den enkelte pasient sannsynligvis fører til en reduksjon i liggetid, færre reinnleggelser og økt pasienttilfredshet².

4.10 Erfaringer fra samarbeids/samhandlingsmodeller

Nedenfor følger ulike eksempler på samarbeids- og samhandlingsmodeller i Norge som arbeidsgruppen har innhentet erfaringer fra.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Helhetlig pasientforløp i eget hjem, Trøndelagsmodellen3. Helsesentermodellen2. Virtuell avdeling, Eidsbergmodellen4. Primærhelseteam5. VIP modellen fra Stavanger6. Grimstadmodellen7. Modell fra Sandefjord kommune8. Hospital at home |
|--|

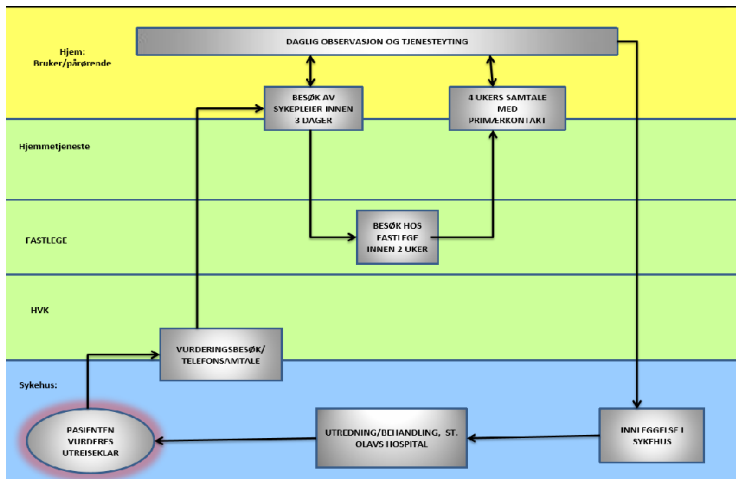
¹ PasOpp 2015 <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2015.resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse#lokale>

² 2013 The Cochrane Collaboration 2013 Discharge planning from hospital to home (Review)

Sasha Shepperd¹, Natasha A Lannin², Lindy M Clemson³, Annie McCluskey⁴, Ian D Cameron⁵, Sarah L Barras⁶

4.10.1 Helhetlig pasientforløp i eget hjem, Trøndelagsmodellen

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. Nedenfor følger en visualisering av modellen.



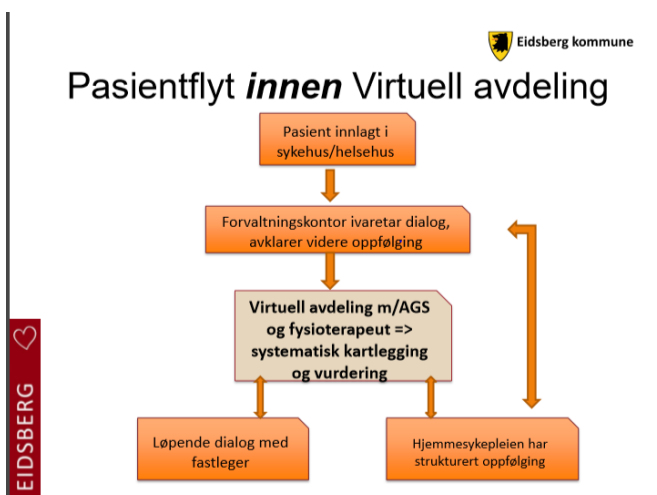
4.10.2 Helsesentermodellen

Helsepersonell 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 inklusiv spesialisthelsetjenester. Noen har også senger. Modellen har organisatorisk kontinuitet, profesjonell ledelse og ofte eid av det offentlige eller non-profit organisasjoner. Helsesentermodellen er utprøvd i Harstad.

4.10.3. Eidsbergmodellen- Virtuell avdeling

Denne modellen baserer seg prinsippet om at pasienten, etter utskrivning fra sykehuset, innskrives i en virtuell avdeling i Eidsberg kommune. I denne avdelingen jobber en avansert geriatrisk sykepleier i tett kontakt med fysioterapeut. Oppgaven i den virtuelle avdelingen er systematisk kartlegging og vurdering.



4.10.4 Primærhelsetjenesteteam

England: «Multispecialty community providers»

Bygger på fire pilarer:

1. Et allmennpraksistilbud til alle som representerer kontinuitet, og er omfattende, koordinert, lett tilgjengelig og forebyggende
2. Organisering av oppfølgende team til hjemmeboende langtidspasienter med omfattende og komplekse behov (Chronic Care Model), ofte med en egen koordinator
3. Utvidet pasientopplæring, større pasientmedvirkning og vektlegging av pasientpreferanser – individuelt og organisatorisk
4. Felles journalsystem med koordineringsfunksjoner



<http://pcmh.ahrq.gov/>

norsk**helsenett**



4.10.5. VIP modellen fra Stavanger

<https://helse-stavanger.no/seksjon/SESAM/Documents/Nyhets saker/Samhandling%20-%20Svein%20Reidar%20Kjosavik.pdf>

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 IP som kommunene har redaktøransvaret for. Ved nye innleggelser «fast-track» i mottak. Legges inn til sin VIP avdeling om mulig. Status som VIP pasient besluttes i et nettverksmøte med aktører fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten + pasient. Hensikten er å identifisere pasienter som sannsynligvis vil profilere på økt samarbeid og langsiktig planlegging.

4.11.6. Grimstadmodellen

Modellen er en videreutvikling av Trøndelagsmodellen- «Helhetlig pasientforløp i hjemmet». Bygger på en systematisk oppfølging gjennom sjekklister. Fokuset er endret fra «Hva er i veien med deg?» til «Hva er viktig for deg?»

4.11.7. Modell fra Sandefjord

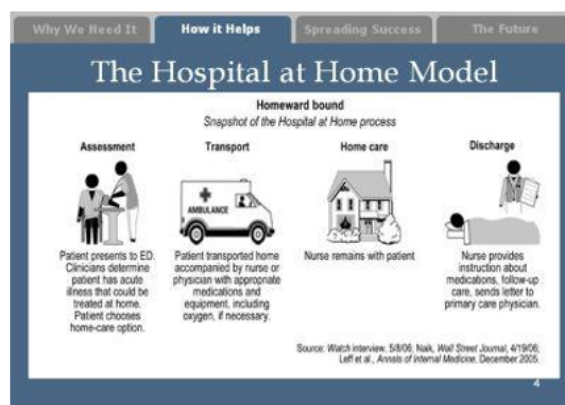
I tillegg finnes det en modell for samarbeid med fastlegen fra **Sandefjord kommune**
<http://www.kunnskapssenteret.no/196618/fastlegens-rolle-i-pasientforlop>

4.11.8. Hospital at home

«Hospital at home»



- «Kjente pasienter» med kronisk sykdom blir utredet i akuttmottaket og returnert hjem med sammen med sykepleier/team fra sykehuset
- «Utskrives» til primærhelsetjenesten når pasienten er i stabil bedring (2-3 dager)
- Teamet bistår også ved tidlig utskrivning
- Inntil 30 % kostnadsreduksjon



5. Forslag fra arbeidsgruppen

Forslag fra arbeidsgruppen er i tråd med anbefalinger og erfaringer fra valgt kunnskapsgrunnlag. Arbeidsgruppens forslag inneholder:

- 5.1 Forslag til prinsipper som må ligge til grunn uansett valg av samhandlingsmodell
- 5.2 Spørsmål knyttet til graden av samarbeid eller samhandling
- 5.3 Forslag til forbedringspunkter knyttet til samhandling og organisering
- 5.4 Forslag til forbedringspunkter knyttet til tema kompetanse
- 5.5 Forslag til videre prosess

5.1 Prinsipper som legges til grunn

Valg av modell må tilpasses den enkelte kommune og relevante samarbeidspartnere (fastleger og spesialisthelsetjenesten). Modellen må beskrive deltakelse, ansvarsoppgaver og organisering. Arbeidsgruppen anbefaler at følgende prinsipper må inngå i en slik modell:

Prinsipper i det funksjonsorienterte pasientforløpet

Alle beslutninger om bruker skal tas i samråd med bruker.

Modellen må legge opp til at partene tidlig kan identifisere behov og sørge for en målrettet og strukturert oppfølging av identifiserte behov. Modellen må legge til rette for nødvendige arenaer for dialog og samarbeid i de ulike oppfølgingsfaser med de aktuelle samarbeidspartnere. Koordinerende

enhet må kobles inn om pasienten har behov for langvarige og koordinerte tjenester i etterkant av sykehusoppholdet.

Modellen må legges til rette for samtidig behandling, oppfølging eller gjensidig veiledning der dette blir vurdert som hensiktsmessig.

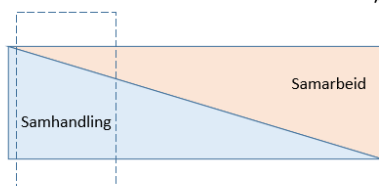
Aktuell dokumentasjon (epikriser, inn- og utskrivningsrapporter, fagrapporter, skal ved inn og utskrivning sendes til relevant helsepersonell/lege. (Samme dag)

5.2 Spørsmål knyttet til graden av samarbeid eller samhandling

Arbeidsgruppen er kjent med ulike former for samhandlingsmodeller. NTNU har beskrevet forskjellen på samarbeid og samhandling.

Hva er forskjellen på samarbeid og samhandling?

	Operasjonalisering	Eksempler
• Samhandling	Koordinering	Pasientforløp Pakkeforløp
• Samarbeid	Team	Operasjonsteam Ambulerende team



Arbeidsgruppen anbefaler at kommuner og sykehus må ta stilling til hvor omfattende samarbeidet/samhandlingen skal være. Arbeidsgruppen tar ikke stilling til fordeler og ulemper ved de ulike modellene som er beskrevet i avsnitt 4. Kommuner og sykehus må foreta en lokal diskusjon hvor vidt det er hensiktsmessig å velge en modell hvor prinsippet er koordinering og gjensidig veiledning. I dette samarbeidet utføres helsehjelpen fra hhv kommuner og sykehus hver for seg.

Alternativt er å prøve ut modeller der helsehjelpen gis samtidig fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

5.3 Forslag til forbedringspunkter knyttet til samhandling og organisering

Arbeidsgruppen anbefaler videre fokus/opplæring i følgende temaer:

Sikre fortsatt kvalitet i tildeling og vurdering av kommunale helse- og omsorgstjenester

Etablere rutiner for å etablere kontakt med fastlegen umiddelbart etter utskrivning.

Etablere en praksis for å konferere/diskutere med sykehusets ansatte etter utskrivning.

Sikre at de lovpålagte samarbeidsavtalene er kjent og følges.

Sikre rutiner for at koordinerende enhet kontaktes etter lovens intensjon.

Forbedringspunktene diskuteres og jobbes med i de enkelte kommuner og helseforetak, gjerne gjennom et læringsnettverk.

5.4 Forslag til forbedringspunkter knyttet til kompetanse.

Arbeidsgruppen legger til grunn at autorisert helsepersonell utfører faglig forsvarlig helsehjelp som følge av utdanning og erfaring. Arbeidsgruppen har tidligere nevnt at kommunens helse- og omsorgstjeneste har overtatt ansvaret for mere komplekse pasientgrupper. Muligheter knyttet til nye teknologiske behandlingstilnæringer eller samhandlende teknologi, gjør at helsepersonell må utvikle nye ferdigheter innen teknologiområdet. Partene har som intensjon å implementere faglige anbefalinger fra arbeidet med diagnosespesifikke pasientforløp. Arbeidsgruppen poengterer at det å ha en funksjonsorientert tilnærming i pasientoppfølgingen ikke utelater viktigheten av å kjenne til pasientens sykdomsbilde. Kommuner og Vestre Viken har gjennomført opplæring i helsepedagogikk og ProAct (tidligere ALERT). ProAct er verktøy for tidlig identifisering av helsesvikt, og en struktur for sikker og enhetlig kommunikasjon.

Arbeidsgruppen anbefaler videre fokus/opplæring i følgende temaer:

Opplæring innen teknologiske ferdigheter

Ferdighetstrening og sertifisering innenfor nye arbeidsmetoder eller faglige prosedyrer

Opplæring i metodikk knyttet til brukerinvolvering f.eks tjenestedesign.

Fortsatt fokus på regelmessig funksjonsvurdering basert på IPLOS og ProAct

Kompetansehevede tiltak innen helsepedagogikk-metodikk

Forbedringspunktene relevans diskuteres og jobbes med i de enkelte kommuner og sykehus, gjerne gjennom et læringsnettverk.

5.5 Forslag til videre prosess

Første utkast 25.08.2017 ble sendt ut til høring i Samarbeidsstyret KHS-26. Høringssvarene er innarbeidet i endelig forslag.

20.11.2017: Samarbeidsstyret KHS-26 behandler forslaget til Funksjonsorientert pasientforløp

11.12.2017: Overordnet samarbeidsutvalg behandler forslag til Funksjonsorientert pasientforløp.

I løpet av juni 2018: Valg av samhandlingsmodell og forankring gjennomføres i de lokale LSU

I løpet av desember 2018 implementeres valgt samhandlingsmodell.

Forslag til forbedringspunkter innen kompetanse gjennomføres i de enkelte kommuner og helseforetak 2018 gjerne gjennom et læringsnettverk.

Forslag til forbedringspunkter innen samhandling og organisering sees i sammenheng med prosessen som skal lede frem til valg av samhandlingsmodell og implementering.

Forslaget behandles i Overordnet Samarbeidsutvalg (OSU) tentativt 11.12.2017.

OSU tar stilling til følgende:

1. Forslag til prinsipper som må ligge til grunn uansett valg av samhandlingsmodell , jmf [punkt 5.1](#)
2. Forslag til prosess som skal lede frem til samhandlingsstruktur samt frist for når samhandlingsstrukturen skal være på plass. Jmf [punkt 5.5](#)

Vedlegg

Rapport fra midlertidig fagutvalg helsefag, Helse Sør-Øst, juni 2016.