

St. Olavs Hospitals strategi for samhandling med kommunehelsetjenesten

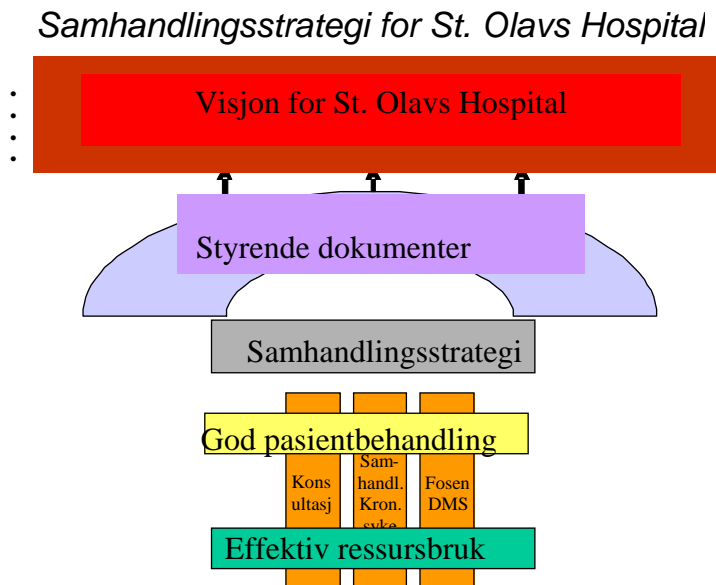
Visjon for samhandling

St. Olavs Hospital er landets beste helseforetak på samhandling med kommunene.

1. Innledning

Det er en allmen erkjennelse at samhandling mellom helseforetak og primærhelsetjeneste er en viktig forutsetning for å kunne gi gode og helhetlige helsetjenester til befolkningen. For St. Olavs Hospital er samhandling også en bevisst strategi for å oppfylle helseforetakets visjon og løse universitetssykehusets hovedoppgaver. Samhandling inngår allerede i overordnede styringsdokumenter for helseforetakets virksomhet, eksempelvis Strategidokument og Faglig strategi og langtidsbudsjett, men det er viktig å løfte opp og synliggjøre samhandling som en egen strategi. Her vil St. Olavs Hospital kunne bidra med sin erfaring til helseministerens arbeid med den nye helsereformen - ”Samhandlingsreformen”.

Figuren nedenfor illustrerer samhandlingsstrategiens plass i forhold til overordnede styringsdokumenter og gir eksempler på samhandlingstiltak og -prosjekter og gjennomgående målsettinger.



1.1 Strategidokumentet

I kapitlet om pasientbehandling står det følgende: *Pasienten skal ha et sammenhengende behandlingstilbud uavhengig av hvor man er i behandlingsskjeden. Pasientens behov for samhandling og samarbeid går på tvers av behandlingsnivå, avdelinger og profesjoner. St. Olavs Hospital skal aktivt og sammen med andre gjennomføre systematisk utprøving av ulike samhandlingsmodeller.*

Under avsnittet om lokalsykehusfunksjonen vektlegges nærhet og kontinuitet i behandlingen, anvendelse av LEON-prinsippet og etablering av desentraliserte tilbud der det er faglig og ressursmessig forsvarlig. Det poengteres at samhandling med primærhelsetjenesten skal styrkes og preges av forutsigbarhet.

1.2 Faglig strategi og langtidsbudsjett

Faglig strategi og langtidsbudsjett tar utgangspunkt i strategidokumentets mål om sammenhengende behandlingstilbud, men kobler samhandling også til kompetanseoppbygging, nye IKT-løsninger og effektivisering av ressursbruk. Det pekes på utfordringer som er knyttet til finansiering, deling av pasientinformasjon og rekruttering av helsepersonell. Slike problemstillinger har St. Olavs Hospital og samarbeidskommunene møtt i forbindelse med utprøving av nye samhandlingsmodeller, som for eksempel Fosen distriktsmedisinske senter.

2. Definisjon av samhandling

Det snakkes i dag mye om samhandling. Samhandling handler om kultur, ledelsesforankring og en felles forståelse av mål og virkemidler. Samhandling stiller krav til strukturen og organisasjonen, og det kreves noe av kulturen og individene. God samhandling kjennetegnes av del sentrale elementer som synliggjør gjensidighet og avhengighet mellom aktørene:

Tillit

Vi må kunne ha tillit til hverandre og hverandres kompetanse. Det krever rollebevissthet, selvinnsikt og åpenhet.

Mangfold

Vi må akseptere, sette pris på og benytte oss av at vi alle er forskjellige og har ulike kompetanser.

Motivasjon

Vi må ha en felles forståelse for målsettinger og en tro på at vi kan klare det sammen. Det gir motivasjon til å samhandle bedre.

Vilje

Vi må ville samhandle. Motstand mot å samhandle kan ha mange motivasjonsfaktorer, og kan virke ødeleggende på hele kulturen.

Evne

Vi må øve oss på å kommunisere med hverandre. Gode evner kan ofte virke som tilfeldige og gitte, men det finnes noen teknikker.

Dette er elementer som passer godt inn i St. Olavs Hospitals verdigrunnlag; **helhet, likeverd, respekt og medbestemmelse.**

Definisjon av samhandling som en strategi

Helsetjenesten har en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for sine strategier og handlinger. Dette innebærer en plikt til å se utover egne faglige rammer og forsøke å se pasientens helhetlige situasjon. Samhandling som strategi innebærer planlagt og systematisk endringsarbeid mellom helseforetaket og kommunene med dette som utgangspunkt. Et slikt endringsarbeid må være ledelsesforankret og vil som regel utfordre eksisterende kultur og organisasjon, lover og retningslinjer, økonomi og juss og andre etablerte eller opplevde rammer.

3. Prosessen mot en samhandlingsstrategi

Det er en etablert praksis at kommunene deltar i alle store planprosesser ved St. Olavs Hospital. Slik må det også være med utforming av en samhandlingsstrategi. De ulike elementene i dette arbeidet vil mange kommuner allerede være kjent med, gjennom samarbeidsavtalen, utprøvde samhandlingstiltak og -prosjekter som har vært drevet over år. Det vil allikevel være større fokus på helhet og langsiktighet som vedrører alle i utformingen av en egen samhandlingsstrategi, og dette vil kommunene involveres i.

Om samhandlingens mål om en sammenhengende og helhetlig helsetjeneste nås, er det først og fremst pasientene og pårørende som kan vurdere. Brukerutvalgets innspill og kommentarer er derfor viktig for den endelige utforming av samhandlingsstrategien.

4. Samhandlingsstrategi for St. Olavs Hospital

Faglig strategi og langtidsbudsjett strekker seg til 2020. For å oppfylle målet om å bli landets beste helseforetak i samhandling med kommunene skal St. Olavs Hospital bruke en systematisk endringsmetode som beskrives med følgende trappetrinnsmodell¹:

1. **God på samhandling:** St. Olavs Hospital tar utgangspunkt i den gode samhandlingen som allerede skjer mellom helseforetaket og kommunene. Vi undersøker, er bevisst på og fremhever det som fungerer godt og påvirker dermed vår oppfatning over tid om samhandlingens betydning.

¹ Den prinsipielle modellen er lånt fra Bjørn Hauger og tilpasset denne samhandlingsstrategien.

2. **Bedre på samhandling:** Den raskeste måten for St. Olavs Hospital til å bli bedre på samhandling er å gjøre mer av det som fungerer bra. Dette innebærer at vi tar i bruk erfaringene fra godt dokumenterte og evaluerte tiltak og implementerer de på andre områder.
3. **Best på samhandling:** St. Olavs Hospital blir best når vi har inspirerende mål og er innovative. Dette forutsetter at vi spiller på de ulike ressurser i helseforetaket og kommunene og ”spiller hverandre gode” (Godfoten-teorien)..

Trinnene bygger på hverandre og skal brukes parallelt, i alle deler av organisasjonen og over lang tid. Både ledere, ansatte og samarbeidspartnere involveres. Samhandling bygges inn i virksomhetsplaner og rapportering om aktivitet. Det utarbeides indikatorer som viser utviklingen over tid. Det må bygges opp en endringskultur, som ikke bare vil gagne samhandling, men også annen utvikling.

5. Samhandlingsenhetens rolle

Samhandlingsaktiviteter skjer over alt i helseforetakets hverdag, og mest i avdelingene rundt de pasienter som krever en samordnet innsats fra både sykehus og kommune. Samhandlingsenheten har en sentral rolle i å bidra til implementering av samhandlingsstrategien, som katalysator, tilrettelegger, utforsker og forsterker i strategisk samhandling. Samhandlingsenheten er også helseforetakets dør inn og ut, når det gjelder samhandling på overordnet systemnivå. Enheten har også en viktig rolle i å være tilrettelegger for samhandlingsarenaer. Dette krever tett kontakt både med klinikkene og kommunene.

6. Samhandlingsstrategiene

Strategi 1: Vi skal ta utgangspunkt i det vi har lang og god erfaring med (suksessfaktorer)

St. Olavs Hospital var tidlig i gang med

- samarbeidsavtaler og –utvalg med kommunene
- etablering av samhandlingsenhet
- slagbehandlingskjeden
- tett samarbeid mellom DPS-er og kommuner
- spleis med Trondheim kommune om intermediaærenhet og palliativ enhet
- modell for distriktsmedisinsk senter – Fosen DMS (8 kommuner)
- konsultasjonsordninger ved spørsmål om innleggelser
- praksiskonsulentordning
- funksjonsvurderingsskjema
- forskning /evaluering på samhandling
- etc

Strategi 2: Vi skal ha mer av det som fungerer godt

St. Olavs Hospital skal ta i bruk erfaringer fra vellykkede og dokumenterte forsøk og vurdere igangsetting flere steder/ i større skala. En bedre oppgavefordeling mellom helseforetaket og primærhelsetjenestene vil være et hovedfokusområdet.

Erfaringene med konsultasjonsvirksomhet i innleggelsesfasen har vist seg som en god samhandlingsmetode som bidrar til riktigere innleggelsespraksis.

Etterbehandlingsplasser som er etablert på Sjøbustad, er et annet godt eksempel.

Før etablering av flere DMSer, er det viktig å utarbeide kriterier for etablering av slike. Det må være en avveining mellom pasientens krav til helhetlig behandling og oppfølging, god faglig kvalitet, effektiv bruk av helsetjenestens ressurser og samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Dette er tilbud som spesielt retter seg til kronisk syke, folk med sammensatte lidelser og eldre pasienter. I regioner med små kommuner og lavt innbyggertall vil det ikke være mulig å oppfylle alle forutsetningene. Det skal imidlertid ikke hindre systematisk samhandling mellom nivåene. Mulige tiltak er forsterket sykehjem med observasjons- og rehabiliteringssenger, telemedisinske løsninger som kan erstatte/videreføre behandlingsopplegg i spesialisthelsetjenesten, men der St. Olav bistår med veiledning og kompetanseheving

Av andre tiltak kan nevnes:

Økt desentralisering/ambulering

Flere praksiskonsulenter fra flere faggrupper

Felles kliniske prosedyrer for spesialist- og primærhelsetjenesten

Hospitering begge veier for flere helseprofesjoner

Veiledning med virtuelle samhandlingsmedier (spesialisthelsetjenestens ansvar)

St. Olav vil være en pådriver og støtte for interkommunale løsninger som øker kommunenes mulighet til å mestre krevende oppgaver. For eksempel har Fosen-kommunene etablert interkommunalt samarbeid gjennom Fosen Regionråd (8 kommuner). De har satset på å ha samme plattform med verdier, prosedyrer, felles koordinert planverk, felles kompetanseplan- og verktøy, faglige og administrative nettverk, interkommunale tjenester som utvikles i takt med endrede behov og felles arbeidsmarked. Kommuner som organiserer seg i et interkommunalt samarbeid vil i større grad opptre som likeverdige partnere i et samarbeid med helseforetaket, og det vil være lettere å utvikle felles løsninger.

Strategi 3: Vi skal utvikle gode pasientforløp slik at pasientene opplever at aktivitet i kommunehelsetjeneste og sykehus henger sammen og gjensidig støtter hverandre.

Pasientene møter ofte en fragmentert helsetjeneste. Målet for strategien vil være at samhandlingen mellom aktørene bidrar til at pasientene møter en sømløs og oversiktlig helsetjeneste.

Strategi 4: Vi skal utvikle nye modeller/metoder for samhandling - Innovasjon

Innovative samarbeidsideer og -løsninger oppstår i stimulerende nettverk der ulike kompetanse og erfaring møtes på tvers av fag og samfunnssektorer. Et eksempel er møtet mellom helse og teknologi. St. Olavs Hospital deltar allerede i flere nettverk og bør vektlegge den strategiske betydningen av disse:

- Samarbeidsutvalg med kommunene
- NTNU – HiST og andre utdanningsinstitusjoner
- Helseklynge Trondheim.
- AV Arena Norway
- NST (NKU) og Norgesuniversitetet – relevans for nettbasert utdanning
- KS - Helse Midt-Norge - St Olavs Hospital
- Midt-Norsk Helseakademi
- Samarbeid med pasientorganisasjoner, frivillige organisasjoner osv.
- Innovasjon Norge
- Etc.

Strategi 5: Vi skal forske mer på samhandling

Samhandling mellom St. Olavs Hospital og kommunehelsetjenesten skal baseres på kunnskapsbasert praksis. Det foreligger lite dokumentasjon på effekten av alternative faglige, organisatoriske og finansielle modeller knyttet til samhandling. St. Olavs Hospital har imidlertid medvirket til banebrytende forskningsresultater, og forutsetningene ligger godt til rette for videre satsing. Det er allerede etablert samarbeid innenfor ”Den integrerte universitetsklinikken”, med kommunene, Øya helsehus, Institutt for samfunnsmedisin, NSEP, SINTEF og andre forskningsmiljøer i Trondheim som er et godt utgangspunkt for dette.

Strategi 6: Vi skal utvikle indikatorer som viser utviklingen og forbedringspotensialet

Fleire av dagens kvalitetsindikatorer er relevante for vurdering av samhandling. Av kvalitetsindikatorer som er i bruk i dag kan nevnes: epikrisetid, korridorpasienter og barn med individuell plan.

For en mer presis analyse av samhandlingen vil det være hensiktsmessig å utarbeide nye indikatorer eller foreta en mer presis tolkning av gjeldende indikatorers måling av samhandling. Antall standardiserte pasientforløp på tvers av systemene kan være eksempel på en ny indikator.

Strategi 7: Vi skal utvikle og forsterke bruk av IKT som et strategisk verktøy i samhandling

Helsetjenesten totalt sett står foran store utfordringer, når det gjelder det økende gapet mellom behov for tjenester og tilgang til kompetent helsepersonell – særlig i distriktene. Strategisk bruk av IKT vil være et felles verktøy for helseforetak og primærhelsetjeneste for å møte slike

utfordringer. Nye digitale kommunikasjonsløsninger kan brukes til å få bedre helhetlige pasientforløp der LEON-prinsippet legges til grunn, støtte mestring av eget liv, bygge opp kompetanse og bedre rekruttering av helsepersonell.

Strategi 8: Vi skal styrke samhandling som et viktig element og metode i utdanning, spesialisering og rekruttering av helsepersonell

Samhandlingsområdene må brukes strukturert og strategisk i utdanningen av helsepersonell. St. Olavs Hospital vil arbeide for å etablere kombinerte stillinger med primærhelsetjenesten. Det er viktig å utvikle modeller for kompetansekartlegging og opplæring som sikrer at kompetansen følger pasientene i overgangen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Tjeneste i DMS bør bli tellende sykehustjeneste for allmenmedisin, og det må opprettes egne ID-nummer som ikke er spesialitetstilknyttet for leger som jobber i DMS.

Strategi 9: Vi skal bidra til at utfordringer og systemhindringer for god samhandling blir identifisert og fjernet.

St. Olavs Hospital har mange erfaringer med utfordringer og systemhindringer for god samhandling. Enkelte av disse kan løses lokalt, men ikke alle. Det derfor viktig at den kunnskap en har brukes til å formidle disse problemstillingene til det nivå (regionalt/nasjonalt) som har beslutningsmyndighet til å fjerne hindringene.

7. Utfordringer/Systemhindringer for god samhandling som vi mener Samhandlingsreformen må finne løsninger på.

Her presenteres noen av de viktigste hindringene for effektiv samhandling slik St. Olavs Hospital har erfart både gjennom flere prosjekter og i daglig drift. Det presenteres også noen av våre forslag til pilotprosjekter innenfor enkelte av disse områdene.

7.1 Økonomi

Det er viktig at det legges opp til finansieringsmodeller som fremmer samhandling, bidrar til forutsigbare vilkår for samhandlingstiltak og er i samsvar med de ulike samarbeidspartenes ansvar.

Eksempler:

- I dag blir pasienter innlagt fra sykehjem til sykehus fordi ekstra kostnader til eksempelvis cytostatikabehandling, blodtransfusjoner og kostbar ernæring må dekkes av rammetilskuddet til sykehjemmet og uten aktivitetsbasert andel.
- Samhandlingstiltak som intermedieæravdeling (Søbstad) og Palliative plasser (Havstein) og distriktsmedisinsk senter (Fosen DMS) forutsetter lokal avtale om finansiering med deling av kostnader. Det trengs en nasjonal finansieringsmodell som sikrer videreføring og utbredelse av slike tilbud som har dokumentert faglig og samfunnsøkonomisk effekt.

- Ambulante tjenester fra sykehus er etterspurt og har dokumentert god effekt. Finansiering av slik aktivitet er i dag dårlig for helseforetakene, og står ikke i forhold til tidsbruk i slik aktivitet.
- Observasjonsplasser i kommunal regi som reduserer antallet innleggelser gir kommunene nye kostnader og tapte ISF-inntekter for helseforetaket. Et konkret eksempel er observasjonssenger knyttet til Fosen legevaktssenter (Fosen DMS) hvor ca 70 % sluttbehandles uten sykehusinnleggelse.
- Henvendelser og veiledning kan i stadig større grad gjøres pr telefon eller nett. Dette bidrar til å redusere behovet for innleggelser og gir kompetanseheving hos fastlegene. Det må gjeninnføres en takst for dette. Dagens regler krever at sykehuslegen skal ha sett pasienten for at det kan kreves takst. Dette stimulerer ikke til utvidelse av slike gode og effektive ordninger.
- Mange kronisk syke får i dag en god og tilfredsstillende oppfølging gjennom et tett samarbeid mellom fastlegen og helsepersonell i sykehuset uten at sykehuslege er involvert ved hver kontakt med sykehuset (eks. MS-pasienter). Det bør derfor gis refusjon på selvstendig grunnlag for sykehuspersonell som deltar i slike behandlingstiltak.
- Finansiering av praksiskonsulentordningen.

7.2 *Deling av pasientinformasjon*

Dagens juridiske hindringer for å dele pasientinformasjon kompliserer samhandling og effektiv pasientbehandling. Målet må være en felles pasientjournal for spesialist- og primærhelsetjeneste. Trondheim kommunes fyrtårnsprosjekt "Kjernejournal" bør utvikles videre til en nasjonal løsning.

Det er mange forhold som gjør at dette er viktigere enn tidligere:

- Kortere liggetid
- Nye behandlingsmodeller (observasjon/etterbehandling/palliasjon) i samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste
- Tettere behandlingssmessig samarbeid mellom sykehus og fastlegene og pleie/omsorg.
- Flere sykehus/helseforetak er oftere involvert i behandlingen.

Gjennom det iverksatte "Meldingsløftet" er det sterkt fokus på rask utveksling av relevant informasjon mellom sykehus og fastleger. Med felles journal, alternativt en "samtykkebasert kjernejournal", ville dette arbeidet vært overflødig ettersom informasjon fra de behandlingsansvarlige fortløpende kan bli tilgjengelig for andre involverte i pasientbehandlingen.

Forslag fra pilotprosjektet Fosen DMS

Sykepleiere og annen helsepersonell er ansatt i vertskommunen, men utfører tjenester på vegne av sykehuset (jfr. vikarer som må ha tilgang for å utføre sitt arbeid.) Faglig systemansvarlig spesialist definerer tjenstlig behov for tilgang til sykehusjournalen, og rettigheter søkes ut fra dette.

Forslag til pilotprosjekt i Øya Helsehus

Leger i Øya Helsehus gis tilgang til journalene (doculive/RIS/labsystemer o.a.) til innlagte pasienter som kommer fra St. Olav. Informasjonen er tilgjengelig på egne St. Olav pc-er på legekantorene i Øya Helsehus.

7.3 Organisering (ansvar, roller, myndighet)

Spesialisthelsetjenesten er avhengig av en godt organisert og kompetent primærhelsetjeneste. Slik primærhelsetjenesten er oppbygd, er den fragmentert ved at fastleger, pleie- og omsorgstjenesten ikke er samkjørt som enhetlige behandlingsteam, noe som stadig flere pasienter er avhengige av.

Kommunens mulighet til å forplikte fastlegene i samhandlingsspørsmål oppleves som svært begrenset. Det bør sees på en annen organisering som løser disse problemene primært innenfor kommunehelsetjenesten, sekundært ved at fastlegene organiseres i helseforetakene (Danmarks modell).

Det anbefales at det åpnes for pilotprosjekter med ulike organisatoriske løsninger.

7.4 Infrastruktur og satsing på IKT

IKT er en viktig forutsetning for effektiv samhandling.

Det må gjennomføres en sterkere nasjonal satsing for å etablere infrastruktur og løsninger som fremmer samhandling.

Dagens helsenett er ikke godt nok utbygd og har heller ikke stor nok kapasitet til de store datamengdene som skal sendes. Dette er forutsetninger som må på plass for å få

- økt satsing på telemedisin (videokonferanse med mer.)
- mer veiledning, opplæring og annen kompetanseheving basert på video- nett.
- nyttiggjøre seg nye muligheter ved digital medieteknologi og kommunikasjon

7.5 Kompetanse

Det bør stimuleres til kombinerte stillinger som innebærer tilsetning i både helseforetak og primærhelsetjeneste. Dette vil gi en kompetanseheving i begge områder, inspirere til helhetstenkning og nye løsninger. Dette er spesielt aktuelt å prøve ut innenfor fagområder i helseforetakene som behandler mange eldre og har stor øyeblikkelig hjelpandel (eks. indremedisin/observasjonspost) og institusjonshelsetjenester i primærhelsetjenesten.

Det må satses mer på IKT i kompetansehevingen for å sikre at flest mulig helsepersonell får en slik oppdatering.

Forslag til pilotprosjekt – kombinerte legestillinger

Vi foreslår stillinger for leger med spesialistkompetanse i indremedisin (overleger) som skal ha arbeidsoppgaver både knyttet til helsehus/sykehjem (kommune) og observasjonspost/akuttmottak og indremedisinsk avdeling (sykehus).

Forslag til pilotprosjekt – diabetesomsorg

I Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006 - 2010 fra Helse- og omsorgsdepartementet er det påpekt at primær- og spesialisthelsetjenesten bør ha et tett samarbeid for å fange opp personer som er i risikozonen for å utvikle diabetes og for å sikre god systematikk i diagnostisering og oppfølging i alle faser av sykdommen. God samhandling mellom behandlere på ulike nivå er derfor viktig. I tråd med hovedmål og hovedlinjer i departementets strategi for diabetesområdet, ønsker vi derfor å sette i gang et prosjekt for å bedre samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ved hjelp av gjensidig kompetansebygging og nettverk for å forebygge type 2 diabetes og bedre behandlingen for å redusere senkomplikasjoner.

7.6 Utdanning

Samhandlingsreformen må også få konsekvenser for alle helsefagutdanningene. Det må gjennomføres modeller i utdanningene som bevisstgjør studentene på samhandlingsutfordringene og lærer dem helhetstenkning i pasientbehandling.

Et prosjekt som nylig er gjennomført i samarbeid mellom HiST, St. Olavs Hospital og Trondheim kommune, innebar at studentene fulgte pasientene gjennom slagbehandlingsskjeden. Dette var faglig meget vellykket, men viste seg å være mer ressurskrevende enn tradisjonelle praksisstudier. Vi vil anbefale en utbygging av slike praksisstudiemodeller.

Et annet tiltak som vi vil anbefale er at medisinerstudenter følger hver sin kronisk syke pasient gjennom studiet for å få innblikk i samhandlingsutfordringene som pasienten og behandlingsspersonell møter.