



SAMHANDLING OG DESENTRALISERING

Forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene



Rapport fra nasjonal gruppe for samhandling og desentralisering

- oppnevnt av de
regionale helseforetakene

Innhold	Side
Bakgrunn, oppnevning og mandat	3
Overordnet strategi for samhandling og desentralisering	5
Oversikt over referansedokument:	12
Helsetjenesten i et samfunnsperspektiv	
Trender og utviklingstrekk	13
Organisatoriske forhold: institusjoner /arenaer	
Institusjonstyper i tiltakskjeden	19
Desentralisering av spesialisthelsetjenesten	23
Samhandlingsarenaer	26
Samarbeidsavtaler mellom HF og kommuner	29
Mer pasientnære organisatoriske forhold	
Praksiskonsulentordningen	34
Samhandling med pleie- og omsorgstjenesten	39
Pasientnære forhold	
Pasientgrupper med særskilt behov for samhandling	49
Sammenhengende pasientforløp	54
Individuell plan	60
Pasientansvarlig lege	64
Utfordringer innad i tjenestenivåene	
Samhandling innad i spesialisthelsetjenesten	67
Samarbeid innad i kommunene	70
Forskning og utdanning	
Utdanning og forskning	73
Elektroniske forhold	
Telemedisin som samhandlingsinstrument	76
Elektronisk pasientjournal	85

Forkortelser:

RHF = regionalt helseforetak

HF = helseforetak

Bakgrunn, oppnevning og mandat

De siste årene er det gjennomført flere reformer og effektiviseringstiltak innenfor rammen av de to forvaltningsnivåene. Hensikten har vært bedre ressursutnyttelse og økt kvalitet. Behovet for et helhetlig behandlingstilbud uavhengig av forvaltningsnivå har imidlertid satt fokus på samhandlingen i behandlingsskjeden.

I styringsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2003 ble det derfor fra Helsedepartementet lagt inn følgende pålegg:

”Det skal i 2003 gis prioritet til arbeidet med systematiske tiltak for å bedre samarbeidet med primærhelsetjenesten. Det skal redegjøre for arbeidet i årlig melding.”

De regionale helseforetakene (RHF) besluttet i direktørmøte den 09.04.03 å etablere samhandling og desentralisering som strategisk satsingsområde. Det ble derfor oppnevnt en nasjonal gruppe for å utvikle et felles strategisk grunnlag for helseforetakenes arbeid på dette feltet.

Gruppen består av 2 representanter for hver av de 5 regionale foretakene, og fikk følgende sammensetning:

Finn Henry Hansen, konst.adm.dir.	Helse Nord RHF (Leder)
Daniel Haga, rådgiver	
Einar Vandvik, rådgiver	Helse Midt-Norge RHF
Per Roland, fagdirektør	
Helge Bryne, viseadm.dir.	Helse Vest RHF
Odd Jarle Kvamme, fastlege	
Ingrid Risland, rådgiver	Helse Sør RHF
Liv Marit Smedstad, overlege	
Gunnvor Ånestad, rådgiver	Helse Øst RHF
Trond Lutnes, rådgiver (til april 2004)	
Folke Sundelin, rådgiver (fra juni 2004)	
Synnøve Roald, rådgiver	Helsedepartementet
Kristin Lossius, avd.direktør(til jan 2004)	Sosial- og helsedirektoratet
Hans Petter Aarseth, avd.direktør (fra februar 2004)	

Sekretariat:

Unni Ringberg, fastlege og praksiskoordinator fra Tromsø har vært sekretær i deltidsstilling. Daniel Haga har i tillegg til å være medlem i utvalget også bidratt vesentlig til å løse sekretærfunksjonen.

Flere av arbeidsgruppens medlemmer har deltatt aktivt i utforming av en rekke av referansedokumentene.

Arbeidsgruppen fikk følgende mandat:

”Gruppen skal ta utgangspunkt i at det i alle de fem regionale helseforetakene er iverksatt eller er under iverksettelse en rekke tiltak for å bedre samhandlingen mellom foretak og primærhelsetjenesten. Med dette som bakgrunn skal gruppen fram til 1. juli 2003 identifisere de arbeider – og tilnæringsmåter i et felles nasjonalt strategisk satsingsområde som best kan bidra til en bedre oppgaveløsning. Dette forslaget skal undergis behandling i ledelsen i de fem regionale helseforetakene, og på dette grunnlaget skal det etableres et arbeidsopplegg for strategigruppen fra høsten 2003.

Departementet vil påse at det blir etablert en referansegruppe for strategigruppens arbeid bestående av sentrale aktører fra primærhelsetjenesten.”

Den nasjonale gruppen hadde sitt første møte 28. juni 2003, og har i alt avholdt 11 arbeidsmøter, inklusive en studietur til Edinburgh og London.

I løpet av arbeidet er det avholdt møte med utvalgte yrkesorganisasjoner og Kommunenes Sentralforbund. Dessuten er det gjennomført to arbeidsmøter med en aktiv og kvalifisert referansegruppe, hovedsakelig sammensatt av personer med god forankring i førstelinjen.

Arbeidsgruppens ledelse og sekretariat har videre hatt god kontakt mot Wisløff-utvalgets ledelse og sekretariat; det er redegjort for RHF-gruppens arbeid, både i møte med hele Wisløff-utvalget og gjennom et større arbeidsseminar i dette utvalgets regi.

Innledningsvis ble det lagt en del arbeid i å avgrense feltet og de problemstillinger som skulle fokuseres. Arbeidsgruppen har vurdert det som viktig å kombinere overordnede strategiske innfallsvinkler med mer konkrete og spesifikke problemstillinger. Til møtene har det vært utarbeidet en rekke notater, både som foreløpige innspill og i form av mer bearbejdede skriftlige fremstillinger. Flere av disse tematiske notatene er drøftet, redigert og utviklet over flere møter; det er disse dokumentene som ved overleveringen er gitt status som *referansedokumenter*. Med utgangspunkt i disse tematiske referansedokumentene, er det så i slutfasen av arbeidet uformet et sammenfattende, overordnet strategidokument.

Samtlige dokument foreligger i elektronisk format og er lagt inn på Helse- og omsorgsdepartementet sine hjemmesider: <http://odin.dep.no/hod/norsk/sykehus/poltikkensinnhold/042031-990088/dok-bn.html>

Dokumentene legges her fram i et samleddokument i papirversjon.

Arbeidsgruppens mandat har vært å identifisere arbeids- og tilnæringsmåter for samhandling som et felles nasjonalt strategisk satsingsområde. Det er tatt utgangspunkt i ideer og tiltak som allerede er under utarbeidelse eller i iverksettelse i de regionale helseforetakene, men arbeidsgruppen har også hatt en videre ambisjon: å utvikle og systematisere et grunnlag for det videre strategiske arbeid, både på RHF- og HF-nivå.

Adressaten for dette dokumentet er oppdragsgiverne, de fem regionale helseforetak, både som kollektiv og som selvstendige foretak. Den videre behandling av de rapporter som herved overleveres, må følgelig håndteres av oppdragsgiverne, på de måter som finnes hensiktsmessige.

Bodø, den 18. oktober 2004

Finn Henry Hansen
Leder

1. Innledning

De regionale helseforetakene besluttet på direktørmøtet den 09.04.03 å etablere samhandling og desentralisering som strategisk satsingsområde. Helse Nord ved daværende konstituert adm.dirktør Finn Henry Hansen ble tillagt lederansvaret for arbeidet. Arbeidsgruppens mandat har vært å identifisere arbeids- og tilnæringsmåter i et felles nasjonalt strategisk satsingsområde. Det er tatt utgangspunkt i ideer og tiltak som allerede er under utarbeidelse eller iverksettelse i de regionale helseforetakene, men med den videre ambisjon om å utvikle og systematisere et grunnlag for de fem regionale helseforetakenes arbeid på samhandlingsfeltet. Stadig mer av tjenesteytingen skjer på tvers av organisatoriske og geografiske grenser, noe som gjør det nyttig for de fem regionale helseforetakene å utvikle et strategisk fellesskap for innretningen av arbeidet.

I forståelse med oppdragsgiver er det valgt en løsning der arbeidet legges fram i form av dette kortfattede strategidokumentet, som er basert på og har henvisning til en rekke utdypende temaspesifikke referansedokumenter. En bredt sammensatt referansegruppe, med kompetente deltakere fra primær- og spesialisthelsetjenesten har levert viktige bidrag til gruppens arbeid. Samtlige dokumenter er gjort tilgjengelige på Internett gjennom departementets webbaserte sykehusside.

Adressaten for dette dokument er oppdragsgiverne, de fem regionale helseforetak, både som kollektiv og som selvstendige regionale foretak. Den videre behandling av de strategier og tiltak som er presentert gjennom dette og ledsagende dokumenter, må følgelig håndteres av oppdragsgiverne, på de måter som finnes hensiktsmessige. Det antas videre at dokumentet kan gi impulser til hva eier- eller myndighetssiden vil fastsettes som nasjonale strategiske rammer. Forhåpentlig kan dokumentet være til nytte, både i de oppfølgende prosesser med helseforetakene, og i foretakenes viktige samhandling med førstelinjen. Det er nettopp dette samspillet som er den bærende ide bak hele arbeidet.

2. Bakgrunn og begrunnelse for arbeidet

Pasientenes behov for et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud er den viktigste begrunnelsen for arbeidet. Dette gjelder særlig for de pasientene som har tjenestebehov som ingen tjenesteyter kan løse alene. Som en konsekvens av demografiske og epidemiologiske endringer, vil det i tiden framover komme en økning av antallet syke eldre og pasienter med kroniske sykdomstilstander. For å møte disse pasientenes behov for desentraliserte og samordnede tjenester, forutsettes en betydelig omstilling i helsetjenestens ulike ledd. Både faglig spesialisering og organisatorisk oppdeling øker behovene for samordning av tjenestene; det gjelder både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom tjenesteniivåene. Samtidig er det trekk ved utviklingen i medisinsk teknologi som kan åpne nye muligheter for desentralisering og koordinering.

Referansedokument: Trender og utviklingstrekk
Samhandling med pleie og omsorgssektoren

Anbefaling:

RHF-enes strategi for samhandling og desentralisering må ta utgangspunkt i pasientens behov for helhetlige tjenester.

3. Verdier som grunnlag for strategien

De strategiene som formes, må gjennomføres av omtanke for hva som tjener pasientene i et helhetlig behandlingstilbud. Helseforetakene må arbeide for at helsepersonellens kommunikasjon med pasientene bygger på åpenhet og respekt. Holdningene til samarbeidspartnere i den primære helse- sosialtjenesten må også reflektere dette, og tuftes på likeverdighet og respekt for hverandres kunnskaper og ansvar. Utvikling og internalisering av slike verdier kan ikke tas for gitt i en fagorientert, og til dels hierarkisk organisert tjeneste, preget av dybdespesialisering. Det er derfor viktig at både ledelse og fagfolk flagger disse verdiene som grunnlag for kommunikasjon og samarbeid med våre samarbeidspartnere. For å oppnå dette,

er det ikke nok med skippertak. Den kulturendring som er nødvendig, forutsetter langsiktig og tålmodig arbeid, med ledere på alle plan som gode rollemodeller for nye holdninger.

Anbefaling:

De regionale helseforetakene må sørge for at helhetstenkning, likeverdighet og gjensidig respekt er grunnleggende verdier som skal ligge til grunn for kontakten og samarbeidet med brukere og samarbeidspartnere.

4. Overordnet strategi for de regionale helseforetakene

4.1 De regionale helseforetakenes rolle i strategiarbeidet

Effektive og varige samhandlingstiltak forutsetter at lokale samarbeidspartnerne setter inn nødvendige ressurser, både for å opprette og vedlikeholde samarbeidet. For å løse oppgaver i fellesskap, er det imidlertid avgjørende å bygge opp gjensidige tillitsforhold over tid. De lokale aktørene har det beste grunnlaget for å identifisere og skape eiendomsforhold til konkrete samhandlingstiltak. Det må være aksept for at by- og landdistrikt har behov for å utvikle forskjellige samhandlingstiltak for samme formål. Storbyer vil dessuten ofte ha behov for andre løsninger enn mindre byer.

Samhandlingen mellom foretak og kommuner vil være preget av at en sentral aktør i spesialisthelsetjenesten skal samarbeide med mange kommuner, der både størrelse og intern organisering varierer. I et slikt samarbeid kan lett foretaket få en for dominerende posisjon. Det er derfor av stor betydning at en finner samarbeidsfora der kommunene kan opptre samlet og som likeverdige partnere, for eksempel gjennom regionråd eller KS. Samtidig tilsier de regionale helseforetakenes organisatoriske og ressursmessige posisjon at de skal ta initiativ og ansvar for å være reelle pådrivere i samarbeidet, innen former som ivaretar hensynet til likeverdighet.

Brukerutvalgene forutsettes å spille en viktig rolle i utformingen av samhandlingstiltak, både mellom foretak og kommuner og innad i spesialisthelsetjenesten.

For å oppnå resultater på dette feltet, er det nødvendig å ha et sterkt ledelsesfokus, både på RHF- og HF-nivå, i så vel foretaksledelse som klinisk ledelse. Konkret innebærer dette at ansvar for samhandlingsfeltet forankres i ledelsen, både på RHF- og HF-nivå. Selv om det for brukerne er viktig, og i mange tilfeller avgjørende for kvaliteten i tjenestetilbudet, oppfattes samhandling ikke nødvendigvis å ligge i klinikkens kjernevirksomhet. Når flere aktører og flere instanser skal samarbeide, er det også nødvendig at brukeren/pasienten deltar i prosessen.

Anbefaling:

*De regionale helseforetakene har ansvar for å utforme **overordnede strategier** for samhandling, mens arbeidet med de konkrete tiltakene forutsettes ivarettatt av de lokale samarbeidspartnerne og tilpasset lokale forhold.*

I kraft av sine organisatoriske og faglige ressurser forutsettes de regionale helseforetak å påta seg en reell pådriverrolle i dette arbeidet. RHF-ene bør dessuten ta et særlig ansvar for at samhandlingstiltakene gjennomføres av et tydelig ledelsesfokus på alle nivåer.

Strategier for samhandling må innarbeides i avtalene med private spesialister og andre private aktører.

4.2 Prioritering av pasientgrupper

Størstedelen av helsetjenestens oppgaver løses på en effektiv og god måte innenfor dagens arbeidsform og oppgavefordeling. Dette vil fortsatt være den beste og mest kostnadseffektive arbeidsformen for de fleste problemstillinger helsetjenesten skal håndtere. Likevel har enkelte pasientgrupper problemer som løses dårlig i en nivåfiksert tjeneste. Pasientene i flere av disse gruppene, som i sum har et omfattende behov for tjenester fra flere instanser, opplever i dag tilbudet som fragmentert og lite effektivt. Det er derfor et klart politisk mål å gi større oppmerksomhet til pasientgrupper med sammensatte og/eller kroniske lidelser slik at deres behov blir ivaretatt i samsvar med nasjonale retningslinjer for prioritering. Følgelig er det viktig å prioritere samhandlingstiltak for de gruppene som trenger det mest. Pasientansvarlig lege er her *en viktig* forutsetning, og Individuell plan er et viktig hjelpemiddel.

Referansedokument: Grupper med særlig behov for samhandling
Samhandling med pleie og omsorgssektoren
Individuell plan
Pasientansvarlig lege

Anbefaling:

De regionale helseforetakene må sikre at pasientgrupper med størst behov for samordning av tjenester blir prioritert, og sørge for at helseforetakene bidrar aktivt til at pasienter i disse gruppene får tilbud om individuell plan. Eksempel er syke eldre, rusavhengige og psykisk syke

4.3 Identifisering av pasientgrupper og svikt i behandlingstilbudet

For å kunne prioritere de pasientgrupper som har størst behov for samhandling, må de aktuelle grupper og pasienter kunne identifiseres. Dernext må det skaffes et kunnskapsgrunnlag for vurdering av hvilke samhandlingstiltak det er størst behov for. Selv om en i dag har noen datakilder og analyseverktøy som kan understøtte dette formål, er det et betydelig behov for bedre data og nye verktøy. Gode epidemiologiske og kliniske data er nødvendige, for bedre å kunne beskrive ulike pasientgruppers volum og funksjonsnivå. I tillegg bør det anvendes analyseredskaper for å identifisere hva som svikter i eksisterende behandlingstilbud. Dermed etableres et informert grunnlag for å kunne sette inn tiltak.

Referansedokumenter: Grupper med særlig behov for samhandling
Sammenhengende pasientforløp

Anbefaling:

Det må utvikles og tas i bruk relevante data og analyseverktøy for å identifisere de pasientgruppene som har størst behov for samordnede tiltak. Dernext må det foretas analyser for å finne ut hvor tilbudene svikter.

4.4 Behov for intern samordning og samhandling i sykehus

Økende spesialisering og seksjonering av avdelinger gjør koordinering og oppfølging av pasienter med uklare eller sammensatte lidelser vanskelig. Dette gjelder særlig ved de store sykehusene, der primærhelsetjenesten ofte etterlyser en god "lokalsykehusfunksjon". Mange vil hevde at dagens finansieringssystem forsterker denne utviklingen, ved å premiere enkeltkonsultasjoner og enkeltdiagnoser. Isolert sett kan dette være lønnsomt for den enkelte enhet, men det øker de samlede samfunnskostnadene og forsinker utredning og behandling for pasienten.

Tradisjonelle rutiner og arbeidsformer kan også stå i motstrid til en pasientfokusert organisering. Eksempler viser at avvikling av tradisjonell legevisitt og innføring av pasientansvarlig lege og behandlingsteam, forbedrer samordning av behandlingen rundt den enkelte pasient.

Arbeidsgruppen mener at helseforetakene har et betydelig forbedringspotensial i å samordne utrednings- og behandlingsforløpet, særlig i de store sykehusene. Pasientforløpsanalyser vil være et nyttig verktøy for å forbedre logistikken og kartlegge samhandlingsbehovet *innad* i spesialisthelsetjenesten.

Referansedokument: Samhandling innad i spesialisthelsetjenesten
Sammenhengende pasientforløp
Pasientansvarlig lege

Anbefaling:

Det må rettes en særlig oppmerksomhet på å forbedre samhandlingen innad i spesialisthelsetjenesten. Organiseringen i sykehusene må ha dette som fokus, og kravet om pasientansvarlig lege må oppfylles.

Lokalsykehusfunksjonen ved de store sykehusene må innrettes slik at den imøtekommer pasientenes/brukernes behov for en helhetlig vurdering og behandling.

4.5 Desentralisering av spesialisthelsetjenester

Pasienter med kroniske tilstander og store sykdomsgrupper med behov for tett oppfølging trenger nærhet til spesialisthelsetjenesten, og har dessuten behov for godt integrerte tjenester. Det er derfor behov for en større fleksibilitet og differensiering i behandlingsskjeden, med større vekt på desentraliserte tjenester og tilbud som er bedre samordnet mellom tjenestenivåene. For tjenester der det er faglig og økonomisk forsvarlig, må infrastrukturen innrettes for å tilby tjenestene nærmest mulig de nevnte pasientgruppene.

Referansedokument: Desentralisering av spesialisthelsetjenesten
Institusjonstyper i tiltakskjeden

Anbefaling:

Det må utformes konkrete strategier for å gjøre spesialisthelsetjenestene nært tilgjengelige for de store pasientgruppene som trenger tett oppfølging. Sykehusene må innrette sine tilbud mot disse gruppene, få til en bedre samordning mellom nivåene og tilby desentraliserte tjenester, ved Distriktsmedisinske senter (DMS), sykestuer, sykehjem etc. der dette er faglig og økonomisk forsvarlig.

4.6 Bruk av økonomiske virkemidler for å understøtte samhandling

Med unntak av noen tilpasninger av ISF-ordningen for desentralisert dialyse og cellegiftbehandling, understøtter dagens finansieringsordning i liten grad samhandlingstiltak. "Sam-finansiering" mellom foretak og kommuner er forsøkt, men erfaringene er at delte løsningene viser seg lite robuste over tid. Som eksempler kan nevnes finansiering av sykestuer og intermedieravdelinger.

På litt lengre sikt må det forventes etablert finansieringsordninger som på en mer målrettet måte understøtter slike samhandlingstiltak. Inntil slike ordninger måtte komme på plass, er det viktig å utprøve modeller for "med-finansiering" mellom foretak og kommuner. For å understøtte utviklingen av slike modeller bør de regionale helseforetak og helseforetakene bidra økonomisk.

Anbefaling:

De regionale helseforetakene bør, i samarbeid med helseforetakene og kommunene, bidra til at det utprøves finansieringsmodeller som understøtter samhandling mellom nivåene

4.7 Utdanning og forskning

Ved universiteter og høyskoler som utdanner helsepersonell, foregår i dag knapt noen forskning eller undervisning om samhandling i helsetjenesten. Dette tema får dermed verken det kunnskapsgrunnlag, den status eller den prioritet som ellers kommer mer forskningsbaserte problemfelt til del. For å styrke det faglige fokuset mot helhetlige pasientforløp, er det viktig å styrke forskningen om slike problemstillinger, som en nødvendig forutsetning for å etablere en kunnskapsbasert undervisning om disse tema. Den ensidige disiplin- og spesialitetsorienterte forskning og undervisning må derfor suppleres med en mer fag- og nivåoverskridende kunnskapsutvikling og formidling, med vekt på pasientforløp og samhandling. Selv om også de forskningsmidler som fordeles gjennom RHF-systemet forutsettes å legge stor vekt på søknadens kvalitet, må det samtidig gis rom for å utvikle nye og tjenesterelevante forskningsfelt, som ikke uten videre ivaretas av de dominante og etablerte forskningsmiljøer. Samhandlingsfeltet er et slikt felt.

Referansedokument: Utdanning og forskning

Anbefaling:

De regionale helseforetak anbefales å utnytte de strategiske muligheter som ligger i universitets- og høyskolesamarbeidet, samt egne forskningsmidler, for å fremme økt satsing på forskning og undervisning om tema knyttet til samhandling. Det er ønskelig at det etableres egne forskningsprogram, slik at forskningsbasert kunnskap om samhandling kommer inn i studieplanene for både grunn-, videre- og etterutdanning for alt helsepersonell.

5. Konkrete strategiske tiltak

5.1 Arenaer for samhandling

Det finnes en rekke arenaer for samhandling, både på overordnet nivå og i arbeidet med enkeltpasienter/brukere. En "arena" er en møteplass, og kan være både fysisk og virtuell. En funksjonell arena er kjennetegnet ved at den er organisert med tanke på formålet, og oppleves effektiv for de oppgavene som skal løses. Det er derfor behov for flere ulike arenaer. Møter mellom foretakene og kommunene i opptaksområdet må derfor skje både på et politisk/administrativt overordnet nivå og mellom faggrupper som har ansvar for praktisk samhandling i det daglige arbeidet. Spesialisthelsetjenesten bør dessuten ha kunnskap om kommunenes organisering og utfordringer. Dette er en viktig forutsetning for samhandling.

Forekomsten av relevante samhandlingsarenaer vil videre bidra til relasjonsbygging mellom partene, og dermed også styrke den felles kulturbygging, noe som samtidig understøtter det uformelle daglige samarbeidet.

Referansedokument: Samhandlingsarenaer
Samhandling med pleie og omsorgssektoren
Samarbeid innad i kommunene

Anbefaling:

Det enkelte foretak må foreta en gjennomgang av ulike arenaer for samhandling og - i samarbeid med kommunene - finne fram til egnede arenaer for gjensidig samhandling. Relasjons- og kulturbygging må vektlegges som en del av målet med samarbeidet.

5.2 Praksiskonsulentordningen (PKO)

Ordningen startet i Danmark, og er nå tatt i bruk ved flere sykehus i Norge.

Primærleger, sykepleiere og fysioterapeuter har bistillinger ved kliniske avdelinger med ansvar for å forbedre kommunikasjon og rutiner mellom avdelingen og primærhelsetjenesten.

Praksiskonsulentordninger har vist seg svært effektive med tanke på å forbedre samarbeidsrutiner og å øke den gjensidige forståelsen for samarbeidspartenes ulike rammebetingelser. Ordningen bør tilpasses i forhold til avdelingenes størrelse og andre lokale forhold.

Referansedokument: Praksiskonsulentordningen

Anbefaling:

Alle foretak bør innføre praksiskonsulentordning på de store avdelingene, også innenfor psykisk helsevern. Ved de mindre avdelingene kan en praksiskonsulent dekke flere avdelinger

5.3 Samarbeidsavtaler med kommuner og bydeler i opptaksområdet

Samarbeidsavtaler er ett av virkemidlene for å ivareta pasientens behov for en sammenhengende behandlingsskjede. Avtalene skal sikre rutiner ved informasjonsoverføring, gode samarbeidsrutiner ved innleggelse og utskrivning, samt retningslinjer for håndtering av avvik og uenighet mellom partene. Avtalene kan også regulere veiledning og kompetanseoppbygging.

Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten forutsetter gjensidighet og likeverdighet mellom partene. Dette må også gjenspeiles i avtalene og den måten de framforhandles på.

Mange foretak har inngått avtaler med kommuner/bydeler i opptaksområdet, men avtalene har svært ulik utforming, og erfaringene med avtalene varierer tilsvarende. De foretak/kommuner som har systematisert arbeidet med oppfølging av avtalene, opplever at avtalene er til betydelig hjelp i det daglige samarbeidet.

Avtalene må baseres på konkrete problemområder i samhandlingen mellom et foretak og kommunene i opptaksområdet. Selv om problemoppfatningene selvsagt kan variere, er det nødvendig med en viss standardisering av både form og prosess fram mot en avtale. Arbeidsgruppen har derfor utarbeidet en mal for samarbeidsavtaler.

Referansedokument: Samarbeidsavtaler mellom HF og kommuner

Anbefaling:

Samarbeidet mellom helseforetakene og kommuner/bydeler i opptaksområdet bør formaliseres ved inngåelse av gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler. Det enkelte HF bør ta initiativet til at slike avtaler blir inngått.

5.4 Elektronisk samhandling og telemedisinske løsninger

Innføring av elektronisk kommunikasjon og meldingsutveksling i helsetjenesten har gjort informasjonsutveksling enklere og raskere. Hovedoppgaven nå er å utvikle en informasjons- og meldingsutveksling som ved behov kan gjøre det mulig å utveksle relevant pasientinformasjon, samt aggregere og ekstrahere data fra ulike journalsystemer, på tvers av enheter og nivåer.

Et viktig skritt ble tatt ved etablering av det nasjonale helsenettet i 2004. Det videre arbeidet må ha prioritert fokus på teknisk og innholdsmessig kvalitetssikring av høyvolumtjenester som elektroniske epikriser, laboratorie-/røntgensvar og henvisninger. Videre er det viktig å tilrettelegge for at flest mulig tar nettet aktivt i bruk, noe som er en forutsetning for å kunne realisere både økonomiske og faglige gevinster.

Utvikling av telemedisinske løsninger har gjort det mulig å få tilgang på kompetanse uavhengig av avstand, for eksempel teleradiologi, telepsykiatri og ”satelittdialyse”. Felles for disse eksemplene er at de viser hvordan telemedisinske løsninger, gjennom organisatoriske tilpasninger, kan bli et viktig redskap for desentralisering av undersøkelser og behandling. Telemedisin utfordrer tradisjonell organisering og oppgavefordeling, og har på flere områder vist seg å kunne effektivisere og kvalitetssikre medisinske arbeidsprosesser. For å oppnå dette, er det imidlertid viktig at telemedisinske tjenester utvikles og tilpasses på grunnlag av dyp innsikt, både i medisinske arbeidsprosesser, organisatoriske og andre forhold som påvirker atferd og holdninger.

Bruken av ulike IKT-løsninger og telemedisin er i ferd med å gi en rekke pasientgrupper tilgang til medisinsk informasjon og medisinske tjenester via Internett. Flere land i Europa har startet utviklingsprogram for å videreutvikle denne tjenesten. Denne trend der pasientene i stadig større grad gis direkte tilgang til egen pasientinformasjon og kunnskapskilder, er en betydelig utfordring for helsetjenesten. Samtidig åpnes nye muligheter for samhandling, med nettopp pasienten i sentrum.

Referansedokument: Elektronisk pasientjournal
Telemedisin som samhandlingsinstrument

Anbefaling:

De regionale helseforetakene må tilrettelegge for at aktørene i helsetjenesten tar det nasjonale helsenettet aktivt i bruk. Det må gis prioritet til kvalitetssikring av både teknologi og innhold av høyvolumtjenester som elektroniske epikriser, laboratoriesvar og henvisninger.

Telemedisinske løsninger som kan øke behandlingskvaliteten, redusere belastende reiser og som kan gi en mer effektiv samlet ressursutnyttelse må videreutvikles og brukes aktivt for å desentralisere deler av spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppen vil ellers gjøre oppmerksom på at de regionale helseforetak gjennom *Nasjonal IKT* har etablert en annen arbeidsgruppe som i større bredde håndterer anvendelsen av informasjonsteknologi i spesialisthelsetjenesten; også problemstillinger knyttet til samhandling mellom nivåene tas opp i dette arbeidet. Det henvises også til det viktige dokumentet *Samspill 2007* som er utarbeidet i regi av Sosial- og helsedirektoratet.

Vedlegg

Oversikt over referansedokument fra nasjonal gruppe for samhandling og desentralisering

<u>Dokument</u>	<u>plass i strateginotatet</u>
Helsetjenesten i et samfunnsperspektiv	
<u>Trender og utviklingstrekk</u>	pkt 2
Organisatoriske forhold: institusjoner /arenaer	
<u>Institusjonstyper i tiltakskjeden</u>	pkt 4.5
<u>Desentralisering av spesialisthelsetjenesten</u>	pkt 4.5
<u>Samhandlingsarenaer</u>	pkt 5.1
<u>Samarbeidsavtaler mellom HF og kommuner</u>	pkt 5.3
Mer pasientnære organisatoriske forhold	
<u>Praksiskonsulentordningen</u>	pkt 5.2
<u>Samhandling med pleie- og omsorgstjenesten</u>	pkt 2 / 4.2/ 5.1
Pasientnære forhold	
<u>Pasientgrupper med særskilt behov for samhandling</u>	pkt 4.2/ 4.3/
<u>Sammenhengende pasientforløp</u>	pkt 4.3/ 4.4
<u>Individuell plan</u>	pkt 4.2/
<u>Pasientansvarlig lege</u>	pkt 4.2/ 4.4/
Utfordringer innad i tjenestenivåene	
<u>Samhandling innad i spesialisthelsetjenesten</u>	pkt 4.4
<u>Samarbeid innad i kommunene</u>	pkt 5.1
Forskning og utdanning	
<u>Utdanning og forskning</u>	pkt 4.7
Elektroniske forhold	
<u>Telemedisin som samhandlingsinstrument</u>	pkt 5.4
<u>Elektronisk pasientjournal</u>	pkt 5.4

Tittel: Trender og utviklingstrekk	Dato: 30.09.2004
Utarbeidet av: Nasjonalt gruppe for samhandling	Godkjent: 10.10.2004

Trender og utviklingstrekk i medisin og helsetjeneste – et bakteppe for arbeidsgruppens vurderinger

Innledning

Den nasjonale arbeidsgruppen for samhandling og desentralisering har hatt som oppgave å identifisere arbeids- og tilnæringsmåter for å gjøre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten til et felles nasjonalt strategisk satsingsområde. Verden styres imidlertid ikke utelukkende gjennom strategier, og strategier kan heller ikke utformes i et vakuum. Derfor kan det være nyttig å gjøre seg noen tanker om hvordan helsetjenesten generelt antas å kunne utvikle seg, og hvilke konsekvenser slike mulige utviklingstrekk kan tenkes å få for samhandlingen mellom nivåene.

Historien har vist oss at det kan være vanskelig å forutsi utviklingen innen et felt som er så sterkt preget av teknologiske innovasjoner. Det er derfor nødvendigvis heftet med en viss risiko å gjøre seg slike resonneringer om fremtiden. Likevel hører et slikt bakteppe med, som et transparent og eksplisitt uttrykk for noen av de forutsetninger som arbeidsgruppen har lagt til grunn for utformingen av strategiene.

Dette notatet skisserer kort noen sentrale utviklingstendenser i vestlig helsevesen. Beskrivelsen er ikke basert på noen vitenskapelig metodikk for identifisering av sentrale utviklingstendenser, og er derfor verken fullstendig eller uttømmende. Beskrivelsen representerer en kvalitativ tilnærming og reflekterer enkelte trender i nær fortid og nåtid som anses å være sentrale for hvordan helsevesenet har utviklet seg. Usikkerheten til tross, noen trender antas å være mer robuste enn andre, og det korte- og mellomlange tidsperspektivet gir rom for færre overraskelser enn det lange.

Demografiske og epidemiologiske endringer

Den demografiske utvikling representerer med stor sannsynlighet den mest robuste trend. Den betydelige endringen i alderssammensetningen, med relativt sterk vekst i andelen og antall eldre, er en rimelig sikker prediksjon for de nærmeste tiår. I følge fremskrivninger fra Statistisk Sentralbyrå er således antallet innbyggere over 67 år i 2030 estimert til å øke med 50 %, mens antallet over 80 år anslås å øke med 60 %. Denne utviklingen skyldes blant annet forbedringer av folkehelsen og helsetjenestetilbudet, med redusert mortalitet og økt levealder som følge. Andre endringer i alderssammensetning skyldes i noen grad redusert fertilitet (reproduksjonsrate). Samlet har dette som konsekvens at "avhengighetsbrøken" (andelen i aktivt arbeid/andelen forsørgede) endres vesentlig, i retning av flere som må "forsørges" av hver sysselsatt. Dette reduserer også omsorgskapasiteten i det uformelle hjelpesystem (særlig representert ved familiene), med den konsekvens at helse- og sosialtjenestene i fremtiden må forventes å bære en større del av den samlede omsorgsbelastningen i samfunnet.

Selv om mange eldre er ved god helse, har helsetilstand og sykkelighet fortsatt en relativt sterk aldersgradient. Mange holder seg friske lengre, men den forlengede levealder medfører likevel et økende antall syke eldre. Med økende alder øker også andelen med sammensatte og kroniske sykdommer i befolkningen. Dette har betydelige konsekvenser for ressursbruk og -fordeling i helsevesenet. Siden den såkalte eldrebølgen ennå ikke har nådd sitt toppunkt, vil helsevesenet også i de kommende tiårene stå overfor en betydelig utfordring med hensyn til helsetjenester til eldre og kronisk syke. Med mindre helsetilstanden ikke blir radikalt forbedret, vil behovet for helse- og omsorgstjenester øke ytterligere i perioden 2020-2050, med parallell økning av "avhengighetsbrøken".

I tillegg kommer epidemiologiske endringer, bl.a. som følge av endringer i livsstil. Den relativt nye trenden med en økning av fedme / overvekt i befolkningen fører bl.a. til sterkt økende forekomst av diabetes og belastningslidelser, noe som kan gi en ny økning i forekomsten av hjerte-kar-lidelser. Best dokumentert, gjennom empirisk basert modellering, er økning innen kreftsykdommer. Mindre presist estimert, men likevel tydelig for enhver observatør, er det tiltagende antall personer med rusavhengighet og psykiske lidelser. Disse trendene fører samlet sett til en økning av kronisk syke pasienter med behov for langvarige og til dels sammensatte tjenestetilbud.

Framvekst av medisinsk teknologi

Mens det fins gode modeller for å estimere demografiske endringer, er vi dårligere rustet til å forutsi utvikling og endring i medisinsk teknologi. Den relative treghet og forutsigbare dynamikk som preger demografisk utvikling, gjenfinnes ikke i forhold til medisinske teknologiske innovasjoner. Det eneste vi vet med sikkerhet, er at ny kunnskap og teknologi fortsatt vil være en sterk og dynamisk kraft, med store konsekvenser for utforming av tjenestetilbud. Ny og effektiv medisinsk teknologi kan således innebære en sterk ekspansjon av behandlingstilbudet, selv for grupper med stabil eller redusert sykkelighet. Det ekspansive tilbudet for hjertesyrke (trombolyse, åpne hjerteoperasjoner, PCI med stenting etc.) i en periode hvor forekomsten av koronar hjertesyrke antas å være redusert (dokumentert i andre vestlige land), er en god illustrasjon av dette tilsynelatende paradoks.

Den medisinske utviklingen – spesielt fra 1970-tallet - er omfattende og berører alle områder av medisinsk diagnostikk og behandling. Innen enkelte deler av medisinsk virksomhet har utviklingen av høyspesialisert teknologi medført radikale endringer av tidligere praksis. Sentrale eksempler på dette finnes innen områdene bildediagnostikk, mini-invasive teknikker ved bruk av fiberoptikk ("kikkeshullskirurgi", skopier etc.), neonatalmedisin og utviklingen av genteknologi. Det feltet innen medisinsk teknologi som er i størst vekst, er utviklingen av stadig nye og kostbare medikamenter, drevet fram i tett samspill mellom forskningsmiljøer og industri. Generelt er medisinsk teknologi i kontinuerlig vekst og utvikling. Utviklingen rommer uante muligheter for forskning, diagnostikk og behandling i framtiden. Vekten og betydningen av medisinsk teknologi for utformingen av helsetjenesten, er ofte omtalt som "det teknologiske imperativ" i medisinen. Dette imperativ gjør at tilbudet i så høy grad påvirker etterspørselen i helsetjenesten, noe som i neste omgang også kan bidra til økte behov.

De teknologiske fremskritt kommer selvfølgelig i høy grad også eldre og kronisk syke til gode. Likevel må det være grunnlag for å hevde at ny kunnskap og effektiv teknologi ikke alltid har kommet med størst tyngde på områder som har vært viktige for store kronikergrupper; rusmisbrukere, pasienter med psykiske lidelser, revmatikere m.fl.. Videre er forståelsen av eldre pasienters sykdommer og deres behandling fremdeles begrenset. For eksempel har vi fortsatt svært lite kunnskap om hvordan medikamenter virker på pasienter over 80 år, ettersom denne gruppen meget sjelden er inkludert i klinisk utprøving av medikamenter. Hvorvidt framtiden vil endre dette mønster, er vanskelig å spå om, men det er få synlige tegn til store teknologiske eller kunnskapsmessige gjennombrudd for de pasientkategorier som her er omtalt.

Spørsmålet om hvorvidt ny medisinsk teknologi fører til sentralisering eller desentralisering av tjenester, finnes det neppe noe enkelt svar på. Svaret er forskjellig for ulike teknologier og for ulike faser i den enkelte teknologiske eller metodes utvikling. Teknologi som initialt tas i bruk ved store, spesialiserte sykehus, anvendt på et begrenset antall pasienter, har senere vist seg å bli desentralisert til mange og mindre enheter, etter at den er blitt standardisert og forenklet og anvendt på større pasientpopulasjoner. Dette er for øvrig et spørsmål som ikke bare er knyttet til selve teknologien, men også til organiseringen av de systemer som skal understøtte teknologien; bl.a. utdanning, opplæring, hospitering, kvalitetssystemer/ protokoller, nettverksorganisering a la senter- satellittmodeller, IKT-løsninger/telemedisin etc.

De klassiske S-kurver for generell spredning av ny medisinsk teknologi, synes imidlertid å bli "brattere"; det globale informasjonssamfunn, aktiv markedsføring og tett kontakt mellom medisinske eliter, gjør spredningen raskere. Dette innebærer ofte at nye metoder (medikamenter, teknologi, prosedyrer) tas i aktiv og omfattende bruk før det foreligger systematisk dokumentasjon av effekter. Selv om den

kunnskapsbaserte medisinen er på vei framover, er det følgelig blitt enda sterkere krefter å ”demme opp” for. Det er dermed ingen liten risiko for at det teknologiske imperativ vil kunne virke med enda større kraft i tiden framover, med betydelige konsekvenser for så vel kostnadsnivå som prioriteringer.

Kunnskapsgrunlaget for behandling: Medisin basert på evidens

Forskningsbasert evidens for valg av optimal medisinsk behandling har vist en eksponentiell vekst i de siste to til tre tiår, og dessuten blitt allment tilgjengelig gjennom elektroniske databaser. Parallelt med framveksten av medisinsk kunnskap har det oppstått en mer aktiv internjustis i kliniske miljøer om krav til å framlegge evidens for den behandling som gis. I tillegg til å understøtte valget av optimal medisinsk behandling vil denne tendensen også bidra til at ineffektiv eventuell negativ behandling unngås. Videre vil den kunne redusere forekomsten av medisinsk overbehandling med tilhørende iatrogene følger.

Den medisinskfaglige utviklingen de siste tiårene har vært preget av dybdespesialisering, jf tendensen til gren- og ”kvist”-spesialisering. Samtidig har det på flere fagområder blitt større åpenhet ifht. bredere perspektiver; jf nyere forskning i sammenheng mellom psyke og soma, og dypere kunnskap om sammenheng mellom genetisk disposisjon og miljøets påvirkning innen psykiatri.

Dokumentasjon av kvalitet

Krav til dokumentasjon er generelt betydelig skjerpet i moderne medisin. Dette inkluderer krav til dokumentasjon av rutiner og prosedyrer, men etter hvert også et krav om å dokumentere behandlingskvalitet. Slik dokumentasjon tjener mange formål, men er kanskje viktigst som grunnlag for læring og kontinuerlig forbedring. For den kliniske virksomhet vil nasjonale kliniske kvalitetsregistre være den viktigste kilden til slik læring og forbedring. Det forutsettes at slike registre vil være implementert på bred basis i løpet av de nærmeste årene.

På et mer overordnet makroplan pågår det også en prosess med å utvikle og implementere ulike kvalitetsindikatorer, i den hensikt å få målbare uttrykk for ulike kvalitetsdimensjoner; både i forhold til tilgjengelighet, organisering, medisinsk behandlingskvalitet og pasientopplevd kvalitet. Det er også tilløp til å vektlegge monitorering av arbeidsmiljøet, en kvalitet som er viktig i seg selv, men som også kan tenkes å ha betydning for de kvalitetsaspekter som har betydning for pasientene.

Erfaringer fra utlandet viser at det er mange fallgruver og feilkilder knyttet til utvikling og publisering av slike kvalitetsindikatorer. Det ligger også betydelige pedagogiske utfordringer i tilknytning til bruk og presentasjon av kvalitetsindikatorer; der det knytter seg kompliserte forutsetninger til data eller fortolkninger, er derfor indikatorene lite egnet for allmenn formidling vis a vis befolkning og pasienter. Kravene til kvalitet må følgelig også gjelde både for utvikling, bruk og formidling av kvalitetsindikatorer.

Det er likevel mer enn sannsynlig at kravene til dokumentasjon av kvalitet ikke bare vil komme fra fagelitene, men i høy grad også fra samfunn og pasienter. Videre er det sannsynlig at disiplinorienterte fagfolk vil utfordres i forhold til mer helhetlig kvalitet, der hele pasientforløpet fanges inn.

Framvekst av et marked for private helsetjenester

Velstandutviklingen har skapt økende etterspørsel etter helsetjenester og dermed et marked for tilbud av kommersielle helsetjenester. Økt kjøpekraft i befolkningen, større vekt på valgfrihet, køer og budsjettproblemer i det offentlige helsevesen, og sterk tilvekst av helsepersonell, er viktige faktorer som kan forklare denne utviklingen. Disse private tilbudene er naturlig nok begrenset til større og mellomstore byer, men benyttes av stadig flere innbyggere fra hele landet. Denne trend forsterkes av at også Rikstrygdeverket og helseforetakene kjøper en del tjenester i dette markedet. I dag utgjør omfanget av denne virksomhet neppe mer enn 3-5 % av offentlige helsebudsjetter, men på enkelte sykehus og fagområder begynner konkurransen å bli merkbar for helseforetakene. Den økonomiske, ideologiske og politiske utviklingen vil avgjøre om kommersielle tilbud vil komme til å bli noe mer enn et ”verdifulle supplement” til det offentlige tilbud av helsetjenester.

Uansett må det antas at det private kommersielle tilbudet er kommet for å bli, og at dette tilbudet, i en befolkning med en voksende betalingsdyktig middelklasse, må forventes å tilta i tiden framover. Samtidig vet vi at slike private tilbud primært vil konsentrere seg om bestemte nisjer i helsetjenestemarkedet, oftest knyttet til elektive pasienter med avgrensede diagnoser og problem. Innen slike felt vil private tilbud utvilsomt kunne bidra med effektive og gode løsninger som samtidig kan virke skjerpene for offentlige sykehus. De mer kompliserte inngrep og de mer krevende pasienter med kroniske lidelser og sammensatte problem, vil fortsatt primært bli utført innen det offentlige helsevesen. Det samme gjelder ansvaret for vaktberedskap, forskning, undervisning, opplæring og samarbeid med andre ledd i helsetjenesten. Fremveksten av private tilbud kan derfor få fordelingsvirkninger med konsekvenser for øvrige pasientgrupper og for øvrig helsetjeneste. I den grad det anvendes offentlige penger til å finansiere private tilbud, kan det imidlertid tenkes at det offentlige som bestiller, gjennom de kontrakter som inngås, vil komme til å stille bredere og mer helhetlige krav til disse tjenesteleveransene.

Hvor stor plass og hvilken rolle det private kommersielle helsetilbud vil få i Norge, er både betinget av omstillings- og tilpasningsevne i de offentlige helseforetak og av størrelsen på de budsjettammer som stilles til deres disposisjon. Det dreier seg mao både om effektivisering og om politikk, men preferansene til betalingsdyktige og konsumentorienterte pasienter vil også spille en økende rolle.

Viktig perspektivskifte: Fra pasient til bruker

Synet på pasienten som forbruker av helsetjenester stammer fra den amerikanske brukerbevegelsen (’’consumerism’’) som oppstod i USA på 1970-80-tallet. I henhold til denne bevegelsen har brukeren rettigheter og legitime krav til tjenesteytelser. Introduksjonen av brukerrollen i vestlig medisin medførte en radikal endring av rollemodell: Fra en passiv, autoritetstro pasientrolle (patient = tålmodig) ble bildet endret til en aktivt medvirkende konsument med definerte rettigheter og krav. Perspektivskiftet fikk også organisatoriske konsekvenser i form av bl.a. introduksjon av pasientrettighetsloven og etablering av pasientombudsordninger. I tillegg vokste det fram sterke brukerbevegelser innen forskjellige diagnosegrupper. Disse pasientorganisasjonene har fortsatt en betydelig formell innflytelse gjennom sin forskriftsmessige representasjon i ulike offentlige utvalg. I tillegg utgjør de en vesentlig faktor for opinionsdannelse i samfunnsliv og politikk.

Perspektivskiftet fra pasient til bruker anses som en betydningsfull enkeltstående endring i pasient- og behandlerrollen. Dreiningen i publikums selvilde vis a vis helsevesenet danner i sin tur bakgrunn for en rekke konsepter der brukerrollen står som en felles overskrift. I det følgende er noen av disse begrepene og fenomenene oppført:

- Pasienten først
- Pasienten i sentrum
- Pasienten som ekspert og lærer for leger (’’Patient partner’’)
- Brukermedvirkning
- Pasienttilfredshet
- Likheter i helsetjenestetilbud
- Bedre tilgang på helsetjenester
- Sømløse behandlingstilbud
- Pasientforløpsstudier: Identifisering av flaskehals; opplevd kvalitet på tvers av forvaltningsnivåene
- Individuelle rehabiliterings- og behandlingsplaner
- Fritt sykehusvalg
- Behandlingsgaranti
- Behandlingsplaner (’’Disease management plans’’)

Listen angir noen sentrale begreper og fenomener som holdningsendringen fra pasient til bruker har medført. Majoriteten av endringene har oppstått etter påtrykk fra pasienter og befolkning, men noen endringer er initiert av helsevesenet selv.

Konsekvenser relevante for samhandling og desentralisering

Behov for prioritering

Utviklingen av pasienten som bruker er forbundet med mange positive effekter og gevinster; bl.a. innebærer endringen elementer av demokratisering og åpner for en dialog mellom brukeren og helsevesenet på alle forvaltningsnivåer. På den annen side åpner dette for at helsetjenester i økende grad anses som en konsumvare som forbrukes på linje med øvrige varer og tjenester. Et konsum av helsetjenester vil være vesentlig forskjellig fra et rent medisinsk begrunnet helsetjenesteforbruk i så vel form som innhold og omfang. Dette kan medføre en konflikt mellom publikums etterspørsel av helsetjenester og medisinsk begrunnede eller behovsstyrte prioriteringer. Mulige konsekvenser av en slik uenighet er at faglig funderte effektiviseringstiltak (f.eks. utfasing av behandlingstiltak med negativ eller ingen effekt) ikke lar seg gjennomføre, eller at helsetjenester til uorganiserte eller ressurssvake pasienter ikke blir tilgodesett.

Stadig mer konsumentorienterte pasienter, understøttet av utvidede rettighetsordninger og fritt sykehusvalg, er følgelig en sterk aktivitetsfremmende driver i helsetjenesten. Det er allerede klare tegn til at den samlede aktivitet i helsetjenesten sprenger de økonomiske rammer som stilles til disposisjon gjennom offentlige budsjetter. Dette tvinger fram spørsmålet om prioritering. En annen arbeidsgruppe i RHF-regi har prioriteringer som tema, men prioritering er et samfunnsanliggende som forutsetter bred medvirkning og forankring i forhold til både pasienter og befolkning, fagfolk og politikere.

Det er derfor ønskelig med et bredt og kvalifisert offentlig ordskifte om slike prioriteringsdilemmaer. Denne offentlige debatten om prioriteringer må avspeiles i Prioriteringsrådets og RHF-enes egen debatt, og ikke minst dreie seg om hvordan pasientgrupper med spesielle behov skal ivaretas og tilgodeses. Det er derfor en utfordring å identifisere og fange opp de pasientene som allerede er, eller risikerer å bli, tapere i det forbrukerorienterte helsevesenet. I et spesialisert og oppdelt helsevesen, der effektiv teknologi, sykdommens status, profesjonell prestisje, organiserte pressgrupper og finansieringsordninger trekker i samme retning, er det grunn til å anta at pasienter med sammensatte og kroniske lidelser vil være særlig prioriteringsutsatte, med mindre de ivaretas gjennom eksplisitte prioriteringsbeslutninger.

Spørsmålene om prioritering dreier seg altså om hvilke grupper som har størst behov, hvilke tiltak som har størst effekt, hva som er helsetjenestens oppgaver, hvor grensene for det offentliges ansvar går, og hva folk selv må forventes å ta ansvar for.

Flere syke eldre og kronisk syke – behov for samordnede tjenester

De påpekte demografiske og epidemiologiske endringene innebærer et sterkt økende antall syke eldre og kronisk syke pasienter. Disse pasientene vil ofte ha behov for lett tilgjengelige tjenester, og tett oppfølging over tid. Dette krever samordnede tjenester både innad i spesialisthelsetjenesten, innad i primærhelsetjenesten, og samlet mellom tjenestenivåene. Samordning og helhetstenkning vil ikke følge naturlig av, og til tider også stå i motsetning til spesialisthelsetjenestens dybdespesialisering. Dette tilsier at det må gjøres organisatoriske tiltak for å oppnå en samordning av nødvendige tjenester, og at ledelsen på alle nivåer må ha fokus på samhandling for å oppnå resultater.

Medisinsk/teknologiske endringer – mulighet for samordning og desentralisering

De beskrevne medisinske og teknologiske endringer gir muligheter for raskere sykehusbehandling, og til å desentralisere behandlingsformer som for kort tid tilbake krevde spesialistbehandling ved sentrale sykehus. For store pasientgrupper, som trenger nærhet til behandlingstilbudene, og for pasientgrupper som

bør ha kjente og mest mulig stabile livsbetingelser for å fungere optimalt, er det viktig å desentralisere spesialisthelsetjenestene der dette lar seg gjøre. Helsetjenestene bør i større grad innrettes organisatorisk på disse pasientgruppenes behov, og infrastrukturen bør gjøres mer fleksibel, gjerne i form av samlokaliserte enheter og tjenestetilbud mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. Der de er dokumentert nyttige, må IKT og moderne telemedisin benyttes som hjelpemidler til å få effektiv samordning både innad og mellom tjenestenivåene. Organisatoriske ordninger, ansettelsesvilkår og avtaleverk må innrettes slik at de bedre kan understøtte desentraliserings- og samordningstiltak.

Tittel: INSTITUSJONER I TILTAKSKJEDEN	Dato: 26.02.2004
Utarbeidet av: Nasjonal gruppe for samhandling	Godkjent: 08.10.2004

INSTITUSJONER OG ORGANISATORISKE LØSNINGER I TILTAKSKJEDEN - SOMATISKE HELSETJENESTER -

Innledning:

Den medisinskteknologiske utviklingen har de siste 10-15 årene gitt helt nye behandlingsmåter for en rekke av våre vanligste sykdomstilstander. I tillegg er det de siste årene gjort betydelige endringer i helsetjenestens organisatoriske og finansielle rammebetingelser. Foretakene er nå den organisatoriske enheten, med en til dels betydelig intern differensiering av de underliggende enheter.

De nye oppgavene har utfordret de tradisjonelle institusjonene, og vi ser framvekst av en rekke nye organisatoriske løsninger både innefor de offentlige sykehusene og i gråsonen til primærhelsetjenesten. I tillegg er det blitt godkjent flere private sykehus med såkalt "nisjefunksjon".

Endringer i sykehusstruktur utløser ofte en betydelig debatt i de lokalsamfunn som berøres, og i slike debatter artikuleres ofte befolkningens opplevelse av utrygghet og manglende tillit til de alternativer for løsninger som er lagt fram.

Tillit til de faglige tilbudene som skal etableres er vesentlig både for befolkningen og for de ulike aktørene i behandlingsskjeden.

Dette notatet har som mål å se på ulike organisatoriske løsninger som en del av en samlet behandlingsskjede.

Sykehusbegrepet i historisk perspektiv:

Sykehusbegrepet har en *faglig betydning*, tydeligst spesifisert i St.meld. nr 9 (1974 – 75) om det regionaliserte helsevesen. Denne Stortingsmeldingen var en milepæl mht å definere innhold og struktur i norsk helsevesen. Nivåinndelingen var basert på det såkalte "*LEON-prinsippet*", der utredning og behandling skulle foregå på laveste effektive omsorgsnivå.

Nivåinndelingen i sykehussektoren bestod av:

- Lokalsykehus
- Sentralsykehus
- Regionsykehus

De faglige begrepene er i liten grad oppdatert eller videreutviklet i forhold til medisinsk eller samfunnsmessig utvikling.

Samtidig har begrepet sykehus en mer *folkelig betydning* knyttet til vanlige folks oppfatning av hva et sykehus er og skal inneholde. På 50- og 60-tallet ble de blandede, udifferensierte lokalsykehusene gradvis omgjort til såkalte 3-delte sykehus, med indremedisin, kirurgi, fødeavdeling og røntgen.

Denne basisstrukturen har fått et tankemessig feste i folks oppfatning, og representerer trygghet ved akutt sykdom og er samtidig arena for øvrige basistjenester innen spesialisthelsetjenesten.

Den medisinske utviklingen har de siste ti årene utfordret denne modellen på flere områder. En økende grad av spesialisering har ført til en sentralisering av en rekke oppgaver, samtidig som nye behandlingsmetoder har ført til at en rekke inngrep i dag utføres uten innleggelse.

Stor vaktbelastning og små fagmiljø har også ført til vansker med stabil rekruttering til en rekke av de minste sykehusene.

Utviklingen innen hovedspesialitetene indremedisin og kirurgi er også nokså forskjellig. Mens vi innen de kirurgiske fagene har oppnådd betydelig kortere liggetid og økt bruk av dagkirurgi samt polikliniske undersøkelser og behandling, domineres de indremedisinske avdelingene av øyeblikkelig hjelp innleggelser. Disse utgjør nå ca 90 % av alle innleggelsene ved medisinsk avdeling. Det er i tillegg en høy gjennomsnittsalder på de pasientene som innlegges ved disse avdelingene.

Ut fra en faglig vurdering er det derfor et betydelig større behov for nærhet og tilgjengelighet til de indremedisinske tjenestene enn til de kirurgiske.

Dette ble da også påpekt i NOU 1998: 9: "Hvis det haster...". Et av forslagene her var en modell for lokalsykehus med akuttberedskap bare innen indremedisin.

Det synes nå klart at flere arbeider med modeller for et slikt lokalsykehus; en utvikling vi også ser i vårt naboland Sverige.

Helse Nord har i 2003 laget en rapport som beskriver innholdet i en slik institusjon, som i begrepsmessig forstand er benevnt "Nærpsykehus". Rapporten beskriver hvilke faglige forutsetninger som bør legges til grunn i en slik modell.

<http://www.helse-nord.no/index.php?dfi=Nrsykehuset-sluttrapport151203.pdf>

I tillegg har vi de siste årene fått en framvekst av private, spesialiserte sykehus med "nisjefunksjon" særlig innen kirurgi. Disse sykehusene har ikke generell akuttberedskap, men er skreddersydde for utredning og planlagte inngrep. De fleste av disse har beredskap for inneliggende pasienter.

Behovet for trygghet og differensierte spesialisthelsetjenestetilbud:

Det er bred enighet om at vi i Norge trenger differensierte institusjoner innen spesialisthelsetjenesten. Graden av akuttberedskap, samt behov for og tilgang på spesialisert kompetanse, er viktigste kriterium for differensieringen.

Hovedmålet er å skape nærhet (*desentralisering*) for de vanligste tilstandene i en befolkning, samtidig som sjeldne tilstander og de tilstander som krever høy spesialisering, behandles i regionale, eventuelt nasjonale institusjoner (*sentralisering*).

Behovet for tilgjengelighet og differensiert tilbud for eldre og personer med kroniske lidelser, gjør at en må vurdere en tilsvarende organisering av tjenestene også inn mot primærhelsetjenesten. Tilgang på ny medisinsk teknologi og telemedisin gjør at en for utvalgte grupper kan tilby spesialiserte behandlingstilbud desentralisert.

I en slik modell er dagens skarpe skille mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten en begrensning. På samme måte er det – med utgangspunkt i befolkningens behov - viktig med en differensiering av tilbudet, også innen de tradisjonelle sykehusene.

Samhandlingsbehovene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan ivaretas på forskjellige arenaer og med ulike virkemiddel.

Dagens debatt om nye organisasjonsformer i spesialisthelsetjenesten er i for stor grad blitt en debatt om *navn med et historisk gitt og statisk innhold*, og langt mindre om *behovet for dynamisk og fleksibel tilpassning av tilbudene*

Likevel mener vi det er behov for å definere noen "institusjoner" nærmere, ikke minst for å klargjøre ansvarsforholdene.

- Bruken av **sykehus** (regionsykehus, lokalsykehus, nærpsykehus og desentraliserte sykehusavdelinger) forutsetter som hovedregel spesialiserte tjenester på døgnbasis, det vil si

spesialist i døgnvakt for inneliggende pasienter eller at hoveddelen av aktiviteten er spesialisthelsetjeneste.

Sykehus vil derfor vanligvis være organisert som en del av spesialisthelsetjenesten.

- Et **distriktsmedisinsk senter (DMS)** er en **fellesarena** for primær- og spesialisthelsetjenesten, og har en avtalebasert drift, der leie av lokaler, ansvar både for pasientbehandlingen og for de ansatte er avklart.
 - Spesialisthelsetjenesten har det faglige og det økonomiske ansvaret for de rene spesialisttjenestene (poliklinikk, røntgen, evt. dagkirurgi og dagbehandling).
 - Ansvar for evt fødestue reguleres i hht anbefalinger i St.meld. 5/2003. Spesialisthelsetjenesten har det overordnede faglige og økonomiske ansvaret. Kommunen kan evt. ha et avtalebasert daglig driftsansvar.
 - Primærhelsetjenesten er ansvarlig for sine oppgaver i DMS: Legevakt, evt. daglegevakt, LV-sentral, sykehjem, legekantor og kontor for hjemmetjenesten.
 - Sengepost som samhandlingsarena (sykestue, intermedieæravdeling, akuttpost, hospice-enhet) kan administrativt organiseres av spesialisthelsetjenesten eller av primærhelsetjenesten. Her finnes det i dag 2 modeller:

1. Spesialisthelsetjenesten har det organisatoriske og faglige ansvaret, mens tilsynslegetjenesten ivaretas av allmennleger ansatt av foretaket. (Eksempel: Hallingdalen sjukestugu). Opphold ved institusjonen finansieres gjennom ISF (innsatsstyrt finansiering.) Kommunene i nedslagsfeltet har ikke noe økonomisk ansvar for driften av sengeposten.
2. Driften av sengeposten er avtalebasert med kommunen. Spesialisthelsetjenesten har et veiledningsansvar og dekker deler av driftskostnadene ihht. avtale. Kommunen har arbeidsgiveransvaret og legetjenestene ivaretas av allmennleger ansatt i kommunen.
(Eksempel: Intermedieæravdelingen i Trondheim og sykestua i Alta)

Det daglige fagansvaret ligger altså her i primærhelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten skal yte faglig bistand både for enkeltpasienter ved behov, og på systemnivå ved samarbeid om utarbeidelse av prosedyrer.

Det er vesentlig å understreke at det neppe er aktuelt å etablere DMS i nærområde til et lokalsykehus, men enkelte samhandlingsoppgaver kan løses i lokalsykehuset (LV-sentral, legevaktslokaler, evt. ”felles akuttinntak” (FAM)). DMS vil derfor være et desentralisert tilbud der det er lang avstand til sykehus, og der det ikke er befolkningsmessig grunnlag for sykehus med spesialisthelsetjeneste i døgnvakt.

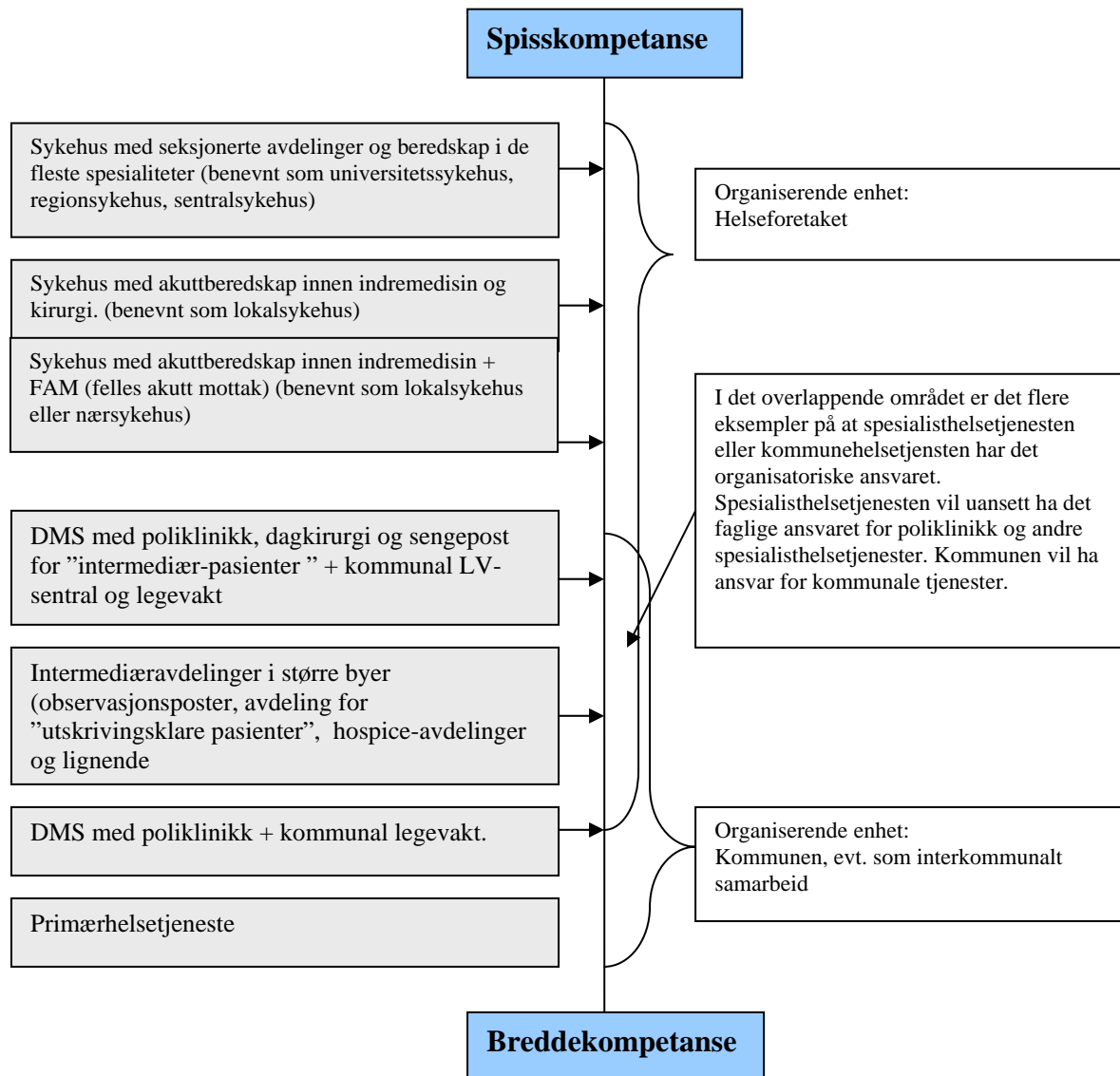
I større byer ser vi i dag et betydelig behov både for observasjonsposter tilknyttet legevakt/akuttinntak, for ”intermedieæravdelinger” for etterbehandling av enkelte grupper ”utskrivingsklare pasienter” og for enheter med spesiell fokus på omsorg ved livets slutt.

Også her bør en etablere avtalebaserte løsninger basert på prinsippene for sengeposter i DMS.

Lokalsykehus er et vel etablert begrep, men sykehusene er svært forskjellig både hva gjelder størrelse og bredde på tilbudet. Med tanke på den fleksibilitet som framtidens helsetjeneste vil kreve, er det sannsynligvis mer fruktbart å benytte ”lokalsykehus med ulike grader av akuttberedskap” enn å definere en ny institusjonstype som kalles ”nærpsykehus”. Det advares i det hele tatt mot å konstruere stadig nye begreper for å fange en mer kompleks virkelighet; dette kan ofte skape mer forvirring enn avklaring i forhold til befolkning og lokalsamfunn. Graden av tillit i befolkningen vil i stor grad bestemmes av innholdet i tjenestetilbudet og i hvilke grad institusjonen framstår som et ledd i en tiltakskjede.

I illustrasjonen nedenfor er det lagt vekt på å plassere institusjonstypene langs en akse fra "breddekompetanse" til "spisskompetanse". For mange pasienter er behovet for "breddekompetanse" viktigere enn "spisskompetanse", for andre pasienter er det omvendt.

Tilbudet til befolkningen må ta høyde for dette.



Konklusjon/anbefaling:

Det er svært viktig med fleksibilitet i organisering av helsetjenesten både innen spesialisthelsetjenesten og mellom nivåene. Det overordnede målet må være å levere høy kvalitet på det tilbudet som gis, og at tilbudet blir organisert slik at pasientens behov for nærhet og tilgjengelighet også ivaretas.

Den tredelte nivåinndelingen fra 70-tallet i region-, sentral- og lokalsykehus har blitt utfordret og modifisert og synes å være i ferd med å forsvinne. Derfor er slike betegnelser på sykehus stadig mindre i bruk. Vi erkjenner imidlertid at lokalsykehus er et innarbeidet begrep for enheter med varierende grad av innhold og beredskap.

Det vesentlige ved de differensierte løsningene vi her har beskrevet, er at de lokale tilbudene fortsatt skal ha en sentral rolle i å skape nødvendig trygghet for befolkningen.

Tittel: DESENTRALISERING AV SPESIALISTHELSETJENESTEN	Dato: 14.07.2004
Utarbeidet av: Nasjonal gruppe for samhandling	Godkjent: 30.09.2004

Helsepolitiske aspekt/samfunnsnytte

Det er bred helsepolitisk enighet om at befolkningen skal gis tilgang til viktige helsetjenester, uavhengig av bosted, økonomi, religion, etnisk tilhørighet og sosiale forhold.

Helsedepartementet har i styringsdokumentet for 2004 skrevet følgende:

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

Desentralisering i et slikt perspektiv betyr også å flytte subspecialiserte tjenester ut til lokalsykehusene, organisert som polikliniske tilbud, for eksempel ved ambuleringsordninger.

I finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten er det de siste årene gjort endringer for å tilrettelegge for desentralisering, der dette er faglig og samfunnsøkonomisk forsvarlig. Eksempel på slike tiltak er overføring av ansvar for syketransport til de regionale helseforetakene og godkjenning av enkelte spesialisttakster for bruk utenfor sykehus. (ISF-finansiering av hemodialyse og cellegiftbehandling ved helsesentra/distriktsmedisinske sentra (DMS))

Det er gjort samfunnsnytteeanalyser av slike desentraliserte polikliniske tilbud som viser at tilbudet er lønnsomt når reisekostnadene tas med i beregningen.

Ved spesialistpoliklinikken i Alta er tilbudet basert på ambulerende spesialister, der spesialister både fra lokalsykehuset i Hammerfest og fra Universitetssykehuset i Tromsø har faste reisedager. I tillegg benyttes det telemedisinske løsninger både for røntgenundersøkelser og for øyebunnsfotografering.

Analysen viser at nytten for samfunnet beregnet i form av sparte reise- og tidskostnader ved at pasienten slipper å reise, beløper seg til 14,1 mill. kroner i løpet av et halvår. Merkostnadene knyttet til driften av spesialistpoliklinikken er beregnet til om lag 4,5 mill. kroner i løpet av et halvår. Den samfunnsøkonomiske besparelsen er dermed anslått til om lag 9,6 mill. kroner i løpet av et halvår. Det er beregnet at spesialistpoliklinikken i Alta har en nettogevinst i forhold til offentlige budsjetter på minimum 2,2 mill. kroner i løpet av et halvår.

Referanse: Samfunnsøkonomisk analyse av spesialistpoliklinikken i Alta

Desentraliserte tjenester kan også styrke samhandlingen mot kommunehelsetjenesten ved at tilbudet organiseres mer ut fra lokale behov, og ved at den formelle og uformelle kunnskapen om hele behandlingsskjeden styrkes.

Desentralisering i et brukerperspektiv

En desentralisert spesialisthelsetjeneste er særlig viktig innen psykisk helsevern, og er det grunnleggende organisatoriske prinsippet for etableringen av distriktpspsykiatriske sentra (DPS).

Men et desentralisert tilbud er også svært viktig for de som skal ha en langvarig og belastende behandling, eller der sykdom eller aldring gjør at langvarig transport er en urimelig tilleggsbelastning. Eksempler på slike tilbud er:

- cellegiftbehandling som del av kreftbehandling
- dialysebehandling ved nyresvikt
- geriatri organisert som ”områdegeriatri”
- spesialisthelsetjeneste ved livets slutfase

Forutsetning for desentralisering, både i et samhandlings- og i et brukerperspektiv, er at tjenestene som ytes er forutsigbare og har en forsvarlig kvalitet.

Mange brukere vil i slike situasjoner vektlegge *nærhet til tjenesten* som en vesentlig del av kvaliteten.

Faglige muligheter

Den medisinskfaglige utviklingen har i seg både *sentraliserende* og *desentraliserende* krefter. Utblokking av tette blodkar ved hjerteinfarkt (PCI) er en behandlingsmåte som virker sentraliserende, det samme vil introduksjon av kostnadskrevenne utstyr eller prosedyrer som krever et stort volum for å erverve og opprettholde ferdigheter. En utvikling i retning av økt subspecialisering vil i seg selv kunne virke sentraliserende, dels på grunn av behovet for vaksystemer, men også på grunn av spesialistenes egne interesser av å være en del av et større fagmiljø.

Men moderne undersøkelsesmetoder innenfor en rekke medisinske områder gjør at utredning og til dels behandling kan foregå uten innleggelse og utenfor de store sykehusene. På flere områder har utstyr til utredning og behandling blitt både enklere å bruke og rimeligere i innkjøp. Legger en *samfunnsøkonomiske* vurderinger til grunn, vil det derfor på en rekke områder være mulig å utrede og behandle pasienter utenfor de store institusjonene.

Moderne informasjonsteknologi og telemedisinske løsninger gjør at røntgenbilder og MR-bilder kan tas lokalt, men overføres til større sentra for bedømming. På samme måte kan dialysemaskiner utplassert på en sykestue overvåkes fra dialyseavdelingen på universitetsklinikken.

Behovet for kostbar teknologi vil variere sterkt mellom ulike spesialiteter og ha betydning for vurderinger om å tilrettelegge for at *deler av* en utredning kan foregå lokalt. Et eksempel på det siste er desentralisering av kontroll med/justering av høreapparat ved hjelp av ambuleringsordning for audiograf. Erfaringene viser at et slikt tiltak bedrer funksjonsevnen vesentlig hos eldre.

Desentraliserte tilbud gir også en stor mulighet for veiledning overfor kommunehelsetjenesten, jamfør Lov om spesialisthelsetjenesten. Samtidig gir det de ulike spesialistene en mulighet til å forstå de rammebetingelser som kommunehelsetjenesten arbeider under.

Organisatoriske utfordringer

Desentralisering av spesialisthelsetjenester kan organiseres på ulike måter avhengig av spesialitet og volum av tjenester. Det kan løses med ambuleringsordninger der spesialister reiser ut fra sykehus, eller ved privatpraktiserende spesialister med avtale deltar i slike ordninger.

Desentraliserte spesialisthelsetjenester kan foregå ved ambulering fra store sykehus til lokalsykehus, og der befolkningsgrunnlag og andre forutsetninger er til stede, kan det etableres desentraliserte poliklinikker, som for eksempel distriktspsykiatriske sentra (DPS).

Distriktsmedisinske sentra (DMS) inneholder også somatisk spesialistpoliklinikk, og kan i tillegg ha mindre sengeposter for observasjon og behandling av enklere medisinske tilstander; det kan etableres tilbud om hemodialyse, cellegiftbehandling og tilrettelagte tilbud ved livets slutt.

DMS er oftest samlokalisert med kommunale tjenester som for eksempel kommunal legevakt, legesenter eller kommunalt sykehjem. Erfaringene viser at *samløkalisering* av tilbud både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bedrer samhandlingen i enkeltsaker.

En viktig utfordring er å finne organisatoriske overbygninger som klargjør ansvar og økonomiske forpliktelser. De rene polikliniske spesialistoppgavene bør organiseres og finansieres som en del av spesialisthelsetjenesten, for eksempel som en underavdeling av lokalsykehuset. På samme måte bør de kommunale tjenestene organiseres og finansieres av kommunen, eller i en samarbeidsavtale mellom flere kommuner.

Det finnes flere modeller for finansiering av sengeposter med ansvar for ”intermediæravdelinger” eller ”sykestuefunksjoner”. Ved Hallingdalen sjukestugu finansieres sengene i sin helhet av spesialisthelsetjenesten, og er en del av ansvaret til Ringerike sjukehus. Ved intermediæravdelingen i Trondheim er det kommunen som er driftsansvarlig, men med en avtalebasert deling av de økonomiske kostnadene mellom foretaket og Trondheim kommune. Ved sykestuene i Finnmark er det kommunen som er driftsansvarlig, men med et årlig tilskudd per seng fra foretaket.

Det faglige innholdet er ikke så ulikt, men de nevnte finansieringsløsningene gir et noe forskjellig organisatorisk fokus. Der sengeposten er finansiert som en del av spesialisthelsetjenesten, har selvsagt foretaket full styringsrett over ressursene, og muligheter til å bruke tilbudet som en fullt ut integrert del av spesialisthelsetjenesten. På den annen side gir modellen med kommunens som driftsansvarlig en unik mulighet for å se pasientenes behov for andre tjenester og å planlegge utskrivning.

Vurdering og anbefaling

Det er økende erkjennelse av den betydning et desentralisert helsetilbud har for befolkningen. Dette gjelder også spesialisthelsetjenester. Det er derfor en særlig utfordring for de regionale helseforetakene å analysere og vurdere hvilke spesialiserte helsetjenester det er faglig og økonomisk grunnlag for å desentralisere.

En økende spesialisering av helsetjenesten har vanligvis en sterk sentraliserende kraft. Det er derfor viktig å ha et sterkt ledelsesmessig fokus på hva som er faglig og økonomisk mulig å desentralisere. I en slik vurdering må en legge et ”samfunnsnytte-perspektiv” på de analysene som gjennomføres. Det samme vil gjelde eventuelle forslag om sentralisering av funksjoner og oppgavefordeling som gir økt avstand for befolkningen.

De organisatoriske løsningene vil kunne variere betydelig, og det synes å være grunn til å understreke at DMS (distriktsmedisinsk senter) bare er *en* av mulige modeller. Desentralisering av spesialisthelsetjenester kan også være å tilby grenspesialiserte polikliniske tjenester ved mindre lokalsykehus ved ambulerende fra større enheter i foretaksstrukturen.

De regionale helseforetakene har en viktig strategisk rolle i å ha fokus på mulighetene for å desentralisere tjenester. Det er imidlertid lokale forhold som sammen med de faglige og økonomiske vurderingene avgjør hvilke tjenester som bør desentraliseres og til hvilket nivå.

De regionale helseforetakene må arbeide for at avtaleverket for ansatte i spesialisthelsetjenesten legger til rette for noe større ambulerende mobilitet hos helsepersonellet.

Tittel: ARENAER/MØTEPLASSER FOR SAMHANDLING	Dato: 15.01.2004
Utarbeidet av: Nasjonal gruppe for samhandling	Godkjent: 11.10.2004

I dette dokumentet er ”arenaer” definert som reelle og virtuelle møtesteder og kontaktpunkter for å legge til rette og praktisere samhandling mellom førstelinje og andrelinje i helsetjenesten.

På slike arenaer blir kulturer, relasjoner, holdninger, perspektiver og praktisk samarbeid utviklet.

Det eksisterer mange møtepunkter i samhandlingen mellom primærhelsetjeneste og helseforetak. De er over tid tilpasset lokale behov og tradisjoner, og de er ulikt fungerende.

Som eksempler nevnes faglige møter og kurs, samarbeidsutvalg for kommunehelsetjeneste og lokalsykehus, brukerutvalg, og ikke minst den daglige dialog om utredning og behandling av enkeltpasienter. Kontakt mellom fastlege og pasientansvarlig lege i sykehus er ennå lite utviklet.

Noen steder arbeides det med faglige retningslinjer, og det foregår mange større og mindre prosjekter for å bedre samarbeid på tvers av linje- og profesjonsskiller. Slike aktiviteter er i liten grad koordinert og evaluert.

Norsk helsetjeneste har behov for nasjonal satsing på noen utvalgte arenaer for å oppnå koordinert samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Nasjonal koordinerende gruppe for samhandling og desentralisering har gjort et utvalg av strategiske arenaer som bør styrkes for å bedre samhandlingen. Gruppen tilrår satsing på følgende arenaer for å styrke samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og sykehussektoren:

- 1 Ledelsesmøter mellom HF og kommuner
- 2 Samhandling med pleie- og omsorgssektoren
- 3 Praksiskonsulent-ordningen (PKO)
- 4 Virtuelle arenaer
- 5 Kompetanseutvikling.

1 Ledelsesmøter

Samarbeidsutvikling må forankres i ledelsen. Konsensus mellom samarbeidende parter er en forutsetning for å utvikle og omsette mål og strategier til praktisk samarbeid. På ledernivå blir mål og strategier for samarbeid vedtatt. Felles mål, strategier og tiltak for å sikre gode praktiske samarbeidstiltak må deretter formidles til og forankres i de kliniske fagmiljøene.

Det er asymmetri i organiseringen av andrelinje og førstelinje. Andrelinjen har sterk sentral ledelse i Helsedepartementet og i RHF/ HF, mens ledelsen av kommunehelsetjenesten er fragmentert og mangler tilsvarende sentral organisering. Det er derfor vanskelig å etablere samhandlingsarenaer med likeverdige parter, både på sentralt og lokalt nivå. For å kompensere for denne asymmetrien bør man etablere strukturerte møter mellom ledelsen av HF og omliggende kommuner på direktør/rådmannsnivå, der fagpersonell i begge linjene blir involvert.

2 Samhandling med pleie- og omsorgssektoren

Kontakt mellom kommunal pleie- og omsorgstjeneste og sykehusavdelinger om utskrivningsklare pasienter er helt avgjørende for at pasienter med hjelpebehov skal føle seg ivaretatt ved overgangen fra sykehusopphold til hjem eller kommunal institusjon.

Pleie- og omsorgstjenesten har også et hovedansvar i arbeidet med å etablere gode individuelle planer for mange brukere og er en sært viktig arena for samhandling.

Arbeidsgruppen har derfor utarbeidet et eget notat om utfordringer på denne samhandlingsarenaen:

- *Samhandling med pleie- og omsorgstjenesten*

3 Praksiskonsulent-ordningen (PKO)

Praksiskonsulent-ordningen ble opprinnelig utviklet som et nettverk av allmennleger og sykehusleger som skulle ha som oppgave å bedre samhandlingen mellom sykehusavdelinger og kommunehelsetjeneste. Noen steder deltar sykepleiere og andre faggrupper i arbeidet. Ordningen har i Danmark og i Sverige utviklet seg til en viktig møteplass i samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og andrelinjetjenesten.

PKO tar utgangspunkt i pasientperspektivet, og den har som mål å etablere og vedlikeholde koordinerte helsetjenester for individ og grupper, spesielt for pasienter med samtidige behov helsehjelp i førstelinje og i andrelinje. Den skal legge til rette for god funksjonsdeling, koordinerte pasientforløp, enkel og arbeidssparende informasjonsoverføring og samarbeid. Ordningen benytter seg av flere virkemidler, som pasientforløpsanalyser, hospitering, kliniske retningslinjer, møter om fag og organisering, avtaleverk for samarbeid og elektronisk kommunikasjon og informasjonsoverføring.

Pasientforløpsanalyser er en grunnleggende metode i praksiskonsulentordningen. Ved systematisk gjennomgang av kasuistikker blir samarbeidet evaluert tverrfaglig. Involvering av fagfolk fra begge linjene kan føre til konsensus og målrettede omstillingstiltak for å fjerne flaskehalser i pasientbehandling. Metoden åpner for at erkjennelser kan føre til raske, målrettede endringer. Samtidig skaper den positive samhandlingsrelasjoner mellom aktørene.

Praksiskonsulentordningen er beskrevet i eget referansedokument:

Referansedokument: *Praksiskonsulentordningen*

4. Virtuelle arenaer

God kommunikasjon og informasjonsutveksling er helt nødvendig for effektiv samhandling. Elektronisk informasjonsoverføring bedrer kommunikasjonen mellom førstelinje og andrelinje. Det finnes planer for hvordan informasjon skal overføres elektronisk i et nasjonalt elektronisk helsenett. Dette er den fremtidige virtuelle hovedarena for samhandling i helsetjenesten.

Det er ulike typer av informasjon som skal utveksles:

- a. Konfidensiell informasjon om enkeltpasienter, som henvisninger, polikliniske notat, epikriser og spørsmål og svar om enkeltpasienter.
- b. Administrativ informasjon om organisering, funksjoner og ventetider.
- c. Kliniske retningslinjer, både avdelingsvise og felles retningslinjer for det kliniske arbeidet i førstelinje og andrelinje. Retningslinjer bør dekke hele eller store deler av pasientforløpet.
- d. Informasjon til befolkningen om hvordan helsetjenester er organisert, tilbud, ventetider, forebyggende helsetjenester og egenomsorg.

Det finnes gode erfaringer med telemedisin som metode for klinisk kommunikasjon. Dette er en kombinasjon av visuell og auditiv kommunikasjon, men krever at pasient og behandler på ett sted har simultan kontakt med en behandler/rådgiver ett annet sted.

Vi mangler fortsatt gode systemer for dialog over internettet, der helsepersonell kan sende spørsmål og diskutere utredning og behandling av enkeltpasienter. Det kunne lette det daglige kliniske arbeidet uten å forstyrre dagens oppgaver, og redusere bruk av telefon eller brev.

Slike systemer er også nødvendige for grupper som arbeider med forskning, kvalitetsutvikling, kliniske retningslinjer, avtaler, hospitering og organisering av samhandling.

Referansedokument: Telemedisin som samhandlingsinstrument

Elektronisk pasientjournal

5. Kompetanseutvikling

Klinisk arbeid er en syntese av menneskekunnskap og faglighet, som bygger på forskning og støttes av medisinsk teknologi. Formidling av faglig kunnskap er et grunnlag for kommunikasjon, sosialisering, kulturbygging og holdningsdannelse. Alt dette er viktige forutsetninger for at ulike parter skal kunne samarbeide.

Læring av samhandling kan knyttes til de etablerte helseinstitusjonene, høyskolene og universitetene. På klinisk nivå kan læring av samhandling enklest foregå som hospitering. Samhandling kan være eget tema i grunnutdanningen og i videre- og etterutdanningsprogrammene.

Hospitering fungerer godt som metode for å kombinere læring av teori og praktiske grep. Helsepersonell i begge linjene har mye å lære av hverandre. Hospitering forbedrer relasjoner og skaper felles holdninger. Hospiteringsordninger over forvaltningsgrenser i helsetjenesten bør være gjensidige, for at utveksling av kunnskaper og ferdigheter skal foregå likeverdig. Gjensidighet innebærer at også helsepersonell fra andrelinje hospiterer i førstelinje. Hensikten er å forstå og lære av førstelinjens perspektiver, premisser og arbeidsmetoder. Hospitering er grunnleggende forskjellig fra desentralisert praktisering av spesialistfunksjoner.

Samhandling bør være en del av grunnutdanningen og videre- og etterutdanningen for alle grupper helsepersonell. Opplæring i samhandling kan knyttes til klinisk læring og trening. Tverrfaglig læring skaper felles kulturer, holdninger og perspektiver, og bryter ned barrierer mellom linjer og faggrupper. Felles videre- og etterutdanning for sammensatte personalgrupper i begge linjene kan utvikle og vedlikeholde praktisk samhandling.

Referansedokument: Utdanning og forskning

Avslutning

Dette dokumentet har omtalt noen strategiske meta-arenaer som er egnet til å utvikle og vedlikeholde god samhandling i helsetjenesten. De valgte arenaer/møteplasser og anbefalte aktiviteter er uavhengige av helsetjenestens organisering og finansiering.

Tittel: SAMARBEIDSAVTALER MELLOM FORETAK OG KOMMUNER	Dato: 26.02.2004
Utarbeidet av: Nasjonal gruppe for samhandling	Godkjent: 08.03.2004

SAMARBEIDSAVTALER MELLOM FORETAK OG KOMMUNER I OPPTAKSOMRÅDET

Generelt

Samarbeidsavtaler er et av virkemidlene for å ivareta pasientens behov for en sammenhengende behandlingsskjede. Avtalene skal sikre rutiner ved informasjonsoverføring, gode samarbeidsrutiner ved innleggelse og utskrivning, samt retningslinjer for håndtering av uenighet. Avtalene kan også regulere veiledning og kompetanseoppbygging.

Dagens avtaler har en svært ulik utforming. Enkelte avtaler har en ensidig fokusering på håndtering av utskrivingsklare pasienter, mens andre bærer preg av større gjensidighet mellom partene og regulerer de fleste forhold som er nevnt over. Samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten forutsetter gjensidighet og likeverdighet mellom partene.

Etter å ha gått gjennom er rekke eksempler på samarbeidsavtaler, vil den nasjonale samhandlingsgruppen anbefale at det benyttes en "momentliste" eller en "mal" for å sikre at samhandlingen skjer på en god måte. I dette notatet presenteres en slik liste sammen med forslag til konkret utforming av de enkelte elementene.

I. Forhold av spesiell betydning for utformingen:

- a) Lik avtale for alle kommunene i opptaksområdet til en institusjon eller et foretak.
Mange kommuner ønsker avtaler som gjenspeiler kommunens spesielle behov, men dette vil kunne skape uenighet mellom kommunene og medføre at innholdet i de mange avtalene ikke blir godt nok kjent inne på institusjonen. En felles avtaletekst vil gjøre at kommunene kan opptre samlet i utformingen av avtalen, og dermed også representere en større "likeverdighet" overfor foretaket. Om det finnes spesielle forhold i enkeltkommuner som bør reguleres i avtaleform, bør dette skje gjennom tillegg til standardavtalen. Videre vil prosessen fram til like/felles avtaler bidra til større grad av standardisering og kvalitetssikring av rutinene.
- b) Utarbeidelse av avtalene må skje i en arbeidsgruppe med representanter for begge nivå.
Jmfør punkt a). Det er vesentlig at aktuelle kommuner kan enes om noen få representanter som kan delta i utformingen på vegne av de andre kommunene.
- c) Avtalene bør regulere både samarbeid på et overordnet plan og i det daglige praktiske arbeidet.
Samarbeidet på overordnet administrativt plan kan for eksempel skje mellom foretaksledelsen og representanter for kommunene (KS eller regionråd), og bør formaliseres til et møte eller 2 per år. Hovedoppgaven er oppfølging av avtalene. Avtalene bør videre regulere samarbeidet på det praktiske plan, for eksempel retningslinjer for melding ved inn- og utskrivning av pasienter. Dette arbeidet skjer i hovedsak mellom ledere og fagpersonell.
- d) Deler av kommunens ansvar må innarbeides i kommunens avtale med fastlegene.
Fastlegene er en del av kommunehelsetjenesten og har en sentral rolle i samhandlingen. De fleste er privatpraktiserende, men har en fastlegeavtale med kommunen. På en del

områder som involverer fastlegene, er ivaretagelse av kommunens ansvar avhengig av at kommunen innarbeider dette i sin avtale med fastlegene.

e) Avtalene må angi retningslinjer for håndtering av uenighet.

Erfaringene har vist at samarbeidet går lett så lenge det er full enighet mellom partene. Avtaler vil kunne forebygge konflikter, men ikke i seg selv forhindre at uenighet oppstår både om avtalens innhold og tolkningen av dette. En gjennomtenkt og avtalt måte å håndtere uenighet på vil virke konfliktdepende.

II Momentliste for utforming av samarbeidsavtaler

Under hvert punkt er det tatt med eksempler på utforming og/eller utdyping av forslag til innhold. Eksemplene er skrevet i *kursiv*.

1. Innledning/lovgrunnlag

Det er mange som skal forholde seg til innholdet i en slik avtale, og da er det vesentlig at det finnes en felles forståelse av lovgrunnlaget.

Pasientenes rettigheter, kommunenes og spesialisthelsetjenestens oppgaver og felles ansvar for å sammen yte et helhetlig tilbud er tydeliggjort i en rekke lover.

I tillegg har vi noen sentrale forskrifter, rundskriv m.m. som fremhever forpliktelsene til samarbeid

Viser til referanseliste bakerst i dette dokumentet med hyperkoplinger til relevante lover og forskrifter.

Et samlende trekk ved de nye helselovene er at de gir pasientene rett til informasjon, medvirkning og deltakelse. Et sentralt punkt er retten til **individuell plan** for pasienter som "har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester". Blant formålene for slike planer må særlig nevnes behovet for helhetstenkning, klargjøring av ansvar og samhandling.

De regionale helseforetakene skal gi nødvendig veiledning og konsultasjon og delta aktivt i samarbeid med kommunene slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud." **Veiledningsplikten** er fastslått i spesialisthelsetjenestens § 6-3.

Eksempel på formulering:

I henhold til kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven har kommunene et ansvar for helse- og omsorgstjenester på 1.linjenivå, mens helseforetakets ansvar er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Pasientrettighetsloven stiller krav om pasientens rett til helsehjelp, medvirkning og informasjon. Samarbeidsavtalen er tuftet på de nevnte lover.

En av de største utfordringene innen helsetjenesten er å sikre brukerne av tjenestene muligheter for medvirkning, oversikt, plan og kontinuitet i tilbudet. Dette krever samarbeid med pasienten og koordinering mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

De ovennevnte lovene utgjør en helhet som stiller krav både til kommunene og helseforetakene når det gjelder samhandling.

2. Formål og virkeområde for samarbeidsavtalen

Her bør den overordnede målsettingen for avtalen skisseres. Det er særlig viktig at utformingen har et ”brukerperspektiv”.

Eksempel:

Avtalens hovedmålsetting er å sikre pasientens/brukerens interesser ved å utvikle et godt samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Delmål:

- sikre klar ansvars plassering mellom helseforetaket og kommunene.
- sikre at pasienten/brukeren opplever trygghet og kontinuitet ved overflytting mellom 1. og 2. linjetjenesten .
- sikre gode rutiner for informasjonsoverføring mellom 1. og 2. linjetjenesten, slik at nødvendig informasjon er tilgjengelig på det nivå pasienten/brukeren oppholder seg.
- klargjøre hva partene forplikter seg til i samband med blant annet inn- og utskrivning.
- sikre effektiv utnytting av avtalepartene sine ressurser.
- sikre at pasienten/brukeren er på rett nivå til rett tid.

3. Avtalens parter

Navn på helseforetaket, evt. institusjonen, og kommunen.

4. Samarbeidsformer

De fleste steder vil det være hensiktsmessig å opprette formaliserte samarbeidsstrukturer, men behovet vil variere. De mest vanlige formaliserte samarbeidsstrukturene er:

4.1. Politisk og administrativt samarbeidsorgan

Dette vil være et overordnet samarbeidsorgan mellom foretaksledelsen og kommunene. Dette vil være felles for alle kommunene i opptaksområdet.

Avtalen bør skissere følgende:

4.1.1 Sammensetning og størrelse

4.1.2 Arbeidsform

Eksempel:

Utvalget konstituerer seg selv. Ledelse og sekretærfunksjonen alternere årlig mellom NN HF og kommunene.

Utvalget har møter ca 2 gang pr. år.

Partene bærer selv sine kostnader.

Ved ekstraordinære situasjoner kan saker tas opp direkte mellom den enkelte kommune og NN HF med tanke på å løse felles utfordringer. Samarbeidsutvalget orienteres om dette.

4.1.3 Oppgaver:

Eksempel:

Utvalget har ansvar for å følge opp samarbeidsavtalen, avklare saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter.

Det administrative utvalget skal også avgjøre uenighets saker som ikke lar seg avklare mellom foretaket og den enkelte kommune.

4.2 Faglig samarbeidsutvalg:

Samarbeidsutvalget bør ha 1-2 planlagte samarbeidsmøter per år for å diskutere praktiske rutiner og sikre gjensidig informasjon mellom fagpersonell på begge nivå.

I tillegg bør avviksrappporter og uenighet om håndtering av avtalen diskuteres i dette utvalget.

5. Momenter som kan reguleres i slik avtale:

5.1 Ansvarsfordeling mellom partene ved innleggelse av pasient:

Eksempel på områder som kan reguleres:

Kommunens ansvar
(rutiner ved øyeblikkelig hjelp, innleggelsesskriv osv.)

Helseforetakets ansvar
(rutiner ved mottak av øyeblikkelig hjelp, innleggelsesskriv, "åpen retur" osv.)

5.2 Ansvar mellom partene under opphold og ved utskrivning av pasient:

Kommunens ansvar
(kontaktperson, vurderingsbesøk, planlegging av tilbud etter utskrivning slik at sykehusopphold ikke forlenges unødige).

Helseforetakets ansvar
(pasientansvarlig lege/sykepleier, igangsetting av arbeidet med individuell plan, varsling om behov for kommunale tjenester etter utskrivning, kontaktperson, informasjonsrutiner, nettverksmøter, veiledningsplikt, epikriser osv.)

5.3 Håndtering av forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter.

Forskriften er gjeldende dersom ikke annet er avtalt mellom kommunen og foretaket. Enkelte har valgt å ikke ta i bruk forskriften så lenge reglene i pkt 5.2 medfører at pasienter tas imot av kommunen så raskt det er praktisk mulig. Avtalen bør angi om det er forskriften som gjelder eller om det skal avtales andre regler.

5.4 Utdanning/veiledning/kompetanseheving:

Avtalen bør forplikte helseforetaket til å tilby utdanning, hospitering, veiledning til helsepersonell i kommunene. Kommunene bør på sin side legge til rette for at kommunalt helsepersonell kan utnytte slike utdanningstilbud, og at helsepersonell fra helseforetaket kan hospitere i kommunen for å bli bedre kjent med arbeidsforhold, faglig forutsetninger og utfordringer.

6. Gjensidig informasjonsplikt

Det er vesentlig at samarbeidspartene har en gjensidig plikt til å orientere om endringer i rutiner, omorganiseringer og lignende som kan ha innvirkning på de områdene avtalen gjelder for.

7. Hvordan håndtere avvik

Flere foretak rapporterer om gode erfaringer med formaliserte rutiner for avviksmelding og avvikshåndtering. Partene blir enige om å rapportere avvik. Avviksrapportene drøftes i et Samarbeidsutvalget med sikte på forbedrede løsninger. På den måten kan avvikshåndtering også bli et viktig redskap til å videreutvikle samarbeidet.

8. Varighet, revisjon og oppsigelse av avtalen.

III. Referanser til aktuelle lover og forskrifter:

Lover:

- Kommunehelseloven
- Sosialtjenesteloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Pasientrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Lov om barnevernstjenester

Forskrifter:

- Forskrift om individuell plan
- Forskrift om pasientansvarlig lege
- Forskrift om betaling for utskrivingsklare pasienter
- Forskrift om habilitering og rehabilitering
- Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp

Tittel: PRAKSISKONSULENTORDNINGEN I SYKEHUS	Dato: 15.01.2004
Utarbeidet av: Nasjonal gruppe for samhandling	Godkjent: 30.09.2004

•

Det følgende er en kort beskrivelse av målsetting for og forslag til organisering av og oppgaver for en praksiskonsulentordning, basert på erfaringer til nå. Det er også vist til konkrete erfaringer ved noen sykehus.

Forkortelser: PKO: Praksiskonsulentordning
PK: Praksiskonsulent. (En konsulent fra allmennpraksis. Ordet er dansk.)

Bakgrunn

En ordning med praksiskonsulenter ble først etablert av allmennlege Per Grinsted i 1992 ved sykehuset i Odense, Danmark. Det er nå praksiskonsulentordning (PKO) i alle amter i Danmark. I Sverige er ordningen etablert i alle regioner. I Sverige har man også praksiskonsulentordning for ”distriktssykepleiere”. I Norge er PKO i hovedsak etablert i Stavanger, Haugesund, Stord og Tromsø. Ved St. Olavs sykehus i Trondheim er også sykepleiere og fysioterapeut ansatt som konsulenter i tillegg til leger. Det er planer om å etablere PKO ved flere sykehus i Norge.

Målsetting

Målet for PKO er å bedre samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten slik at pasientene opplever et mer sammenhengende helsevesen. En ønsker å bedre pasientforløpene og bedre informasjonsflyten mellom primærlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ved å etablere stillinger for allmennleger i sykehusavdelinger, skapes en arena for dialog mellom leger (og annet helsepersonell) i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og dermed muligheter for å bedre samarbeidet mellom de to nivåene. I dag opplever pasientene ofte dårlig flyt med bl.a. lange ventetider og uklare ansvarsforhold mellom nivåene. Praksiskonsulentene skal være rådgivere for avdelingsledelsen. De skal bidra til en systematisk forbedring av det pasientnære samarbeidet mellom primærlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsoppgaver for praksiskonsulentene:

Fokus for PKO vil være den delen av et pasientforløp som skjer i sonen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og informasjonsflyten mellom de samme deler av helsetjenesten:

- Henvisnings- og innleggelsespraksis
- Epikrise og utskrivelsespraksis
- Spesielle pasientgrupper: Kronikere og pasienter som trenger koordinerte tjenester
- Informasjonsflyt mellom første og andrelinjen

Selve møtet mellom allmennpraktiker og sykehuslege er også viktig og bidrar til å skape forståelse og respekt for hverandres arbeid.

Ved valg av arbeidstema for praksiskonsulenten, er følgende forhold viktig å vurdere:

- Tema må oppleves viktig både sett fra allmennpraktikernes og avdelingens perspektiv.
- De vanlige tingene fokuseres først.
- Det er nødvendig å utnytte den sparsomme ressursen, PK, på beste måte. I starten er det derfor viktig å fokusere på områder der det foreligger ønske om endring av dagens praksis både i primær- og i spesialisthelsetjenesten.

Dersom det lages kliniske retningslinjer, må disse selvsagt baseres på nasjonale og internasjonale retningslinjer. Arbeidsprosessen må sikre konsensus og lokalt eierskap mellom primær- og spesialisthelsetjenesten gjennom høringsrunder blant erfarne kollegaer i området.

Organisering

Det ansettes et visst antall praksiskonsulenter (PK) i deltidsstillinger ved hvert sykehus. Disse PK har fokus på sonen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og de skal bidra til bedre samarbeid mellom disse nivåene. Praksiskonsulentordningen ledes av en koordinator.

Koordinator

På hvert større sykehus bør det først ansettes en koordinator for praksiskonsulentordningen. Ved mindre sykehus kan en koordinator ha ansvar for PKO ved flere sykehus. Koordinator ansettes i sykehusadministrasjonen i linje under direktør, i 20-40 % stilling. Spesielt i oppstartfasen av PKO kreves en stor stilling. Koordinator må være en erfaren allmennpraktiker med godt kjennskap til allmennpraktikerkollegaer i sykehusets nedslagsfelt. Koordinator bør være ansett i sykehusmiljøet og ha interesse for utviklingsarbeid. Koordinator bør ha allmennmedisinsk arbeid i tillegg slik at det primærmedisinske fokus bevares. Koordinator har ansvar for å etablere og drive PKO.

Oppsummering av koordinator oppgaver:

- Leder for PKO.
 - Veileder for praksiskonsulentene.
 - Fellesmøter med praksiskonsulenter.
 - Årlige avdelingsvise møter: PK, avdelingsoverlege, koordinator.
- Rådgiver for sykehusledelsen.
 - Delta på ledelsesmøter.
 - Være en representant i sykehuset fra allmennpraksis.
 - Delta i endringsprosesser der fokus er samarbeidet mellom nivåene.

Praksiskonsulent

Organisering av praksiskonsulentene har variert på de sykehus hvor ordningen har vært etablert. Og det bør være rom for lokale forskjeller. Praksiskonsulentene ved et sykehus kan være tilknyttet flere avdelinger slik at de til sammen har kontakt med alle avdelingene på sykehuset. En kan også velge å fokusere arbeidet i noen avdelinger. Praksiskonsulentene kan ha kontaktansvar for et visst antall kommuner eller forholde seg til alle kommunene i sykehusets nedslagsfelt. Praksiskonsulentene ansettes i 5 – 10 % stillinger, dvs. ca en halv dag hver uke. I områder med store avstander kan praksiskonsulentene arbeide 1-2 dager sammenhengende per måned for å redusere reisetid. PK fortsetter å arbeide i sin allmennpraksis. Hvor stor stillingsbrøk som PK kan ha, avhenger bl.a. av om allmennlegene også må ha kommunal bistilling i sin kommune.

Praksiskonsulentstillingene utlyses, men koordinator må regne med mye rekrutteringsarbeid for å ”head hunte” PK. Praksiskonsulentene bør være erfarne allmennpraktikere som gjerne har kjennskap til avdelingen, f.eks. ved at de har arbeidet der som ledd i spesialistutdanningen i allmennmedisin. De må også ha interesse for utviklingsarbeid. PK ansettes eller inngår kontrakt med sykehus og lønnes av sykehuset.

PK bør ha avdelingsoverlegen som sin nærmeste kontakt slik at ordningen på denne måte forankres i avdelingsledelsen.

Avdelinger

Dersom man velger å fokusere arbeidet mot noen avdelinger, er følgende forhold viktige å vurdere, spesielt i oppstartfasen av PKO ved et sykehus: Avdelingen bør ha stor felles pasientgruppe med allmennpraksis. Avdelingsledelse bør ha et reelt ønske om samarbeid med allmennpraksis og vilje til endring av u hensiktsmessige rutiner.

Forankring i ledelsen

Ved oppstart av PKO ved et sykehus er det viktig å bekjentgjøre ordningen for alle ansatte leger. Dette kan skje på et av de faste stormøter som mange sykehus organiserer. Det er viktig å vise at ordningen er forankret i ledelsen ved at informasjonen fremlegges sammen med sykehusets ledelse.

Praktisk organisering og arbeidsprosesser

Ved oppstart av PKO på en avdeling bør det arrangeres et fellesmøte på avdelingen med avdelingens leger (evt. annet personell), praksiskonsulent og koordinator. Hensikten vil være å informere om ordningen og idemyldre på temaet: Hva kan bli bedre i samhandlingen mellom primærlegene og avdelingen. Alle møter bør referatføres.

Deretter bør praksiskonsulenten hospitere noen dager (tre – fire dager) på avdelingen for å bli kjent med personell og de funksjoner avdelingen har.

Avdelingsoverlegen, PK og koordinator bør så møtes for å konkretisere hvilket tema PK skal arbeide med og hvordan. En bør også klargjøre muligheter for kontorplass, o.a. praktiske forhold samt oppfølging på avdelingen og klargjøring av koordinators rolle. Det må arrangeres regelmessige møter mellom avdelingsoverlege, PK og koordinator for å sikre framgang i arbeidet og stoppe prosjekter som er hensiktsløse.

Når PKO er etablert, er det viktig at koordinator organiserer regelmessige møter med alle praksiskonsulentene. Arbeid som PK vil være uvant for de fleste leger. Det er derfor viktig at praksiskonsulentene får hjelp og støtte av hverandre og bruker et felles forum til å diskutere temaer og utfordringer. Koordinator vil i tillegg være veileder for praksiskonsulentene i arbeidet med spesifikke temaer.

Kontakt med allmennpraktikerne i sykehuset opptaksområde er utfordring. Mange steder finnes allmennlegefora, enten større møtefora eller smågruppevirksomhet som ledd i vedlikehold av spesialiteten i allmennmedisin. Koordinator må kartlegge slike møteplasser og sørge for kontakt mellom PK og allmennpraktikerne.

Det følgende er ett forslag til organisering av møter mellom praksiskonsulentene, møter på avdelingene og møter med allmennpraktikere i omlandet. Her vil lokale forhold kunne bidra til andre måter å organisere møtene på.

- Fellesmøter mellom alle praksiskonsulenter og koordinator: I starten hver 2. måned, etter hvert 2-3 ganger per år.
- Møte avdelingsoverlege, praksiskonsulent og koordinator: i starten to ganger årlig, etter hvert årlig.
- Møter med allmennpraktikere i området. Koordinator må finne møteplasser. En bør ha som målsetting å møte de fleste allmennpraktikere i området ila 2-3 år.

Rapport

Alle praksiskonsulenter må skrive årlig rapport som koordinator redigerer i en årsrapport til sykehusledelsen. Rapporten bør sendes til avdelingene og allmennpraktikere.

Informasjonsspredning

Informasjonsspredning av arbeidet i PKO er svært viktig.

Dette kan skje på tre ulike måter:

- På møter i sykehuset og allmennpraksis
- PKO hjemmesider / e-post
- Skriftlig informasjon

Eksempler på tema som PKO kan arbeide med/ noen erfaringer:

HOSPITERING:

Hospiteringsordning for allmennleger på sykehusavdelinger og for sykehusleger i allmennpraksis.

Eks. på hospiteringsordning for allmennpraktikere ved sykehus er PKO ved Sentralsykehuset i Rogaland:

<http://praksis.sir.no/Hospit/Index.htm>

PASIENTFORLØP

- Forenkling av pasientforløp for å redusere ventetid

Eksempel fra PKO ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN):

Ventetiden for operasjon for artrose i hofter og knær med innsetting av protese ble redusert fra 2 år til 5-8 måneder. Tiltaket var å sløyfe den polikliniske undersøkelse ved ortopedisk avdeling og kvalitetssikre henvisningen fra allmennlegen. Allmennlegene ferdigtreder pasientene med hoftededds- eller kneleddsartrose med klinisk undersøkelse, inklusiv vurdering av risikofaktorer for operasjon, og røntgen av hofter eller knær. Det er laget prosedyre for krav til henvisning som skal dokumentere nødvendige medisinske forhold (sykehistorie, faste medisiner, andre kompliserende sykdommer, klinisk undersøkelse og røntgen).

- Samarbeid om overføring av kontroll av pasientgrupper fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

Der dette er medisinsk riktig og forsvarlig, kan en i neste omgang redusere ventetiden ved samme poliklinikk. En må lage retningslinjer for de endrede kontrollrutinene.

Eksempel fra PKO ved UNN: Kontroll av ferdighandlede brystkreftpasienter stadium 1 og 2 overføres fra brystdiagnostisk senter til fastlegene. Slik frigjøres kapasitet til å utrede nyoppståtte svulster i bryst og ventetiden vil sannsynligvis reduseres.

- TAP: Kartlegge og evaluere pasientforløp ved samtidig bruk av audit, samt foreslå forbedrede rutiner for pasientforløp (utredning, behandling og kontroll).

Dette kan brukes for store pasientgrupper som tarmkreft, hjertekrampe (angina pectoris).

EPIKRISER

- Evaluere epikriser og lage maler som sikrer gode epikriser med gode overføringsrutiner av pasienter fra sykehus til primærhelsetjenesten.

HENVISNINGER

- Evaluere henvisninger og lage maler som sikrer gode henvisninger og gode overføringsrutiner av pasienter fra primærhelsetjenesten til sykehus.

KLINISKE RETNINGSLINJER / PROSEDYRER

- Lage retningslinjer for store og viktige pasientgrupper som beskriver utredning og behandling i allmennpraksis og i spesialisthelsetjenesten slik at pasienter sikres mer lik behandling og slik at henvisningstidspunkt blir tydelig.

VEILEDNING

- Bidra til veiledning av allmennleger på områder hvor behovet er særlig stort, f.eks. innen psykiatrien.

Eksempel fra PKO ved UNN: Etter spørreundersøkelse blant allmennlegene i Tromsø og Karlsøy om tilfredshet med tjenesten gitt av DPS, kom det fram ønske om veiledning. Psykolog/psykiater har nå møte ca to timer per måned på hvert legekantor til undervisning, veiledning i konkrete saker, trekantsamtaler o.a. Ordningen skal evalueres.

Tittel: SAMHANDLING MED PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN	Dato: 30.08.2004
Utarbeidet av: Nasjonal gruppe for samhandling	Godkjent: 30.09.2004

Notatet tar utgangspunkt i at hovedutfordringen for pleie- og omsorgstjenestene, på og mellom begge tjenestenivåene, er syke eldre pasienter. Men mye er relevant også for kroniske pasienter med funksjonssvikt innenfor alle aldersgrupper.

Bakgrunn - forankringen i lovverket

Et samlende trekk ved de nye helselovene er at de gir pasientene rett til informasjon, medvirkning og deltakelse. Et sentralt punkt er retten til *individuell plan* for pasienter som ”har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester”, begrunnet bl.a. i behovet for helhetstenkning, klargjøring av ansvar og samhandling.

Pasientrettighetsloven § 2-4 gir pasienter rett til *fritt sykehusvalg* på landsbasis, men gir ikke pasienten rett til å velge behandlingsnivå (for eksempel regionsykehus framfor lokalsykehus). Etter den nye helseforetaksloven skal de regionale helseforetakene samordne virksomheten i helseforetakene, ”med sikte på en samlet sett hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse” av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling.

RHF-ene skal også sørge for at det etableres nødvendig samarbeid med og veiledning overfor kommunene, både administrativt og klinisk, slik at pasientene sikres et helhetlig helse- og sosialtjenestetilbud. Denne *veiledningsplikten* for sykehusene og fagpersonellet er fastslått i spesialisthelsetjenestelovens § 6-3.

I forskrift om pasientjournal (§ 9) framgår det at ”ved utskrivning fra helseinstitusjon skal *epikrise* (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasientene forsvarlig oppfølging”, samt at ”epikrise skal sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet”.

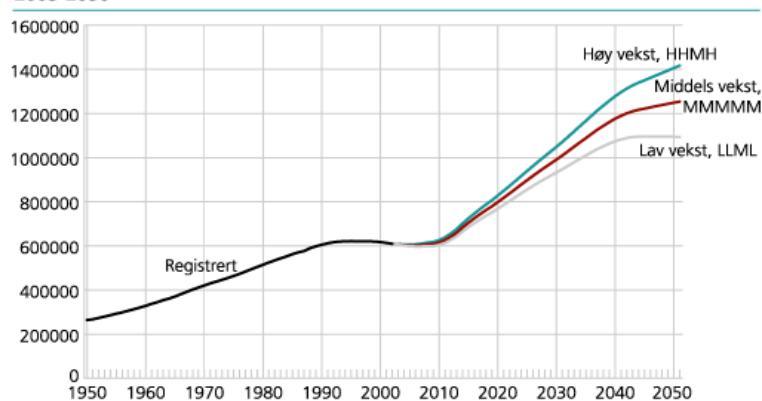
I følge rundskriv fra Sosialdepartementet av 17.12 02 med forskrift om kommunal *betaling for utskrivningsklare pasienter* - er døgnprisen satt til kr. 1600,- og varselfristen er satt til 10 dager i forhold til kommunene.

Demografiske utviklingstrekk

I følge SSB-rapporten Eldre i Norge og SSBs befolkningsframskrivning (www.ssb.no/folkfram) vil vi i første del av perioden fram til 2010 få færre i aldersgruppen 67-79 år, mens det på landsbasis fortsatt blir en del flere ”eldste eldre” (aldersgruppen 80 år og over, særlig 90+).

SSBs figur viser at vi fra 2010 får ny, stor vekst i gruppen yngste eldre. Fra 2025 vil de store etterkrigskullene passere 80 år, og fra da av vil også de eldste aldersgruppene stige kraftig med et sterkt økende behov for tjenesteøkning fram mot 2050. Figuren viser at samlet antall innbyggere over 67 år vil doble seg fra 2010 til 2050, fra ca. 600.000 til drøyt 1,2 millioner, jfr. mer spesifiserte tall i SSB-tabell s. 10.

Figur 7. Antall personer 67 år og over. Registrert 1950-2002 og framskrevet 2003-2050



Som en oppsummering viser figuren og tabellen følgende utvikling fram til 2030:

- antallet over 67 år vil øke med 50 %
- antallet over 80 år vil øke med 60 %
- antallet over 90 år vil øke med 120 %

Fram til 2050 vil de aller eldste (90 år og over) vokse enda sterkere og bli mellom tre- og seksdoblet. Ifølge Ssb vil gruppen øke fra 27 000 i 2002 til mellom 80- og 162 000 i 2050.

Generelt om hjelpebehovene blant eldre

I «Scenario 2030 - Sykdomsutviklingen for eldre frem til 2030» er det gjort framskrivninger av behovene for helsehjelp (<http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner>): "Store sykdomsgrupper som dominerer i høy alder vil øke med fra 40 til 60 prosent til 2030. Dette setter store krav til helse- og sosialtjenesten. Det gjelder konsultasjoner, sykehusinnleggelse og pleie- og omsorgstilbudet. Pleiebehovet vil øke med minst 60 prosent frem til 2030."

Forklaringen er at selv om de fleste i gruppen yngste eldre er friske, vil deres kraftige økning fra 2010 til 2020 kompensere for at aldersgruppen over 80 år synker i denne perioden. Andelen med sykdom og helseplager er langt høyere blant de eldste, og behovene for legehjelp øker med økende alder. Dette gjelder også for ergo/fysioterapi, hjemmehjelp og hjemmesykepleie, men i særlig grad for kombinerte hjemmetjenester, omsorgsboliger med heldøgns omsorg og pleie og sykehjem, jfr. neste side.

Behovet for sykehustjenester

Samdata (www.npr.no/Somatikk) viser sykehusforbruket blant eldre. Tabell 1 viser bildet i 2001 med 721 458 heldøgnsopphold på norske sykehus, med totalt 4 193 243 liggedager. Eldre over 70 år, som da representerte 11,4 % av befolkningen, sto for 31,6 % av oppholdene og 42,4 % av liggedagene. De eldste (aldersgruppen over 80 år) sto for nesten halvparten av denne delen av sykehusforbruket blant de gamle. For aldersgruppen 70-79 år fordeler forbruket seg ganske likt på menn og kvinner, men for de aller eldste gjenspeiler den høye kvinneandelen seg i et betydelig høyere antall innleggelses og liggedager.

Tabell 1: Utskrivninger og liggedager (Norge 2001).

	Utskrivninger			Liggedager		
	Menn	Kvinner	Sum	Menn	Kvinner	Sum
Alle grupper	323 641	397 817	721 458	1 874 480	2 318 763	4 193 243
70-74 år	29 172	26 749	55 921	209 921	200 297	410 218
75-79 år	31 360	33 219	64 579	241 128	260 107	501 235
80 år og over	42 215	65 494	107 709	330 821	536 386	867 207
70 år og over	102 747	125 462	228 209	781 870	996 790	1 778 660

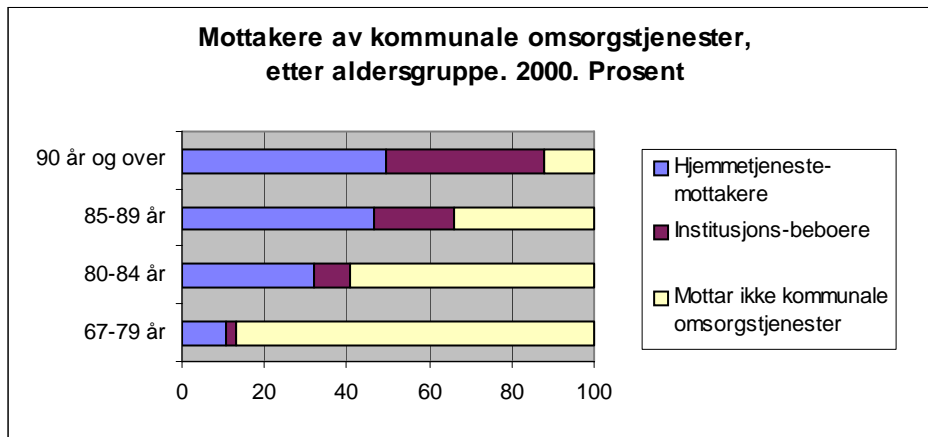
Fra 2001 til 2003 har antall opphold ved somatiske sykehus steget, men utviklingen er forskjellig for yngre eldre og eldste eldre. Mens antall heldøgnsopphold for aldersgruppen 67-79 år steg med 3 % fra 2001 til 2003, var veksten av heldøgnsopphold for de over 80 år på 13,3 % i samme periode.

Av alle heldøgnsoppholdene var om lag 66 % registrert som øyeblikkelig hjelp, mens 34 % var planlagte innleggelses (elektiv). Samlet sett var denne fordelingen uendret fra året før, men nærmere analyser av utviklingen i sykehusforbruket de siste årene viser at de eldres andel av øyeblikkelig hjelp-innleggelses øker, og i denne aldersgruppen er det også en klar økning i antallet reinnleggelses.

Behovet for kommunale omsorgstjenester

De eldste aldersgruppene er også i behov av økende medisinsk og pleiemessig hjelp fra kommunene. Den nasjonale satsingen på eldreomsorg, kombinert med en bevisst prioritering i kommunene, gjør at hjelpetjenestene har vokst mest blant de eldste. Figur 1 viser at aldersgradienten er svært tydelig, og i gruppen over 90 år er det kun 15 % som ikke mottar kommunale omsorgstjenester.

Figur 1. Mottagere av kommunale omsorgstjenester i Norge (SSB 2000)



Ifølge Sosialdepartementets Handlingsplan for styrking av eldreomsorgen er målsettingen at 31,6 % av antall eldre over 80 år i 2005 vil ha plass i heldøgns institusjon eller omsorgsbolig, fordelt på 60 % i sykehjem, 5 % i aldershjem og 35 % i omsorgsboliger (Tabell 2)

Tabell 2: Utvikling i deler av omsorgskjeden for eldre, jfr. St.meld. nr. 50 (1996-1997) Handlingsplan for eldreomsorgen, og St.meld. nr. 45 (2002-2003)

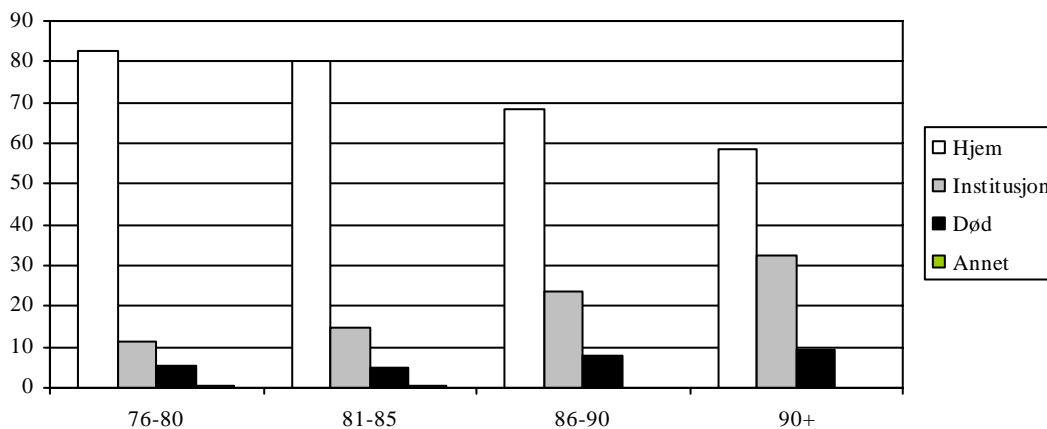
	1997	2001	2005*
Befolkningen 80 år +	184 400	201 300	210 700
Personellårsverk	79 400	92 500	98 300
Personelldekning (%)	43,1	46,0	46,7
Sykehjemsplasser	34 300	37 350	39 300
Omsorgsboliger	5 350	16 150	23 900
Aldershjemsplasser	9 100	6 100	3 400
Samlet dekning (%)	26,4	29,6	31,6
Eneromsdekning (%)	83,1	88,5	95,0

*prognose

Selv om den kraftige veksten i aldersgruppen over 80 år først kommer fra 2025, kan utviklingen fram til da likevel gi et økt press på institusjonsplassene i omsorgskjeden, fordi vi i denne perioden fortsatt vil ha en økning av de aller eldste.

Også blant gamle pasienter skjer de fleste utskrivninger fra sykehus til eget hjem, men med økende alder går en større andel til annen institusjon. Figur 2 viser en slik oversikt for alle sykehusopphold i 2002 ved Aker universitetssykehus. Av alle innlagte pasienter over 75 år ble 77,8 % skrevet ut til hjemmet, 16,4 % til institusjon og kun 6 % døde. Selv i gruppen 90+ er det under 10 % som utskrives som død, og selv i denne alderen blir de fleste utskrevet til eget bosted.

Figur 2. Status ved utskrivning fordelt på aldersgrupper (%)
Aker sykehus 2002. (N = 3323 sykehusopphold)



Når det ellers gjelder kunnskapsgrunnlaget for helsetjenester for eldre, har Senter for medisinsk metodevurdering vurdert dette i 2003, og vi henviser til deres fyldige og interessante rapport (<http://www.kunnskapssenteret.no/smm>).

Dagens utfordringer

Mange har ytret bekymringer om at sykehusreformen har skapt større avstand til primærhelsetjenesten, at samarbeidslinjene er svekket, og at det er behov for nye satsninger og særskilte tiltak. Samtidig kan det i reformen ligge et potensial til nyskaping og effektivisering av samarbeidsfunksjonen i forhold til førstelinjen.

Utfordringene og løsningsforslagene bygger på to perspektiv:

- gjøre behandlingstilbudet til eldre og kronikere bedre og mer ressurseffektivt.
- utvikle modeller og tiltak for å forbedre samarbeidet med førstelinjetjenesten.

Perspektivene er langt på vei sammenfallende, da eldre pasienter og pasienter med store behandlings- og rehabiliteringsbehov er mest avhengig av at samhandlingen mellom tjenestenivåene fungerer slik at pasientene får et helhetlig tilbud. Pasienter med kroniske sykdommer blir særlig skadelidende i en spesialisert og nivådelt helsetjeneste, og bl.a. disse gruppene stiller særlige utfordringer til en felles og samordnet innsats:

- kreftpasienter
- eldre pasienter med flere alvorlige sykdommer (multiorgansvikt)
- pasienter med store behov for medisinsk rehabilitering
- kronisk syke (hjerte- og lungesyke, sukkersyke, slagpasienter, demente m.fl.)
- psykiatriske pasienter
- rusmisbrukere

Effektiviseringen medvirker til kortere liggetid, som igjen øker presset på godt planlagte utskrivninger og gode samarbeidsmodeller mellom kommuner/bydeler og sykehuset. Flere sykehus har opprettet koordinatorstilling(er), som oftest for sykepleiere, for å bedre samarbeidet om utskrivningsklare pasienter, fordi mange avdelinger sliter med altfor høye beleggsprosenter, mange korridorpasienter og stor andel ferdigbehandlede. Det er også viktig med arbeid for å fremme samhandlingen innad i sykehuset.

Med lærings- og mestringssentrene har mange sykehus utviklet et bredt tilbud om opplæring til pasienter og pårørende. Sykehusets veiledningsplikt overfor primærhelsetjenesten er oftest dårligere ivaretatt, og fortsatt er det utilfredsstillende lang ventetid på epikriser.

Primærkommunene har fått flere og mer omfattende oppgaver de siste årene. Kortere liggetid i sykehus og vekst i antall eldre øker presset på kommunenes sykehjemsplasser og på kapasiteten innen hjemmesykepleien. Det er også store variasjoner i tilbudene mellom kommuner og bydeler. Noen kommuner/bydeler har lyktes med god effektivisering i omsorgskjeden med tilgjengelige korttidsplasser og egne poster for rehabilitering, andre har det ikke. Det gjøres gode forsøk på tverrfaglig samarbeid, men fastleger, hjemmetjeneste og fysio- og ergoterapeuter arbeider i stor utstrekning autonomt. Kommunikasjonen og tilgjengeligheten mellom sykehus og fastlege og hjemmetjeneste kan også variere og til dels være vanskelig.

Viktige utfordringer når det gjelder behandling av eldre pasienter:

- Rask og god behandling når det er nødvendig. Til dette trengs kompetanse samt effektive behandlingsskjeder, slik at man raskt kan starte behandling og utredning.
- Riktig ressursbruk med bedre beskrivelse av hvilke oppgaver sykehuset skal ivareta og hva som er 1. linjens ansvar, for eksempel innenfor rehabilitering. Hvordan takle problemene når 2. linjen mener at 1. linjen ikke har nok ressurser til en tilfredsstillende pasientoppfølging? Og hvordan sikre at nye tilbud og endret samarbeid blir mer effektivt for pasientene?
- Rask utskriving når sykehusbehandlingen er ferdig. Hvordan sikre at alle kommuner etablerer effektive omsorgskjeder med kapasitet til å motta ferdigbehandlede? Slik at pasientene likevel får nødvendig opptrening og rehabilitering? Uten at flyttinger mellom tilbud forringer funksjonsevne og livskvalitet?
- Godt samarbeid om utskrivningene, både for å finne optimalt omsorgsalternativ for pasienten og for å forhindre unødige reinnleggelser.

Det er også en utfordring at behandlings- og omsorgskjedene naturlig nok vil avhenge av geografiske avstander og befolkningsstørrelser. Innenfor pleie og omsorg er det mange eksempler på at vertskommuner til sykehus, og andre sykehushære kommuner, har dradd større vekstler på sykehuskapasiteten enn kommuner med større sykehusavstand. Men det er neppe hensiktsmessig å anviser helt forskjellige oppskrifter for samhandling ut fra slike skillelinjer. I norske storbyer er de kommunale tjenestene oppdelt i distrikter / bydeler som gir sykehusene de samme utfordringene som de har med mindre byer og tettstedskommuner. Og i Oslo gjelder storbyfaktoren først og fremst sentrumsbydelene

Det tydeligste skillet i behov for ulike samarbeidsmodeller vil gå mellom by og land – tettbefolkede sentra og tynt befolkede distrikter. I landdistriktene er forholdene mer oversiktlige, men avstandene både til behandlingstilbudene og mellom behandlere og samarbeidspartnere er oftest lengre. I noen utkantkommuner er sykestuer eksempel på en nødvendig halvannenlinjetjeneste. Slike steder vil samarbeidet være personavhengig og sårbart for utskiftninger, mens det i større system vil være mer systemavhengig. Men for å oppnå effektive og helhetlige systemer for pasientene, må en uansett legge vekt på struktur og formalisering.

Elektronisk samarbeid

I "S@mspill 2007" har departementene skissert den statlige strategi for elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren for 2004-2007, jfr. www.shdir.no/index.db2?id=330

Den baserer seg på en visjon om helhetlige pasientforløp, der det bl.a. heter:

"Pasientens møte med helsetjenesten kan beskrives som et forløp, bestående av ulike hendelser; fra den første kontakten til eventuell behandling er avsluttet. Denne strategien har en utvidet forståelse av pasientforløp, som også omfatter egenomsorg før kontakten med helsetjenesten innledes og eventuelle pleie- og omsorgstjenester underveis og i etterkant av behandlingen."
"Framskrivningen av befolkningsutviklingen de kommende årene viser at både antall eldre og andelen eldre i befolkningen vil øke. Samtidig øker antall mennesker under 67 år med sammensatte og omfattende bistandsbehov, for eksempel sterkt funksjonshemmede eller kronisk syke.... Samtidig ser det ut til at mange kommuner i dag tar et større ansvar for mennesker med behov for omfattende og til dels spesialiserte helsetjenester... Utviklingen øker kravene til effektiv

ressursutnyttelse i tjenestene og god informasjonsflyt mellom kommunal helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten.”, og:

”Et eksempel på at den eksisterende informasjonsflyten ikke er tilfredsstillende er at sykepleiere i hjemmesykepleie og ved sykehjem ofte ikke har tilgang til nødvendig informasjon om sine pasienter fra andre tjenesteytere. Det er også påvist at det kan være dårlig overensstemmelse mellom medikamentkortene i journalene hos fastlegene, i spesialisthelsetjenesten og i hjemmesykepleien.”

For å nå dette målet utdyper S@mspill 2007 to hovedsatsinger med hver sine prioriteringer:

- god informasjonsflyt
 - helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag
 - nasjonalt helsenett
 - informasjonssikkerhet
 - elektroniske pasientjournaler
 - konsolidere utbredelse av elektronisk meldingsutveksling
 - fagstøtte og kunnskapskilder
- elektronisk samarbeid med nye aktører
 - involvere pasienter, brukere og pårørende
 - elektroniske resepter til apotekene og forskrivningsstøtte
 - elektronisk samarbeid med kommunal helse- og sosialtjeneste

IT-satsingen er et nødvendig og vesentlig bidrag til å oppnå ”samordnede tjenester preget av kontinuitet”. Men selv om målsettingen nå er høy, har ikke tempoet i den elektroniske utviklingen vært høyere, enn at det fortsatt er nødvendig med parallelt arbeid for andre reelle og praktiske forbedringer av samhandlingen.

FORSLAG TIL LØSNINGER

Pasientgruppen eldre og kronikere er spesielt avhengige av et sammenhengende tjeneste-tilbud. Prinsippet om utstrakt funksjons- og oppgavedeling kan derfor bli til hinder for gode løsninger, og det er viktig å påpeke at tilbudene må individualiseres. Det må også være et sentralt mål å utvikle felles begrepsforståelse i samhandlingen.

For å bedre samarbeidet om den konkrete pasienten, er det også nødvendig å følge den demografiske og epidemiologiske utviklingen i opptaksområdet. Alle foretak / sykehus med et definert befolkningsansvar bør derfor gjennomgå egen pasientpopulasjon, med spesielt fokus på pasientgruppen eldre med stort behandlingsbehov og mange sykehusinnleggelse. Hensikten er å effektivisere behandlingstilbudet og tydeliggjøre behandlingsskjeden og samarbeidsfunksjonen til førstelinjetjenesten.

a. Tiltak av organisatorisk karakter

Foretakene skal utvikle en sammenhengende geriatrisk behandlingsskjede med en god intern logistikk, parallelt med at kommunene/bydelene bygger ut en differensiert og sammenhengende tiltaks- og omsorgsskjede.

- Etablere geriatriske behandlingsskjeder i større helseforetak
- Stimulere kommunene til mer effektive pleie- og omsorgsskjeder
- IT- verktøy som fremmer samhandling og kvalitetssikring
- Utvikle prosedyrer og avtaler mellom 1. og 2. linjetjenesten
- Skriftlig avtale mellom kommune/bydel og sykehus om retningslinjer og ansvarsfordeling i arbeidet med utskrivningsklare pasienter.
- Gjensidig veiledning og kompetanseoverføring med hospitering mellom nivåene
- Innføre avviksmelding, hvor brudd på rutiner og retningslinjer blir dokumentert

Den geriatrike behandlingsskjede i sykehuset bør bl.a. bestå av akutt geriatrik post, områdegeriatri, geriatrik poliklinikk, rehabiliteringsposter og ambulerende team som kan foreta vurderingsbesøk på sykehjem og hjemme hos pasient i spesielle saker. Den indre organiseringen av kjeden og sammensetning av døgntilbud, poliklinikk og desentraliserte tilbud bør tilpasses ulike behov og geografiske og organisatoriske forhold for øvrig. Uansett må grenseflatene og kommunikasjonslinjene til førstelinjen gjøres tydelige.

Helsetilsynets rapport «På feil sted til rett tid» (februar 2003) viser at forholdet mellom antall korridorpasienter og antall utskrivningsklare pasienter kan gi inntrykk av at problemet med korridorpasienter ville vært eliminert dersom kommunene kunne ta imot de utskrivningsklare pasientene. I et forsøk på å avhjelpe dette problemet har enkelte kommuner og sykehus opprettet egne enheter for slike pasienter. Erfaringene er blandede. Det kan fungere som en god buffer mellom sykehuset og kommunen, men slike poster kan også bli en "sovepute" for kommuner/bydeler.

Utviklingen av distriktsmedisinske sentra, herunder videreutvikling av sykestuefunksjoner, kan representere nye samhandlingsmodeller. Modellen er mest aktuell for distrikter med en viss avstand til sykehus. For andre er interessen større for satsningen på bruk av IT-løsninger for kommunikasjon, undersøkelse og utredning. Og spesielt i forhold til pasientgruppen eldre med store hjelpebehov kan spesialiserte polikliniske og ambulante tilbud ha sin begrensning i forhold til å få utført de omfattende undersøkelser og utredninger som ofte må til. Det avgjørende momentet vil være god kommunikasjon og lett tilgjengelighet til utredningsmuligheter på sykehuset med kort avstand mellom poliklinikk og sengeposter, samt god intern logistikk for å redusere samlet tid for utredning og behandling.

Det bør i større grad stimuleres til at kommuner og bydeler lærer av hverandres erfaringer med oppbygging av gode og effektive omsorgsskjeder. Mange kommuner har innsett at det å sikre og holde en minimumsandel korttids plasser (15-20%) på sykehjemsnivå gir god garanti for effektivitet og fleksibilitet. Men det forutsetter at alle ledd i kjeden samarbeider om slike mål, og ser fordelene ved at gamle syke raskt kan få et tilpasset tilbud.

I byer og store kommuner kan supplerende kommunale tiltak for samarbeidsfunksjonen være egen rehabiliterings- og intermediærpost for ferdigbehandlede pasienter, rask formidling av eventuell sykehjemsplass, samt trykghetsavdelinger ved sykehjemmene, hvor pasienter selv kan legge seg inn til korttidsopphold uten henvisning.

Skriftlige samarbeidsavtaler, som omfatter både somatikk og psykiatri, kan regulere rutinene for utskrivningsklare pasienter. Rutinene kan tilpasses lokale forhold, og gå lenger enn de gjeldende forskrifter, slik at de overflødiggjør en betalingsordning i forhold til kommunene. Avtalene kan revideres gjennom årlige kommunekonferanser som avsluttes med konkrete forslag vedrørende samarbeidet. Enkelte steder er avtalesystemet knyttet opp mot sykehusets kvalitetssystem, og det er også utviklet opplegg med avviksmeldinger.

Av særskilte tiltak på sykehusene kan nevnes egen konfereringsvakt pr. telefon, spesielt for indremedisinske problemstillinger. For eldre pasienter med store behandlingsbehov er ofte det interne samarbeidet mellom avdelinger en like stor utfordring som forholdet til førstelinjen og fastlegen.

b. Pasientnære tiltak

Foretakene må i sitt samarbeid med primærhelsetjenesten vektlegge kommunikasjon og formalisering av gode rutiner gjennom avtaler og løpende evaluering av disse:

- Rask og god kontakt mellom tjenestenivåene i et konkret samarbeid om enkeltpasienten
- Innføring av individuell plan for pasienter med langvarige og sammensatte behov
- Bedre kommunikasjon mellom nivåene (telefonisk og elektronisk)
- Bedre rutiner for bruk av nettverksmøter og vurderingsbesøk
- Øke fastlegenes ansvar og involvering i arbeidet med de pleie- og omsorgstrengende

- Etablere stillinger for å styrke samarbeidet (koordinator/praksiskonsulent)
- Lærings – og mestringssentra i alle helseforetak

Samarbeidsordningene bør ha fokus på pasientens behov for kontinuitet i behandlings- og hjelpetilbudet. God kontakt mellom ansvarspersoner på begge nivåer må etableres raskest mulig etter innleggelse av pasienter med langvarige pleie- og omsorgsbehov. Behovet for å bruke individuell plan er stort for disse pasientene. Mer må gjøres for å øke tilgjengeligheten på begge nivåer, også for økt kommunikasjon mellom nivåene, for eksempel utvidet og formalisert telefonkontakt for rådgivning og konferering. Andre eksempler er økt bruk av lærings- og mestringssentra, samt gjensidig undervisning, opplæring og veiledning for fagpersonell på begge tjenestenivåene i opptaksområdet.

En svakhet ved samarbeidsmodellene som brukes i dag er at pasientens fastlege ikke er tilstrekkelig inkludert, og at innleggelse ofte skjer utenom fastlegen. Det påpekes også at ansvarsdelingen mellom fastlege og poliklinikk er uklar, og at innleggelse noen ganger skjer fordi poliklinikkene har for dårlig tilgjengelighet. Fastlegene må derfor inkluderes bedre i den geriatriske behandlingsskjeden. Samarbeidet mellom fastlegjetjenesten og sykehusene kan bl.a. bedres gjennom ordningen med ”praksiskonsulenter”.

Eldre pasienter med store hjelpebehov skal i hovedsak betjenes av fastlegen, i samarbeid med hjembaserte tjenester på kommunenivå. Helseforetakene og fastlegene må gjensidig forbedre kommunikasjonslinjene, utover den grunnleggende forutsetningen om god håndtering av henvisninger og rask oversendelse av epikrise.

For kroniske pasienter må samarbeidet oftest skje på den enkelte sak, og tiltakene må ”skreddersys” den konkrete pasienten. For yngre pasienter med kroniske lidelser er det nødvendig å nyansere bildet, fordi langt fra alle trenger et vedvarende samarbeid. Mange innen målgruppen lever godt med sine plager uten hyppige sykehusinnleggelse - når de er ferdig utredet og diagnostisert og evt. støttet av pasientopplæring og hjelp til egenomsorg.

c. Tiltak for utforskning og utprøving

RHF-ene bør i samarbeid med helseforetakene, og i et forpliktende samarbeid med kommunene, gjennomføre pilotprosjekter som prøver ut nye modeller for samhandling mellom sykehusene og primærhelsetjenesten.

- Forbedre epikriser og minisere epikrisetid
- Sikre legemiddelhåndteringen med gjensidige rutiner for informasjonsoverføring
- Fremme overføring og implementering av gode arbeidsmodeller

Informasjonsoverføring er sentral i helsevesenet, både i og mellom nivåene. Uten gode og raskt overførte epikriser kan ikke primærhelsetjenesten følge opp de resultater sykehuset har oppnådd for pasientene. Så langt tyder mye på at epikrisetiden ikke automatisk reduseres i sykehusområder der utvekslingen nå foregår elektronisk. Helseforetakene må derfor starte varierte forsøk på å forbedre utskrivningsprosedyrene, inklusiv epikrisene.

Som en del av dette arbeidet må inngå konkrete kvalitetsprosjekter for å sikre bedre overensstemmelse og overføring mellom medikamentkortene i journalene hos fastlegene, i spesialisthelsetjenesten, på sykehjemmene og i hjemmesykepleien. Slike forsøk bør gjøres som en integrert del av S@mspill 2007.

Det er mange gode eksempler på andre samarbeidsprosjekter mellom sykehus og sykehjem, hvor man bl.a. gjennomgår behandlingsforløp med sikte på kompetanseoverføring og forebygging av innleggelse i sykehus. I Oslo pågår det forsøk med at sykehuset tilbyr sykehjemmene faglig hjelp, slik at undersøkelse og videre behandling/oppfølging kan skje uten at sykehjemspasienten må flyttes/innlegges. Nasjonalt formidlingssenter i geriatri i Bergen har siden januar 2000 hatt oppgaven med å formidle kunnskap om kompetanse innen feltet geriatri og eldreomsorg på vegne av Sosial- og helsedirektoratet.

RHF-ene må initiere utviklingsprosjekter i regi av helseforetakene, og sikre at gode resultater blir overført og implementert i nye sykehusregioner.

Referanser:

Helse Øst RHF: Helsetjeneste for eldre og kronisk syke. Rapport fra delprosjekt 21, Prosjekt 2003.

Helse Nord RHF: Samhandling er godt for helse! Rapport juli 2002.

Helse Nord RHF: Nærpsykehuset – rett pasient på rett sted til rett tid. Rapport desember 2003.

Statistisk Sentralbyrå: Befolkningsframskrivninger. Nasjonale og regionale tall, 2002-2050.

Statens helsetilsyn: Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. Helsetilsynets utredningsserie 1999:6

SMM: Helsetjeneste og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget? SMM-rapport Nr. 11/2003.

Nettsteder:

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten: <http://www.kunnskapssenteret.no>

Nasjonalt formidlingssenter i geriatri: <http://www.uib.no/isf/nfg>

SSB Statistisk Sentralbyrå: <http://www.ssb.no>

Statens helsetilsyn: <http://www.helsetilsynet.no>

VEDLEGG:

Utdrag av tabell fra Statistisk Årbok 2004:

Folkemengden i Norge etter alder per 1. januar. Registrert 2002. Framskrevet 2005-2050.

Alder	Absolutte tall (i 1000)				
	2002	2005	2010	2030	2050
Alle	4524	4604	4723	5244	5591
50-54	301	299	314	307	349
55-59	272	301	293	335	344
60-64	192	224	290	334	315
65-69	163	172	212	296	288
70-74	160	153	157	268	276
75-79	151	140	131	226	280
80-84	114	118	106	183	242
85-	87	94	107	142	280
67-	610	602	616	991	1249
80-	201	212	213	325	522

Mer informasjon fins på: <http://www.ssb.no/folkfram/>

Tittel: PASIENTGRUPPER MED STORT BEHOV FOR SAMHANDLING	Dato: 26.02.2004
Utarbeidet av: Nasjonale gruppe for samhandling	Godkjent: 30.09.2004

Disse pasientgruppene vil ofte også trenge samhandling innad i kommunen og/eller innad i spesialisthelsetjenesten.

Innhold:

- I. Pasientgrupper.
- II Kartlegging av pasienter med spesielt stort behov for samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- III. Samhandlingstiltak i tillegg til medisinsk behandling.

1. Pasientgrupper

De pasientgrupper som er nevnt nedenfor, kan ses på som markører, hvor helsetjenesten ikke klarer å samordne sin aktivitet og samarbeidet mellom nivåene ofte fungerer dårlig. Dette er pasientgrupper som ofte ikke selv hevder sin rett til tjenester fra helsevesenet.

Pasientgrupper med stort behov for koordinert helsetjeneste kan inndeles langs flere akser.

Flere faktorer er viktig å vurdere:

Sykdommer/diagnoser, sykdomsforløp, funksjonsnivå og sammensatte lidelser.

Rusproblematikk og alvorlige psykiatriske lidelser skiller seg ut med spesielt store koordineringsbehov.

Andre pasientgrupper som har økt behov for koordinering, nevnes særskilt.

1.1 Sykdommer

- Forløp.

Noen sykdommer har ofte et progressivt forløp, og mange pasienter vil derfor trenge koordinerte tjenester. Andre diagnoser gir alvorlig sykdom, men mer stabile og ikke progressive forløp. Også disse pasientene vil kunne trenge god samhandling mellom nivåene.

Eks: Hjertesvikt, KOLS, Apopleksi, kreft.

- Funksjonsnivå.

Koordinerte tjenester kreves ofte når sykdommen har progrediert til en alvorlighetsgrad som påvirker bevegelsesevne, gir store smerter, påvirke personens ADL funksjon eller påvirker kognitiv og kommunikativ funksjon.

- Personer i livets slutfase som trenger palliativ eller annen støttende behandling.

Personer med uhelbredelig kreft eller annen sykdom i terminal fase (eks. ALS, MS) har særlig behov for tiltak samtidige fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Noen tilstander er såpass

sjeldne at kommunehelsetjenesten mangler kunnskap og kjenner seg derfor utrygge. Dette gjelder spesielt om den syke ønsker å tilbringe sin siste tid hjemme eller på hospits og lignende.

- Flere sykdommer hos samme pasient.

Dette bidrar ofte til mer komplekse sykdomsbilder, gir oftere dårlig funksjon og krever samarbeid mellom flere fagfolk.

1.2. Alder

Personer med høy alder (over 75 år) har oftere alvorlig sykdom. De har lavere toleranse for sykdom pga. lavere fysisk og psykisk reservekapasitet med oftere kort avstand fra god funksjonsevne til svært dårlig funksjon. De eldre er oftere sosialt isolerte. Alvorlig syke barn og ungdom krever oftere koordinerte tjenester, og de er særlig sårbare dersom foresatte har sykdommer/funksjonssvikt. Både de gamle og de unge har i mindre grad evnen til å hevde sine rettigheter. De er avhengige av at noen gjør det for dem.

1.3 Sykehjemspasienter

Dette er en gruppe personer med høy alder, mange sykdommer, dårlig funksjonsnivå både fysisk, kognitivt og sosialt. Kvaliteten på tjenesten i sykehjemmene varierer mellom kommunene. I noen kommuner sliter sykehjemmene med for lite kvalifisert fagpersonell (lege, sykepleiere, fysioterapeuter, logoped etc.) og har ofte ledige stillinger eller ufaglært arbeidskraft.

1.4 Psykisk funksjonshemmede

Dette er en svært sammensatt gruppe som ofte har høy psykisk sykkelig, manglende kommunikative og kognitive evner og overhyppighet av fysisk sykdom. De trenger ofte omfattende koordinering av tjenestene. Se pkt 5.

- **Personer med habiliterings- og rehabiliteringsbehov**

Begge grupper har sykdommer eller skader som gir dårlig funksjonsnivå. Begge grupper har potensial til bedring av funksjon om de får gode og godt koordinerte tjenester. Begge grupper forblir sterkt pleietrengende om de ikke får tilbudet tidlig nok i sitt sykdomsforløp. Denne gruppen trenger utstrakt tverrfaglige tiltak både somatisk, psykisk, sosialt, med trygdeytelser etc.

Eks: psykisk funksjonshemmede, cerebrale skader og cerebrale sykdommer.

- **Psykiske lidelser**

Personer med alvorlige psykiatriske diagnoser (psykoser, personlighetsavvik og alvorlige spiseforstyrrelser) har dårlig funksjonsnivå og klarer seg dårlig i hverdagen. Mange har også dårlig motivasjon for endring, noe mange deler av tjenesteapparatet har vanskelig å forholde seg til. De har bruk for koordinerte tjenester både mellom 1. og 2. linjen samt mot hjemmetjeneste, sosialtjeneste, boligjeneste, trygdeetat og aetat.

- **Rus**

Personer med alvorlig rusbruk har dårlig funksjonsnivå og klarer seg svært dårlig i hverdagen. De har høy sykkelighet både fysisk og psykisk. Mange har dårlig motivasjon for endring som skaper problemer, se pkt 6. Mange har ruset seg siden tidlig ungdom og har behov for omfattende habiliterings- / rehabiliteringstiltak. De har bruk for koordinerte tjenester både mellom 1. og 2. linjen samt mot hjemmetjeneste, sosialtjeneste, boligjeneste, trygdeetat og aetat.

1.5 Behov for omfattende tjenester fra aetat/sosialkontor/trygdeetat

Noen personer har lidelser som i seg selv ikke er så alvorlige, men vedkommende har store sosiale og økonomiske problemer, behov for sammensatte trygdeytelser eller bolig. Også her kan det være viktig med tverrfaglig tilnærming og samarbeid mellom 1. og 2. linjen. De sosiale problemer påvirker og forverrer fysisk og psykisk sykdom og kan øke behovet for helsetjenester. En del av disse pasienter vil trenge sykehusopphold pga. manglende ressurser til å klare seg selv hjemme. Tverrfaglige arbeidsmetoder er da viktige for å få kartlagt pasientenes totale problemkompleks. Bare slik kartlegging kan bidra til at en får fram faktorer som hindrer ”compliance” og dermed hindrer helbredelse/forbedring.

2. Kartlegging av pasienter med spesielt stort behov for samhandling mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Kommunene og helseforetakene bør ha epidemiologiske data som gir mulighet til å beskrive de nevnte pasientgruppers volum og funksjonsnivå. I dag foreligger ingen samlet kartlegging. Her må sentrale myndigheter bidra slik at kommuner og foretak kan få de nødvendige data.

Men selv om en fikk slike gode grunnlagstall, vil det alltid være noen personer som ikke får det tilbud de har krav på. Vi vil derfor skissere et meldesystem med melding til andre deler av helsevesenet når et pasientforløp er klart avvikende. Ansvar er her et nøkkelord. Hensikten vil være å ansvarliggjøre nødvendige deler av helse-, sosial- eller trygdevesen/aetat til tverrfaglig innsats slik at en kan gi disse pasienter det tilbud de har krav på.

De fleste eldre og kronikere klarer seg utmerket med det kommunale helsevesen, evt. med noen kontroller på sykehus. Men eldre med funksjonssvikt som medfører hyppige og ikke planlagte innleggelser, er de eldre vi må rette fokus på i et slikt indikator/meldesystem. Det kan være mange årsaker til funksjonssvikten: somatisk sykdom pga. manglende behandling, manglende pasientopplæring, angst og redsel som påvirker pasientens tolkning av egne symptomene, sosiale problemer som hindrer behandling osv. I tillegg kommer svikt i basal egenomsorg, smerter som invalidiserer osv.

Vi må derfor velge noen enkle forhold (indikatorer) som fanger opp dårlig samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Vi må rette fokus på pasientforløp. Ved manglende standard på pasientforløp (eks: flere enn tre ikke planlagte innleggelser per år) identifiseres pasienter som ikke får den helsetjeneste de trenger bl.a. pga. manglende samhandling.

Forslag til forhold en spesielt bør fokusere på:

- **Mer enn tre ikke planlagte innleggelser for samme lidelse ila. et år.**
Tiltak: sykehuslege sender melding til fastlege som har ansvar for videre kartlegging og gjennomføring / igangsetting av adekvate tiltak i samarbeid med spesialisthelsetjenesten o.a., se punkt III.
- **Kortere tid enn 30 dager til ny ikke planlagt innleggelse.**
Tiltak: sykehuslege sender melding til fastlege som har ansvar for videre kartlegging og gjennomføring / igangsetting av adekvate tiltak i samarbeid med spesialisthelsetjenesten o.a. se punkt III.
- **Pasienten møter ikke opp til kontrolltimer og oppfølgingsinnleggelser.**
Tiltak: sykehuslege sender melding til fastlege som har ansvar for videre kartlegging og gjennomføring / igangsetting av adekvate tiltak i samarbeid med spesialisthelsetjenesten o.a. se punkt III.
- **Maksimalt tre henvisninger til poliklinikk (samme eller forskjellige) for samme medisinske problem.**

Tiltak: sykehuslege sender melding til fastlege eller omvendt. Fastlegen har ansvar for videre kartlegging og gjennomføring / igangsetting av adekvate tiltak i samarbeid med spesialisthelsetjenesten o.a. se punkt III.

3. Samhandlingstiltak i tillegg til medisinsk behandling.

3.1 Hos alle pasientgrupper er kvalitet på ”basal samhandling” nødvendig. Basal samhandling inkluderer:

- God henvisning - med beskrivelse av utført diagnostikk og evt. prøvd behandling i førstelinjen samt adekvate forventninger til utredning og behandling.
- Kort ventetid
- Planlagt utskriving - inklusiv kontakt med førstelinjen der det er nødvendig.
- God og rask epikrise - med blick for førstelinjens informasjonsbehov.

3.2 Tiltak i tillegg til medisinsk behandling for pasientgrupper med spesielt stort behov for samhandling.

Stikkord:

- Ansvarliggjøring.
- Arena for konkret samhandling mellom behandlere og pasienter - pårørende.
- Arena for generell samhandling mellom behandlere, heri veiledning / opplæring begge veier.

Ansvarliggjøring.

Ansvarsfraskrivelse (”dette er ikke mitt bord, tilhører ikke min avdeling,”) er et stort problem i dagens kompliserte og fragmenterte helsevesen. Tydeliggjøring av ansvar er derfor viktig. En pasient vil ila. en innleggelse være i kontakt med flere leger som alle har delvis utrednings- og behandleransvar. På en del avdelinger er det ingen enkeltlege som har det faktiske og personlig ansvar for utredning og behandling for akkurat denne pasienten. Dette skaper problemer for pasientene, og det skaper problemer når en fastlege eller andre ytre behandlere tar kontakt med avdelingen for å diskutere opplegget rundt pasienten. Det er da ofte ingen lege på avdelingen å samhandle med fordi ingen har ansvar.

Ved kroniske lidelser må en på sykehus sørge for at pasientene kommer til kontroll til de samme leger. Kontinuitet i behandlerkontakt bidrar til større ansvarstaking. Kontinuitet i behandlerkontakt muliggjør også samhandling med andre deler av helsevesenet.

Arena for konkret samhandling rundt enkeltpasienter mellom behandlere og pasienter/pårørende.

- Fellesmøter (enkeltmøter).

Mellom behandlere med eller uten pasienter - pårørende. Dette kan skje som vanlige møter, videokonferanser eller som telefonmøter. (Telemedisin har vært brukt i møter rundt kreftpasienter og behandlere i Finmark mot Kompetansesenteret for lindrende behandling ved UNN.)

- **Ansvarsgruppe**

Størrelse: Liten gruppe på tre personer (sykehuslege- pasient- fastlege) til stor gruppe med mange behandlere - pasient – pårørende.

Tidsperspektiv: De møtes flere ganger ila. den tidsperiode det er nødvendig.

Møtene kan skje som vanlige møter eller videokonferanser.

Målsetning for ansvarsgruppe er å skape konsensus rundt problemforståelse og tiltakskjede blant behandlere og pasient – pårørende, samt tydeliggjøre ansvar og oppgavefordeling.

Eks: Person med schizofreni som bodde alene med hjelp av hjemmetjeneste, møtte ikke til avtaler på poliklinikken. Hun ble stadig innlagt på akuttavdeling pga. forverrelser av sin sykdom der hun var

aggressiv ute på byen. Flere ansvarsgruppemøter mellom behandler på sykehus, fastlege, hjemmetjenestekontakt og pasient avslørte at hun ikke kom seg opp om morgenen. Hun klarte derfor ikke å komme seg til de avtalte kontroller. Uten jevnlig kontakt med behandlerapparatet følte hun seg glemt og sluttet å ta medisiner. Tiltaket her var at kopi av timeavtale, som måtte være etter lunsj, også ble sendt primærkontakt i hjemmetjenesten. Dermed ble pasienten vekket og evt fulgt til timeavtalen. En ble også enig om at ved manglende oppmøte skulle pasienten få ny innkalling med kopi til hjemmetjenesten. Dette reduserte antall ikke planlagte innleggelser dramatisk.

- **Individuell plan**

Her må dagens forskrifter forenkles. De er altfor kompliserte.

- **Tverrfaglige poliklinikker**

For personer med sammensatte problem eller tverrfaglige team som vurderer pasienter med spesielt sammensatte problemer. Det bør være fleksibilitet i slike team.

- **Ambulerende team**

Bør etableres for noen pasientgrupper som har større behov for koordinerte tjenester og som samtidig har dårlig funksjonsevne. Disse bør etableres utfra kartlegging av pasientbehov og ikke utfra terapeuters egeninteresser.

Arena for generell samhandling mellom behandlere

- **Veiledning (begge veier)**

opplæring, hospitering etc.

- **Fellesmøter (primær – spesialist helsetjenesten)**

Dette bør formaliseres der det i et geografisk område er særlige pasientgrupper som er svingdørspasienter eller andre samarbeidsproblemer.

Eks: temamøter i allmennlegefora.

- **Praksiskonsulentordning**

Ordningen kan bidra til informasjon om behandlingstilbudenes innhold og bidra til å klargjøre ansvar for arbeidsoppgaver for pasienter både i førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Tittel: SAMMENHENGENDE PASIENTFORLØP	Dato: 25.02.2004
Utarbeidet av: Nasjonal gruppe for samhandling	Godkjent: 30.09.2004

Sammenhengende pasientforløp er et felles mål. Det kreves systematiserte tverrfaglig analyser av pasientforløp for å oppnå målet.

Bakgrunn og metode for pasientforløpsanalyser:

Hensikten med dette dokumentet er todelt:

- Å belyse betydningen av at ulike aktører har felles perspektiv på helseproblem og tiltak når den medisinske situasjonen krever innsats fra flere aktører og nivåer.
- Å beskrive en metode for å kartlegge og evaluere pasientforløp på en slik måte at erfaringer enkelt kan gi læring og omsettes til endret praksis.

Det bør være et overordnet og eksplisitt mål for alle deler av helsetjenesten å bidra til effektive og kvalitativt gode pasientforløp. Dette betyr å legge til rette for og å utøve koordinert rådgivning, utredning, behandling og oppfølging av pasienter. Alle aktører har ansvar for dette i sitt daglige arbeid. Godt koordinerte pasientforløp bidrar til høy kvalitet, effektiv ressursbruk, god service og stimulerende arbeidsmiljøer. Samhandling mellom delene av helsetjenestekjeden skal innrettes mot å skape gode pasientforløp.

Befolkningen forventer å møte en "sømløs" helsetjeneste der de kan krysse grenser mellom linjer eller avdelinger uten det oppstår kommunikasjons- eller koordineringsproblemer. Flaskehalsen i behandlingsskjeder kan ofte forklares ut fra begrensede ressurser, forvaltningsskiller, rekrutteringsproblemer, spesialisering, profesjonsstrid, lovverk, holdninger eller kulturforskjeller. Ingen av disse systembaserte forklaringene gir fullgodt svar på hvorfor samhandling fungerer dårlig. Problemene skyldes sannsynligvis langt oftere svikt i prosesser og forskjeller i holdninger.

Hva hindrer koordinerte tjenester?

Uklare ansvarsforhold.

Manglende etterfølgelse av retningslinjer (faglige og administrative).

Manglende ivaretagelse av hele pasienten.

Organisering / strukturer i helsevesenet som skaper mange gråsoner.

Manglende indre samarbeid, både i kommuner og på sykehus.

Hva fremmer koordinerte tjenester?

Klare ansvarsforhold.

Klare avtaler.

Omforente faglige retningslinjer som dekker større deler av pasientforløpene.

Godt indre samarbeid i primærhelsetjenesten og mellom avdelinger i sykehus.

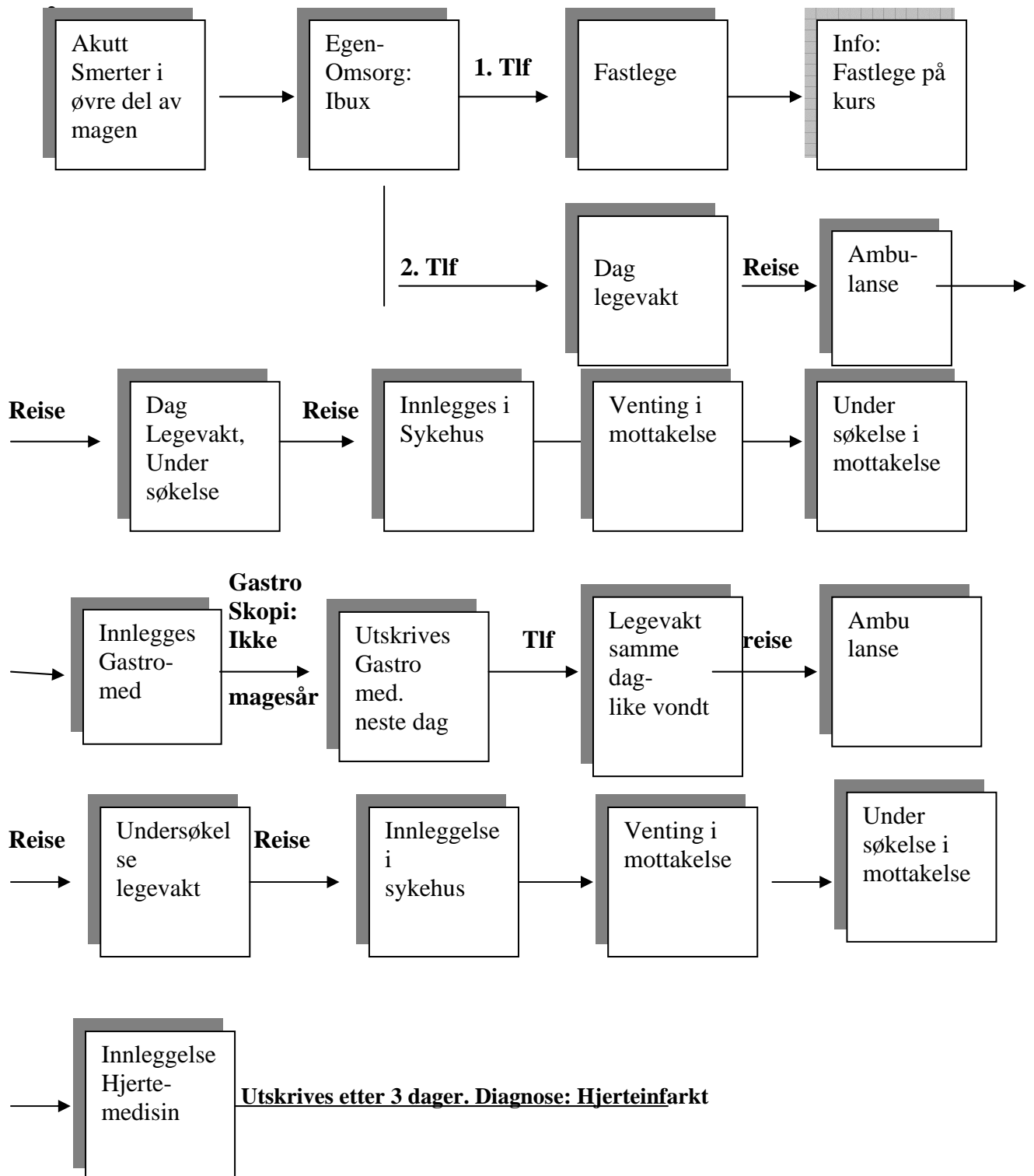
Definisjon av pasientforløp

"En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode".

Synonym: pasientkarriere. (Engelsk: patient career, episode of care.)

Beskrivelser av pasientforløp kan være bygd på flere dokumentasjonskilder. Studier av pasientforløp kan brukes som metode for påvisning av kvalitetsbrudd i pasientbehandling, både innen helsetjenesteforskning og i praktisk kvalitetsforbedring.

Et eksempel fra virkeligheten



Kommentarer til pasientforløpet.

Eksemplet viser at det oppstår problemer i pasientforløp pga:

- mangler i egenomsorg
- manglende prehospital beredskap
- manglende indre samarbeid i kommunen
- sannsynligvis mangler ved undersøkelsen i legevakt/mottakelse
- manglende indre samarbeid på sykehus
- manglende oppfølging etter sykehusopphold.

- **Egenomsorg.**

Alle pasientforløp starter med at pasienten selv vurderer sine plager ut fra tidligere erfaringer og søker informasjon, ofte i nærmiljøet, og enten avventer situasjonen eller behandler seg selv. Tidligere sykehistorie til personen i dette pasientforløpet er ikke kjent. Men i og med at han egenbehandler seg med Ibux, har han nok verken hatt magesår eller hjertesykdom tidligere. Ingen svikt kan sies å ligge her.

- **Kontakt med fastlege og legevakt (horisontal samhandling i kommunen).**

Her dokumenterer pasientforløpet en klar svikt i akuttberedskap i kommunen på dagtid. Det må være klare avtaler om akuttberedskap ved fastlegens fravær, slik at det ikke oppstår usikkerhet om hvem som til en hver tid har ansvaret. Dag-beredskap er ulikt organisert i forskjellige kommuner. Hovedprinsippet som er nedfelt i fastlegeavtalen, er at ved fastleges fravær skal annen lege på kontoret, annet legekantor eller daglegevakt ta over ansvaret. Pasienten skal oppleve god tilgjengelighet, spesielt ved akutt oppståtte medisinske problemer som krever øyeblikkelig hjelp.

- **Inn i sykehus (samhandling mellom linjene) og opphold på sykehus (indre samhandling).**

Pasienten ble adekvat undersøkt på legevakt uten at det ga sikre svar på årsak til magesmertene. Pga. intensiteten i det kliniske bildet (sterke smerter) ble han innlagt i sykehuset. Han ble undersøkt i mottakelsen. Pga. smerter i magen uten sikre holdepunkt for hjertesykdom, ble han innlagt i gastromedisinsk avdeling. Sykehusets organisering og fagfolk i fremste linje som hadde lite klinisk erfaring (turnuslege, assistentlege) kan ha ført til at utredningsforløpet ikke tok høyde for både mage- og hjerteproblemer. Uten noen tids observasjon i avdeling kan man ikke avskrive diagnosen hjerteinfarkt. Pasienten ble adekvat undersøkt for eventuelle problemer i magetarmsystemet (bl.a. med gastroskopi) uten at man fant sikre årsaker. Perspektivet til legene på gastromedisinsk avdeling/seksjon vil være snevrere enn på en generell indremedisinsk post eller intermediær observasjonspost. Pasientforløpet dokumenter her hvordan en seksjonert indremedisinsk avdeling kan gi svikt i diagnostikken, spesielt i starten av et utredningsforløp.

Pasientforløpet dokumenterer svikt i indre samhandling, i det pasienten ble utskrevet med smerter uten at man fant sikker årsak. Han skulle ha blitt overført annen avdeling, eller annen utredning skulle vært igangsatt på samme avdeling.

- **Utskrivelse og oppfølging (samhandling mellom linjene)**

Pasienten ble utskrevet første gang med smerter uten diagnose. Utskrivende avdeling burde da ha sikret oppfølging hos fastlege.

Indre samhandling

Indre samhandling defineres som samhandling mellom enheter på samme forvaltningsnivå.

- **I kommunene.**

I kommunene er flere enheter involvert i behandling, pleie og omsorg av pasienter. På mindre steder er forholdene oversiktlige, og organiseringen er kjent for alle. Det er ofte lett å ta kontakt og kommunikasjonen er uformell, for de fleste aktørene kjenner hverandre godt og har utviklet relasjoner.

På større steder og i byer er dette mer uoversiktlig. De siste årene har mange kommuner delt opp større enheter, og hver del har fått ansvar for egen økonomi. Dette har mange steder ført til dårligere oversikt og ulik organisering innenfor samme forvaltningsenhet. Eksempelvis var pleie og omsorg i Tromsø tidligere inndelt i fire enheter, nå 13 enheter (se www.tromso.kommune.no).

Allmennleger, legevakt og helsestasjoner er egne enheter. Det er mange steder egne psykiatrienheter og rehabiliteringsenheter. Fysioterapeuter og kiropraktorer er ofte dårlig integrert i den øvrige førstelinjetjenesten. Det finnes mange alternative behandlere, eksempelvis homøopati, akupunktur, naprapati, soneterapi osv. Sosialtjeneste, barnevern, rusomsorg og helsetjeneste for asylsøkere er egne enheter.

Indre samarbeid i kommunene og med trygdekontor og arbeidsetat er avhengig av den enkelte behandlers interesse og erfaring med tverrfaglig arbeid, og mindre avhengig av avlønningsform. Fastlegeordningen brukes som eksempel:

Det ser ikke ut til at fastlegeordningen som system er et hinder for god indre samhandling eller for samarbeidet med sykehus. Tilgjengeligheten for tverrfaglig kontakt varierer hos fastlegene. Noen er lite tilgjengelige for hjemmesykepleie, mens andre har rutiner som skaper god tilgjengelighet, og de fungerer godt som koordinatorene for sine listepasienter. Samhandling er mest avhengig av hvordan den enkelte organiserer sin praksis og av individuelle holdninger, og mindre avhengig av forvaltningsnivå eller økonomisk modell. Dette synspunktet støttes av en sammenlignende analyse av samhandlingsproblemer i ulike europeiske land. Den konkluderer med at viktige samhandlingsproblemer har universell karakter, og er lite påvirket av organisering eller økonomisk modell (1).

- **I spesialisthelsetjenesten.**

Sykehus er oppdelt i avdelinger langs flere akser, der psyke og soma er hovedaksene.

Den somatisk delen er inndelt etter arbeidsmetode (kirurgi / ikke kirurgi). Deretter er inndelinger i hovedsak gjort etter organsykdommer (hjertemedisinsk avdeling / avdeling for mage-tarmsykdommer, etc.). I tillegg er noen avdelinger organisert etter aldersgrupper (barneavdelinger / geriatri). Endelig finnes det avdelinger for spesifikke sykdomstyper, f.eks. kreft.

Enhver måte å organisere sykehus og pasientflyt på, vil føre til at noen dimensjoner får lavere prioritet.

Det er vanskelig å ivareta både helhet og organsykdom samtidig i klinisk arbeid, men det er ikke umulig.

Organisering etter organsykdommer skaper gråsoner dersom pasienter har flere lidelser, og spesielt dersom de presenterer uklare, ikke organ-relaterte symptomer. Inndelingen i psyke og soma bidrar til at psykiske faktorer ved organiske lidelser, eller somatiske uttrykk ved psykisk sykdom, kan bli dårlig forstått og ivaretatt.

Det er viktig å hindre at syke pasienter blir dårlig ivaretatt / behandlet pga organiseringen av helsetjenesten. Pasientforløpstudier vil bidra til oversikt over forhold som hindrer god pasientflyt, og de vil gi grunnlagsdata for målrettede endringer i organiseringen av helsetjenestekjedene.

Tverrfaglig analyse av pasientforløp (TAP), en metodebeskrivelse:

Det er mange årsaker til at pasientforløp kan bli oppstykket og dårlig koordinert. En viktig årsak er at helsetjenesten er komplisert og fragmentert. Vi trenger bedre koordinering av oppgavene med utredning, behandling og oppfølging som skjer på tvers av faggrupper, avdelinger, sektorer og linjer.

Eksempler på forbedringsområder for pasientflyt er egenomsorg, rådgivning, ventetider, førstvalg av diagnostikk og behandling, behandlingsnivå, informasjonsflyt og kommunikasjon.

TAP er en metode som kan brukes til å identifisere og beskrive problemstillinger, og den kan brukes til å bedre problemer innen logistikk og kvalitet i helsetjenesten. Den er en kvalitativ, retrospektiv analyse av

den uberørte medisinske hverdag. Den utføres av fagfolk i klinisk praksis, og materialet som analyseres, kommer fra deres eget arbeidsfelt.

Metoden brukes til å justere arbeidsflyt, og er beslektet med andre metoder som ”redesign” og ”business process engineering”. Den har også i seg elementer av audit. Det er et tverrfaglig, systematisk forbedringsarbeid som bør bli en del av kvalitetsarbeidet for sykehusavdelinger.

Styringsgruppe

En gruppe på inntil seks erfarne fagpersoner, helst med lederansvar og spesialkunnskaper, planlegger og gjennomfører analysen. Styringsgruppen bestemmer hva den vil undersøke, og velger pasientgruppe eller diagnosegruppe. En utvidet styringsgruppe på inntil ti personer utgjør det ekspertpanel som vurderer pasientforløpene. Leger, sykepleiere, fysioterapeuter og andre relevante faggrupper deltar i ekspertgruppen.

Datainnsamling og presentasjon

En person samler og strukturerer dokumentasjon fra 10-15 pasientforløp innen den valgte pasientgruppen. Pasientene kan velges fortløpende, eller ved tilleggskriterier. Datagrunnlaget er sykehusjournalen, eventuelle tilleggsopplysninger fra fastlege (spørreskjema) og eventuelle intervjuer med pasient / pårørende. Hvert pasientforløp blir presentert for ekspertgruppen som et enkelt flytskjema.

Analyse

Ekspertgruppen vurderer pasientforløpene samlet. Man trenger ca. fire timer til gjennomgangen.

1. Kriterier

Styringsgruppen bør i sitt forberedende arbeid ha valgt kriterier og standarder for logistikk og kvalitet av pasientforløpene. Ekspertgruppen blir enig om hvilke kriterier og standarder som skal benyttes.

2. Data

Gruppen gjennomgår og diskuterer kasuistikken. Hvert forløp gies karakter etter vurderingsskalaen "tilfredsstillende" og "ikke tilfredsstillende". Dersom resultatet er "ikke tilfredsstillende", skal det nevnes hva som etter gruppens oppfatning ikke fungerte godt nok.

3. Avsluttende diskusjon

På bakgrunn av erfaringene fra analysen diskuterer gruppen hva som skal forandres for å forbedre pasientforløpene. Den bestemmer også hvem som er ansvarlig for å utføre endringene.

4. Oppfølging

Etter ei tid skal styringsgruppen samles på nytt for å diskutere om endringene er gjennomført, og om de fungerer godt. For å evaluere tiltakene bedre, kan analysen etter en tid gjennomføres på nytt for samme pasient/diagnosegruppe.

5. Delaktighet i endringsprosesser

TAP krever felles deltakelse fra ledere og helsepersonell i klinisk arbeid. Uten slik deltagelse i utvikling og omstilling kan man ikke realisere ønskede endringer. Kunnskapsorganisasjoner styres av dokumentasjon, argumentasjon og dialog, ikke ved påbud.

Oppsummering

Dette dokumentet omtaler viktige rammevilkår for å etablere sammenhengende pasientforløp. Det beskriver også en enkel metode for pasientforløpsstudier (TAP), som en analyse av en serie av systematiserte kasuistikker.

Litteratur

1. Kvamme OJ, Samuelsson M, Olesen F. Improving the interface between primary and secondary care. *Quality in Health Care* 2001; 10: 33-39.

Tittel: INDIVIDUELL PLAN	Dato: 08.10.2004
Utarbeidet av: Nasjonalt gruppe for samhandling	Godkjent: 11.10.2004

INDIVIDUELL PLAN

– HVILKE FAKTORER ER VIKTIGE FOR Å LYKKE?

Individuell plan (IP) har vært forskriftsfestet siden 2001, og nevnes stadig oftere som det kanskje viktigste verktøyet i samhandlingen omkring de pasienter som trenger langvarig og omfattende hjelp. Loven sier at alle som har ”behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan”, dersom de selv ønsker det. Men virkemidlet er ikke i tilstrekkelig bruk i primær- og spesialisthelse-tjenesten, og utvalget har derfor funnet grunn til en særskilt omtale av IP.

Avgrensning i forhold til ny forskrift

Nåværende forskrift er hjemlet i helselovgivningen, men med virkning fra 1. januar 2004 er vedtektene også gjort gjeldende for personer som får hjelp etter Sosialtjenesteloven. Det arbeides med en forskrift for retten til individuell plan som er felles for helselovene og sosialtjenesteloven. I utkastet til ny forskrift er ”pasient” derfor erstattet med ”tjenestemottaker”, men siden dette notatet skal være et grunnlagsdokument for helseforetakene, finner vi det for vårt formål naturlig å bruke betegnelsen pasient.

Formålene med individuell plan

IP er et virkemiddel (verktøy) som skal

- bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.
- sikre at det alltid er én tjenesteyter som har hovedansvaret og som påser at pasienten får nødvendig oppfølging.
- sikre at pasienten har en hovedrolle i egen planlegging, ved at den tar utgangspunkt i pasientens egne ”mål, ressurser og behov for tjenester”.
- styrke samhandlingen mellom tjenesteytere, pasient og eventuelt pårørende, samt mellom tjenesteytere og etater på ulike tjenestenivåer.

Andre viktige formål med IP er å:

- samordne og styrke tilbudet til pasienter med store tjenestebehov
- ta større hensyn til at tilbudene må skreddersys, fordi pasientene har ulike behov
- unngå at brukerne blir ”kasteballer i systemet”
- få en mer effektiv utnytting av tjenestene, til beste for pasientene
- unngå unødig dobbeltarbeid og misforståelser mellom deler av tjenesteapparatet

For å nå målet om tilpassede, koordinerte tjenester for den enkelte pasient er det en absolutt forutsetning at samhandlingen mellom kommune/bydel og spesialisthelsetjenesten styrkes. I merknadene til forskriften heter det at ”så vel kommunen som helseforetaket har en selvstendig plikt til å sørge for at det utarbeides individuelle planer, og planene skal lages i et samarbeid mellom forvaltningsnivåene. Det vil variere hvilken instans som tar initiativet til å få satt i gang planprosessen, og hvilken instans som tar koordineringsansvaret.”

Hjemmelslovene gir altså ikke ett forvaltningsnivå noen sterkere plikt enn et annet. Det er den instans som pasienten henvender seg til, uavhengig om det er i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten eller sosialtjenesten, som har plikt til å sørge for at arbeidet med planen blir igangsatt.

Ett overordnet mål er altså å sørge for best mulig samarbeid rundt pasienten, slik at de som er ansvarlige sammen bidrar til at pasientens tilbud blir helhetlig og godt koordinert. Det er dermed viktig å understreke behovet for *horisontal samhandling*.

Suksessfaktorer i arbeidet med individuelle planer

Pasienter med ”behov for langvarige og koordinerte tjenester” er særlig avhengige av tilbud som er individuelt tilpasset. Sentralt i dette arbeidet er å sikre:

- kontinuitet i tjenestetilbudet
- at tilbudet samsvarer med pasientens mål, ressurser og behov
- at pasienten selv aktivt medvirker i planlegging og prioritering
- at en fokuserer på de mest sentrale problemene for pasienten
- at en finner fram til og prioriterer de tiltak som er viktigst for pasienten

Planen er ikke et mål i seg selv, men et redskap i det tverrfaglige og tverretatlige arbeidet med å skape et tilpasset tjenestetilbud og sikre brukerne reell innflytelse (fra departementets veileder 2001)

Det kan ikke understrekes sterkt nok at den individuelle planen skal være enkel og oversiktlig, og at den derfor ikke kan omfatte detaljer. Sitatet peker på at arbeidet må betraktes som en prosess, der en hele tiden lærer av hverandre. Det er også viktig at planen aldri oppfattes som endelig, men at den på linje med et behandlingsopplegg må justeres og forbedres.

Oppsummering av erfaringer med planarbeid peker på andre sentrale forhold:

- Ledelsesforankring:
Ledelsen i helseforetak og kommuner må sette mål, sikre rammebetingelser og følge opp arbeidet.
- Brukermedvirkning:
Må gjøres klar og operasjonell, både på individ- og systemnivå.
- Rolleavklaringer:
Pasienten og alle tjenesteyterne må avklare sine respektive roller. Særlig må rollen til den hovedansvarlige tjenesteyter (koordinator) tydeliggjøres.
- Gode rutiner:
 - System for utvelgelse av pasienter for IP, valg av ansvarlig koordinator, samt for igangsetting og drift av IP.
 - System for informasjonsutveksling og tilbakemeldinger, med særskilt vekt på rammebetingelser for arbeidet.
 - Arenaer for samhandling og læring.

Arbeidet må sikres både på system- og individnivå. På organisatorisk nivå må noen ha ansvar for oversikten over hvem som har og trenger IP. I det individuelle planarbeidet vil det være nødvendig at *en person* tar et særlig ansvar for å sørge for at det skjer en samordning, og at det er framdrift i arbeid med planen. Hvem som skal ha dette ansvaret må vurderes i forhold til hva som er hensiktsmessig i den enkelte sak, men det er oftest naturlig at dette er den som har mest kontakt med aktuelle pasient (hovedkontakten). Samtidig er det viktig at alt helse-personell vet at de skal medvirke til oppstart av IP for en del av sine pasienter, og at det tydelig framgår hvem som gis et særlig ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen.

I planen skal aktuelle tiltak og omfanget av dem vurderes ut fra pasientens behov for bistand fra andre og være klart beskrevet. Det er viktig at planen er realistisk i forhold til tiltak, slik at en unngår at pasienten forventer tiltak som ikke kan gjennomføres. Dersom planen blir for detaljert, blir den uhåndterlig og kan raskt bli utdatert. Planen skal være et arbeidsredskap som kontinuerlig kan revideres, når det skjer vesentlige endringer i behov.

Hjelpeapparatet må legge til rette for optimal brukermedvirkning i hele planprosessen, som bl.a. forutsetter at pasienten får informasjon og veiledning. Det må legges spesiell vekt på, og avsettes tid til, å få frem pasientens egne mål for fremtiden. I mange tilfeller har pårørende en sentral rolle, og da skal det også tas hensyn til pårørendes situasjon og behov.

Flere modeller for arbeidet med IP

Arbeidet med individuelle planer har utløst mye forsøksvirksomhet, til dels med utgangspunkt i enkeltkommuner, men også som fellesprosjekter mellom helsetjenestenivåene. Mange har konsentrert seg om å lage egne maler for IP, andre har lagt mer vekt på prosessen med læring og implementering av gode arbeidsmetoder.

Koordinering av psykososialt arbeid (KPA-modellen) er ett eksempel på det siste. Arbeidsformen er beskrevet i et veiledningshefte utgitt av Statens helsetilsyn (nr. 2-2000), men modellen er senere videreutviklet i samarbeidsprosjekter mellom kommuner/bydeler og distriktpsikiatriske sentra i regi av stiftelsen GRUK.

Utvalget har sett mange maler for IP, men festet seg ved Sogn og Fjordane-modellen (se nettsidene for samhandling på <http://www.helse-forde.no>). Formen på denne understreker at IP skal være et enkelt arbeidsredskap, slik at flere blir motivert til å ta IP i bruk.

I tråd med ambisjonene for S@mspill 2007, må slike maler gjøres elektroniske, ved at de som samarbeider om IP får et felles IT-verktøy som støtter samhandlingen.

Særskilte utfordringer

I merknadene til ny forskrift er det i liten grad problematisert hvem som skal ha rett til individuell plan, utover kravet i psykisk helsevern-loven om at alle som er under tvungent psykisk helsevern skal ha/få IP. Ellers er ”behov for langvarige og koordinerte tjenester” et lite presist begrep, men utgangspunktet er kroniske pasienter med omfattende hjelpebehov, der mange instanser og fagpersoner er involvert, og som er avhengig av hjelp fra begge tjenestenivåene.

Når arbeidet med IP for en konkret pasient er igangsatt, kan det noen ganger være vanskelig for partene å forenes om hva som er realistiske behandlingsmål og hva som er praktisk mulig å gjennomføre. Det er likevel helt nødvendig å ta denne utfordringen, og at partene senere er lojale til hva som er avtalt.

Et sentralt punkt er at alt helsepersonell får god opplæring om ordningen, bl.a. slik at de kan ivareta opplysningsplikten om retten til IP overfor pasienter og pårørende.

Foreløpige erfaringer tyder på at legene, både fastleger og sykehusleger, i liten grad har deltatt i arbeidet med individuelle planer. Dette harmonerer dårlig med at de er sentrale i behandlingen av pasientene, og derfor burde være viktige premissleverandører for IP-arbeidet. En av intensjonene med fastlegeordningen har jo også vært at fastlegene skulle koordinere medisinske hjelpebehov for sine pasienter. Utvalget mener at det likevel ikke er ensbetydende med at de behøver være IP-koordinatorer. I mange sammenhenger kan det være riktigere ressursbruk at koordineringsoppgaven ivaretas av andre faggrupper. For eksempel er det ofte naturlig at helsesøstere tar koordineringsoppgaven for barn, noe som også har vært en vellykket løsning i mange kommuner.

NOU 2004:18 Helhet og plan i helse- og sosialtjenesten (Bernt utvalget)

Det såkalte Bernt-utvalget har den 11. oktober 2004 lagt fram sin innstilling til harmonisering av helse- og sosiallovene. Utvalget har også omtalt Individuell plan, og flertallet foreslår å gi kommunen et særskilt ansvar og plikt til å utarbeide individuell plan for personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester. Spesialisthelsetjenesten får en korresponderende plikt til å delta i utarbeidelsen, og også å starte arbeidet dersom pasienten er inneliggende.

Utvalget har også kommet med en presisering av hvem som har rett til slik plan, ved at utvalget har foretatt en avgrensning i hva som ligger i *langvarig* og *sammensatte* behov.

Dersom utvalgets forslag blir vedtatt vil ansvarsforholdene bli klarere enn dagens. Men fortsatt vil det være grunn til å understreke at utarbeidelse av individuell plan også skal være en prosess som sikrer pasienten rett til medinnflytelse på egen helse.

Forslag til tiltak

Individuell plan er en lov- og forskriftshjemlet rettighet, for dem som har ”behov for langvarige og koordinerte tjenester”. Utvalget mener derfor at kravet om utarbeidelse av individuell plan skal legges inn i helseforetakenes og kommunenes kvalitetssystemer, med den konsekvens at avvik registreres.

Ledelsesforankringen må bli tydeligere, både i kommuner og sykehus. Sørge-for-ansvaret krever samtidig at en på begge nivåer arbeider mer strategisk og systematisk overfor grupper av kroniske pasienter. IP er en del av dette arbeidet.

Selv om Bernt-utvalgets forslag blir vedtatt, må helseforetakene uansett sikre at spesialisthelsetjenesten deltar aktivt i IP-arbeidet, herunder at sykehuslegene bidrar der det er nødvendig. Helsemyndighetene må vurdere om det kan stilles kvalitetskrav i fastlegens avtaler, som bedre sikrer deres arbeid med kroniske pasienter og deres medvirkning i utarbeidelsen av IP.

Referanser:

- *Forskrift om individuell plan*
- *S@mspill 2007*
- *NOU 2004:18 Helhet og plan i helse- og sosialtjenesten*

Litteratur:

Om individuell plan. Noen foreløpige betraktninger. SKUR-notat 2002/04.

Høring – Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven. HD 2004.

Tittel: PASIENTANSVARLIG LEGE	Dato: 10/10-04
Utarbeidet av: Nasjonal gruppe for samhandling	Godkjent: 10.10.2004

Bakgrunn

Sykehusene i dagens spesialisthelsetjeneste er oppdelt i avdelinger med faglig ansvar for en stadig mindre del av menneskekroppen, både innen det somatiske og det psykiske helsevesen. Pasienter med mange lidelser, må forholde seg til flere avdelinger. Informasjonslinjene til pasienten, pasientens pårørende og pasientens behandler/pleiere i førstelinjetjenesten er derfor kompliserte. Dette gjelder spesielt pasienter som trenger koordinerte tjenester mellom nivåene. Vi vet at følgende faktorer fremmer koordinerte tjenester: klare ansvarsforhold, klare avtaler, faglige retningslinjer som dekker større deler av pasientforløpene, godt horisontalt samarbeid innad i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten (Jfr. dokument Sammenhengende pasientforløp).

Ansvarsfraskrivelse ("dette er ikke mitt bord, tilhører ikke min avdeling,") er et stort problem i dagens kompliserte og fragmenterte helsevesen. Tydeliggjøring av hvem som har ansvar for den aktuelle pasients forløp, er derfor viktig. En pasient vil illa. en innleggelse kunne være i kontakt med flere leger som alle har delvis utrednings- og behandleransvar. På en del avdelinger er det ingen enkeltlege som har et faktisk og personlig ansvar for utredning og behandling for akkurat denne pasienten. Dette skaper problemer for pasientene, og det skaper problemer når fastlege og andre samarbeidspartnere tar kontakt med avdelingen for å diskutere opplegget rundt pasienten. Det er da ofte ingen lege på avdelingen å samhandle med fordi ingen er utpekt til å ha dette ansvar.

Begrunnelsen for ordningen med pasientansvarlig er først og fremst hensynet til at pasienten skal oppnå kontinuitet i behandlerkontakt, godt koordinert behandling og god informasjon. Men en ønsker "også med pasientansvarlig lege å oppnå bedre kommunikasjon og koordinering mellom primær- og spesialisthelsetjenesten" (1).

Lovverk og forskrift

Ordningen med pasientansvarlig lege er forankret i "Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-7": "Om pasientansvarlig lege m.m. Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om pasientansvarlig lege og tilsvarende ordninger for andre grupper helsepersonell. "

I det følgende refereres punkter fra "**Forskrift om pasientansvarleg lege m.m.**" for å beskrive formål og tenkt gjennomføring av ordningen med pasientansvarlig lege. Forskriften ble satt i verk 1. januar 2001.

- Formål.

"Formålet med forskrifta er å skape kontinuitet i møtet mellom pasienten og helsetenesta ved å styrkje samordna behandling og kommunikasjon mellom lege og pasient. "

- Virkeområde.

"Forskrifta gjeld ved innlegging i somatiske institusjonar og institusjonar i det psykiske helsevernet, ved polikliniske tenester før og etter innlegging, og ved gjentakande poliklinisk undersøking og behandling."

- **Organisering.**

”Dersom det ikkje er klart unødvendig, skal ansvarleg leiar i avdelinga/eininga peike ut ein pasientansvarleg lege snarast råd etter innlegging eller poliklinisk forundersøking. Pasienten skal straks få vite kven som er hans/hennar pasientansvarlege lege, og orienterast om kva oppgåver den pasientansvarlege legen har.”

”Ved innlegging på nytt att, eller ved gjentakande poliklinisk undersøking og behandling, skal pasienten få den same pasientansvarlege legen dersom det er tenleg og praktisk mogleg.”

”Det skal alltid gå fram av pasientjournal og epikrise kven som er pasientansvarleg lege. Dersom det synest klart unødvendig å peike ut ein pasientansvarleg lege, skal dette grunngjevast i journalen.”

”Dersom leiaren i avdelinga/eininga trur det er tenleg, kan behandlingsansvarleg lege også peikast ut til pasientansvarleg lege og dessutan peikast ut til å gje pasienten informasjon og ha det overordna ansvaret for pasienten sin journal.”

- **Ansvarsområde.**

”Pasientansvarleg lege skal ha ein samordningsfunksjon for behandling av pasienten, og skal vere det faste medisinskfaglege kontaktpunktet for pasienten under opphaldet. Pasientansvarleg lege skal helst vere den same under heile opphaldet, med mindre omsynet til pasienten og ei fagleg forsvarleg oppfølging av han taler for at ein annan blir peikt ut som pasientansvarleg lege.”

Det vil være pasientansvarlig leges oppgave å se til at pasienten får en koordinert behandling og oppfølging. I de aller fleste tilfeller vil det således være mest hensiktsmessig at en behandlende lege utpekes til å være pasientansvarlig lege. Dette vil spesielt være viktig ved polikliniske tjenester (2).

Praktisering av ordningen

Det finnes ingen systematisk oversikt over hvordan ordningen med pasientansvarlig lege fungerer i praksis. De fleste avdelinger har et skriftlig system for dette, men praktiseringen synes å være mangelfull.

Det har vært reist kritiske merknader mot ordningen med pasientansvarlig lege. Det sies at informasjonsarbeidet overfor pasient og andre kompliseres unødige ved å skille mellom behandlingsansvarlig og pasientansvarlig lege. En annen innvending som har vært reist, er at vaktplanene for sykehuslegene vanskeliggjør en ordning med pasientansvarlig lege. Underordnede leger er så lite kontinuerlig til stede på avdelingen på dagtid pga. vakter at én lege ikke kan ha et kontinuerlig ansvar for pasienten

- Det følgende er en summarisk beskrivelse av hvordan ordningen med pasientansvarlig lege praktiseres ved en kirurgisk avdeling ved et større sykehus i Norge. I denne avdelingen har selvsagt legene organisert en vaktordning på ettermiddag og natt.

Ved denne avdeling er pasientansvarlig lege og behandlingsansvarlig lege den samme. Ved elektive innleggelser oppnevnes et pasientansvarlig team for pasienten. Teamet har medisinsk faglig -, informasjons- og koordineringsansvar for pasienten. Teamet består av assistentlege, overlege og sykepleier. (Dvs. at avdelingen praktiserer primærsykepleie.) Ved akuttinnleggelser blir de som har vakt (vaktlaget), pasientansvarlig team.

Pasientansvarlig lege har ansvar for journalskriving, epikriseskriving, polikliniske kontroller og reinnleggelser.

For å gjennomføre denne ordningen har man sluttet med at én lege foretar fellesvisitter for alle pasienter. Pasientansvarlig lege og sykepleier går daglig vititt til sine pasienter. Tidspunkt for vititt fastsettes daglig under hensyntaking til andre gjøremål som for eksempel operasjoner.

Viktige forhold for gjennomføring av ordningen med pasientansvarlig lege:

Forankring i ledelsen

Eksemplet viser at dersom avdelingsledelsen prioriterer kontinuitet i lege – pasient forholdet, er det mulig å gjennomføre ordningen med pasientansvarlig lege, også ved en operasjonsavdeling. Ordningen må forankres i ledelsen ved sykehuset og i ledelsen på avdelingsnivå. Ledelsen må prioritere kontinuitet i lege-pasient forhold like høyt som mer medisinskfaglige forhold.

Organisering av avdelingens drift

Ved organisering av vaktplaner og andre aktiviteter ved en avdeling, må hensynet til kontinuitet i lege – pasientforholdet tillegges stor vekt. Bare ved hele tiden å ha fokus på denne kontinuitet, er det mulig at ordningen med pasientansvarlig lege får lik tyngde som hensynet til avdelingens drift, hensynet til avspasering osv.

I noen sammenhenger vil en teamorganisering av personellet i relasjon til enkelte pasienter kunne bidra til mer helhetlig behandling for pasienten og mulighet for delegering av oppgaver mellom medlemmene i teamet.

Pasientgrupper med særlig stort behov for kontinuitet

Pasientansvarlig lege er spesielt viktig for pasienter med alvorlig kroniske sykdommer med hyppig kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det er særlig nødvendig at avdelingen sørger for at slike pasienter får utpekt en pasientansvarlig lege. Disse pasientene har ofte hyppig kontakt med kommunehelsetjenesten, og pasientansvarlig lege er spesielt viktig for samhandlingen mellom nivåene. Dette kan gjelde personer med kreft, med alvorlig psykiske lidelser og rusproblemer. (Jfr. dokument Pasientgrupper med særlig behov for samhandling.)

Konklusjon

Ordningen med pasientansvarlig lege gagnar pasientene og gagnar samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. De regionale foretakene bør prioritere fokusering på og gjennomføring av ordningen med pasientansvarlig lege slik at dette blir gjennomført på alle sykehusavdelinger i alle helseforetak.

Kilder:

1. [Forskrift pasientansvarlig lege](#)
2. [Høringsnotat - Forskrift om pasientansvarlig lege m.m.](#)

Tittel: SAMHANDLING INNAD I SPESIALISTHELSETJENESTEN	Dato: 08.10.2004
Utarbeidet av: Nasjonale gruppe for samhandling	Godkjent: 11.10.2004

SAMHANDLING INNAD I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Arbeidsgruppen mener at det er betydelig behov og forbedringspotensial for intern samhandling i spesialisthelsetjenesten, og har derfor lagd et eget notat om dette tema med fokus på

- sykehusenes kompleksitet
- spesialiserte enheter med organfokus
- behov for bedret logistikk

Økende behov for intern samhandling i sykehusene

Stadig flere lever lengre med sammensatte kroniske lidelser. Dette gjelder i særlig grad blant eldre, men også flere med funksjonshemminger lever opp, og bedret behandling gjør at mange lever videre med sin kroniske sykdom. Noen har lidelser som krever stadig oppfølging fra tverrfaglig personell, mens andre får akutte forverringer som nødvendiggjør behandling og pleie på et spesialisert nivå.

I samhandlingen mellom tjenestenivåene møter sykehusene de største utfordringene når det gjelder eldre pasienter med hjerneslag, kroniske psykiatriske lidelser, kreftsykdommer, hjertesvikt, sukkersyke og kronisk lungesykdom. Både i den eksterne og interne samhandlingen vil pasienter med sammensatte lidelser og uavklarte problemer gi spesielle utfordringer, særlig de som fungerer marginalt hjemme tross betydelig støtte fra primærhelsetjenesten, for eksempel pasienter med akutt funksjonssvikt.

Sykehusene må i tillegg forberede seg på at disse utfordringene øker, jfr. rapporten «Scenario 2030 - Sykdomsutvikling for eldre fram til 2030». Den viser at det fram til 2030 vil bli en vekst på mellom 40 og 60 prosent for sykdomsgruppene aldersdemens, blodtrykk, slag, hjertesvikt, sukkersyke, kreft, ledd- og slitasjegikt, benskjørhet og lårhalsbrudd.

Sykehusenes kompleksitet

Norske sykehus har vært sterkt preget av to parallelle utviklingslinjer – spesialisering og funksjonsdeling, nødvendiggjort av økt kunnskapsoppbygging i medisinen. Detaljkunnskap har vunnet fram, i konkurranse med den generelle kompetansen som preget sykehusene tidligere og som fortsatt dominerer på mindre sykehus. De store medisinske spesialitetene er delt i ”smalere” subspecialiteter, og denne utviklingen har gjort enhetene mer spesialiserte på de fleste sykehus. Det er også en tendens til at grenspesialister i større grad får lov til å konsentrere seg om sitt fagområde, og dermed over tid mister den bredere vurderingskompetansen de har ervervet seg gjennom tidligere praksis.

Seksjonerte sykehus er godt forberedt på å gi optimale tjenester til pasienter med avgrensede problemstillinger og veldefinerte enkeltsykdommer. De får mer trening og mestrer bedre den økende teknologiske utvikling, gjennom at særlig leger og sykepleiere får ansvar for avgrensede undersøkelses- og behandlingsmetoder. Likevel er det også mange pasienter i disse gruppene som klager over mangel på helhet i omsorgen og dårlig kontinuitet i oppfølgingen.

Ved akuttinnleggelse har mange pasienter til dels diffuse symptomer og lidelser, som kan gjøre det uklart hvilken fagseksjon de tilhører. Andre kan ha fått en forverring av et kronisk og sammensatt sykdomsbilde. Arbeidsgruppen mener at en mulig løsning på disse utfordringene kan være å kombinere organisering

etter grenspesialiteter med allmennseksjoner på de samme avdelingene. Alternativt, eventuelt i kombinasjon, må erfarne overleger dras mer inn i mottakelsesfunksjonen på avdelingene.

Dermed sikrer sykehusene gjennom sin organisering at spisskompetente overleger vedlikeholder sin brede vurderingskompetanse, samtidig som det kan gi behov for færre vaktlag på sykehusene. Ved at flere overleger medvirker i en slik allround-virksomhet, er det kanskje samtidig mulig å innfri det behovet sykehusene har for at erfarne leger er mer på sengepostene og på poliklinikkene, for å medvirke til bedre pasientbehandling og optimalisering av driften.

En slik organisering kan gjøre at pasienter med sammensatte og uklare problemer, herunder syke eldre, får bedre vurdering og hjelp ved innleggelser. Satsingen på bedre integrering mellom somatikk og psykiatri kan bidra i samme retning. For sykehusene kan tiltakene bety en effektivisering, bl.a. ved at bedre førstegangs håndtering forebygger reinnleggelser.

Opptrappingsplanen i psykiatri har bidratt til å synliggjøre et annet problem i sykehusenes kompleksitet. Satsingen på mer åpen psykiatri har gitt en storstilt og nødvendig utbygging av distriktpsikiatriske sentre, men samtidig har nivådelingen avdekket et stort behov for bedre samarbeid og samhandling mellom de ulike nivåene i psykisk helsevern. Arbeidsgruppen har tro på at en sterkere og mer gjennomgående ledelse vil gjøre det lettere å se i tilbudene i sammenheng, og samtidig utfordre samhandlingen mer konstruktivt.

Funksjonsdelingen har også medført organisatoriske overbygninger i form av divisjonering. Noen helseforetak har ansvar for flere sykehus, der divisjonene blir sykehusovergripende. Selv om det fins gode funksjonelle samordningsargumenter for dette, kan en slik organisering også vanskeliggjøre den interne samhandlingen på tvers av enheter. Når avgjørelsene tas andre steder, kan det bli vanskeligere å få til lokalt samarbeid mellom enhetene.

Organfokus versus pasientfokus

For mange av pasientene, og særlig for gamle pasienter, er det ofte ikke bare ett enkelt, men flere organ som samtidig blir sykt, eventuelt parallelle patofysiologiske prosesser som gjør seg gjeldende. Dette kompliseres ytterligere av at sykdomsuttrykket ofte er svakere og avbleket, og sykdommen bak blir vanskelig å identifisere. Hjerterinfarkt uten smerter og lungebetennelse uten feber er ikke uvanlig. Dette betyr at den rene organantaken må vike til fordel for en helhetsvurdering med fokus på funksjon. Man må angripe flere problemer på en gang, og man må ha kunnskaper om atypiske uttrykksformer og komplekse sykdomsbilder.

Konsekvensen er at disse pasientene ofte skrives ut før de er optimalt utredet, også fordi det er vanskelig å få til en nødvendig overføring til andre enheter på dagens spesialiserte sykehus. Et nødvendig tilsyn av andre organspesialister gir store utfordringer til samhandlingen mellom avdelinger og seksjoner. Det stiller også store krav til samarbeid og respekt mellom ulike legespesialister og mellom leger, sykepleiere og andre faggrupper.

Mange av disse pasientene blir gjengangere på sykehusene – med mange innleggelser og med større risiko for feilvurdering og feilbehandling. Noen ganger kan løsningen ligge i enda mer spesialiserte undersøkelser og behandling, men oftest er det mer helhetlig omsorg og bedre samarbeid som trengs for disse relativt få pasientene. Ved å løse deres sammensatte problemer, ville sykehuset ikke bare hjelpe pasientene bedre, men samtidig forhindre unødvendige innleggelser og liggedager. For å lykkes med denne utfordringen, må fagpersonellet også lære seg å kanalisere / henvise pasientene til sykehusenes lærings- og mestringssentre langt oftere enn de gjør i dag.

Behov for bedret logistikk

Mangelen på systematiske IKT-løsninger, spesielt integrerte elektroniske journalsystemer, blir oftest framhevet som det største samhandlingsproblemet internt på sykehusene. Arbeidsgruppen viser her til utførlig omtale av dette i eget referansedokument.

Kravene til kostnadsreduksjon og effektivisering merkes i den kliniske hverdag på den enkelte sykehusenhet, og gir ledelse og ansatte store og nesten uløselige utfordringer. Av mange resultater, merkbare også for pasientene, er overgangen til dagbehandling og reduksjonen i liggetid.

Men det er samtidig økende oppmerksomhet på pasientflyten i sykehusene, fokusert på det mange kaller sykehusenes interne logistikk. Flere forventer at sykehusene gir et mer *sømløst behandlingstilbud*. For noen kroniske pasienter må sykehusene møte dette med lettere tilgjengelighet, for eksempel i form av økende bruk av åpne avtaler om reinnleggelse ("åpen retur"). En del pasienter vil ha behov for slike tilbud, fordi de har sykdommer som vil kreve nye sykehusopphold, uansett optimal behandling og samhandling.

For andre pasienter kan behovet for et sømløst tilbud og en bedret logistikk løses ved at sykehusene i økende grad tilbyr pasientene og primærhelsetjenesten (fastlegene) "pakkeløsninger". Arbeidsgruppen er kjent med at noen sykehus organiserer en poliklinisk utredning ved å tilby utredningspakker for pasienter med uklare og potensielt alvorlige problemstillinger, i stedet for at pasientene får en uviss og vanskelig periode med gjentatte ventetider på stadig nye undersøkelser i en utredningsserie. Andre pasienter kan få liknende tilbud organisert som korte elektive sykehusopphold.

Avslutning

I en stadig mer spesialisert helsetjeneste, må sykehusene regne med at de i økende grad blir utfordret til et mer helhetlig sykdomsperspektiv. Mange har sammensatte sykdomsbilder, og ofte vil innleggelsesbehov utløses av akutte sykdommer i kombinasjon med kroniske lidelser. Behovet for utredning, behandling, rehabilitering og omsorg vil øke i takt med den demografiske økningen i de eldste pasientgruppene. Sykehusene må møte dette, både gjennom kritisk gjennomgang av egen formell organisering, informasjonssystemer og rutiner som i større grad vektlegget pasientforløp, bedre intern samhandling og mer sammenhengende behandlingsskjeder.

Tittel:	Dato:
SAMARBEID I HELSE- OG SOSIALTJENESTEN I KOMMUNENE	10/10-04
Utarbeidet av:	Godkjent:
Nasjonal gruppe for samhandling	10.10.2004

Organisering av helse- og sosialtjenesten i kommunene

Organiseringen av helse-, pleie- og omsorgstjenesten i kommunene har blitt endret mye de senere år. De fleste kommuner har nå organisasjonsmodeller med to eller tre nivåer, dvs. færre nivåer enn tidligere.

Tilbud av tjenester varierer noe mellom kommunene. Det kan være enda større variasjoner i hvordan tjenestene er organisert, men de fleste kommuner tilbyr følgende tjenester innen helse og sosialsektoren til sine innbyggere:

- **Helsetjeneste:**
Allmennlegetjeneste, legevakt, smittevern, rustjeneste.
Helsestasjoner for barn, ungdom, eldre og flyktninger. Vaksinasjon.
Fysioterapi / ergoterapi: fysioterapi for barn, hjemmebehandling, private sentra.
Rehabiliteringstjeneste / hjelpemidler.
Hjemmehjelp, hjemmesykepleie,
Dagsentre (for funksjonshemmede, psykiatriske pasienter). Omsorgsboliger, sykehjem med korttids- og langtids plasser.
Psykiatritjeneste.
- **Sosialtjeneste:**
Sosialkontor, barnevern.
- **Andre:**
Krisesenter, kommunale boliger, omsorgslønn.
transporttjeneste, trygghetsalarm, støttekontakt

Kommunene organiseres forskjellig.

Administrativt nivå.

De fleste kommuner er under rådmann organisert med kommunalsjefer/kommunaldirektører som er ansvarlig for fagområder: byutvikling, oppvekst, kultur, helse og sosial. I noen kommuner er kommunalsjefenes (etatsjefenes) ansvar ikke fordelt etter fag.

Mange kommuneoverleger er rene rådgivere, og har lite eller intet administrativt ansvar. I noen større kommuner er kommuneoverlegen leder av et samfunnsmedisinsk team tilknyttet (over)leger i deltidsstillinger innenfor fagområder som psykiatri, legevakt/akuttmedisin, geriatri, smittevern, barn og ungdom. Disse stillingene er oftest besatt av fastleger i bistilling.

Tjenestenivå.

I kommunene er tjenestenivået oppdelt i resultatenheter, som hver har selvstendig faglig, personalmessig og økonomisk ansvar. Dette har i noen kommuner skapt grenser mellom resultatenheter og vanskeliggjort praktisk samarbeid mellom dem, for eksempel innen omsorgstjenesten mellom sykehjem og hjemmebasert omsorg. En enhet må forhandle med en annen enhet om den første ønsker tjenester hos

den andre. Noen mener at dette er i ferd med å ødelegge for hjelpekulturen mellom områder i kommunen, at en ikke lenger hjelper hverandre utfra pasientenes behov. Dette kan til dels resultere i et ”svarteperspill” om pasientene.

Under er et eksempel fra Tromsø kommune:

- Legetjenesten: to resultatenheter - allmennlegetjenesten og legevakt.
- Forebyggende helsetjenester: flere helsestasjoner for barn, helsestasjon for unge, skolehelsetjeneste, jordmortjeneste, flyktningehelsetjeneste og vaksinasjonskontor.
- Omsorgstjenesten har 14 resultatenheter med flere sykehjem og flere regionale omsorgstjenester (regioner/områder innen kommunen) for hjemmesykepleie og hjemmehjelp.
- Psykiatritjenesten, rehabiliteringstjenesten, fysioterapi og ergoterapitjenesten, sosialtjenesten og barnevernstjenesten er egne resultatenheter.

De siste årene har mange kommuner konkurranseutsatt en del tjenester, spesielt innen pleie- og omsorgssektoren. Som en konsekvens av dette har kommunene måttet gjøre nye omorganiseringer etter såkalt bestiller- og utfører-modell. Oftest fungerer dette ved at en egen bestillerenhet vurderer de søknader og forespørsler som kommer om de aktuelle tjenester og hjelpeordninger. I neste omgang ”bestilles” tjenestene hos de som er utførere, enten det er en kommunal eller privat tjenesteleverandør.

Mange kommuner er fornøyde med disse nyordningene, men også her kan det oppstå problemer for søkerne (pasientene) og i samhandlingen mellom tjenestene. Bestillerenheten har også en stor utfordring mht å gjøre raske vurderinger av alle henvendelser/søknader, slik at pasientene ikke oppfatter ordningen som et forsinkende og byråkratisk mellomledd.

I samsvar med fastlegenes avtaler med kommunen, kan kommunen pålegge fastlegen inntil syv timers kommunalt arbeid per uke. Dette gjelder bistillinger på helsestasjon, innen skolehelsetjeneste, på sykehjem, samfunnsmedisinsk (over)legestilling (se over), innen flyktningehelsetjenesten, i fengsler osv. Det eksisterer ingen faste normtall for dimensjoneringen av slike tjenester, men spesielt innen sykehjem er det ofte for få legetimer, slik at tiden ikke strekker til for de oppgaver som skal gjøres.

Samhandling:

Administrativt nivå

I varierende grad har enhetsledere for eksempel innen pleie og omsorg felles møter med rådmann og kommunalsjefer for reelle gjensidige drøftelser av utfordringer. Når det gjelder samhandling mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene, er det ofte ingen faste møter, hvor en for eksempel kunne diskutere felles mål og retning mot målet.

Praktisk samarbeid i felten

Det meste av samhandling skjer på det praktiske plan, styrt fra brukerens/pasientens behov. Når problemer oppstår, vil ofte sykepleier/hjelpepleier ta kontakt på vegne av bruker med den instans som bruker trenger hjelp fra. En del brukere tar kontakt direkte.

Eks:

- Kontakt mellom hjemmesykepleier og fastlege angående pasient som er bruker av hjemmetjenesten skjer oftest per telefon. Det varierer hvor tilgjengelig fastlegen er per telefon. Det varierer i hvor stor grad fastlegene faktisk tar ansvar for de medisinske problemer disse pasientene har, særlig dersom fastlegen må foreta hjemmebesøk. Likevel fungerer dette samarbeidet stort sett bra.
- Kontakt med kommunal fysioterapeut (fastlønnet av kommunen) og hjemmesykepleier / eller fastlege skjer ved skriftlig henvisning. Det er ofte et problem at den kommunale fysioterapi har for liten kapasitet i forhold til brukernes behov. Noen pasientgrupper blir prioritert og noen kan bli avvist.

- Kontakt med sykehjem.
 - Det er faste inntaksmøter etter søknad på fastplass og korttidsplasser.
 - Det er telefonisk kontakt mellom hjemmetjeneste og sykehjemsavdeling, basert på brukes behov.

I mindre kommuner er forholdene oversiktlige. De som arbeider i kommunehelsetjenestens forskjellige deler, kjenner som regel hverandre. Pasienter med problemer som krever samhandling mellom flere deler av kommunehelsetjenesten, blir som regel identifisert og får ofte hjelp. I større byer kan det være problemer med at en del fastleger ikke tar det medisinske ansvar for alvorlig syke i hjemmetjenesten. Spesielt gjelder dette behov for hjemmebesøk og vanskelige problemområder innen (alders)psykiatri. I større byer kan fastlegen bli satt utenfor hjemmeomsorgen for terminale pasienter dersom kreftsykepleier og sykehus ikke aktivt inkluderer fastlegen. Når fastlegen blir inkludert, kan samarbeidet rundt pasienten fungere godt.

Alle deler av kommunehelsetjenesten har egne journalsystemer. Fastlegene og helsestasjonene har elektroniske journalsystemer. Der legevakta er organisert utenfor fastlegekontorene, har legevakta et eget elektronisk journalsystem. På sykehjem og i pleie- og omsorgstjenesten er det egne, ofte papirbaserte journalsystemer. Ingen av disse journalsystemer er integrerte eller samhandler med hverandre. Det er i liten grad tradisjon med rapportskriving mellom deler av kommunehelsetjenesten når en pasient har kontakt. Dette kan få uheldige konsekvenser. Mange undersøkelser fra de siste årene har dokumentert uforsvarlig legemiddelhåndtering, ved at korrekte opplysninger ikke automatisk følger pasientene over til nytt behandlingsnivå. Elektroniske journalsystemer bør innføres i alle deler av omsorgstjenesten. S@mspill 2007 har som mål at alle journalsystemene i kommunehelsetjenesten skal kunne utveksle viktig informasjon om felles pasienter.

Konklusjon

Organisering av kommunene i resultatenheter, og etter bestiller-utfører-modeller, har bidratt til klarere ansvarlinjer og bedre økonomistyring. Organiseringen har imidlertid til dels skapt nye grenser innad i omsorgstjenesten og vanskeliggjort det faglige samarbeid mellom en del kommunale tjenester.

Det meste av samhandlingen mellom ulike deler av kommunehelsetjenesten skjer på det praktiske, pasientnære plan. Kontakt tas ofte per telefon. Journalsystemene er foreløpig ikke integrerte, og det er liten utveksling av journaldata. Tilgjengelighet og kapasitet er et problem, og i mange kommuner og bydeler må det gjøres mye for å kvalitetssikre overføringen av nødvendig pasientinformasjon.

Tittel: UTDANNING OG FORSKNING	Dato: 08.10.2004
Utarbeidet av: Nasjonal gruppe for samhandling	Godkjent: 11.10.2004

Utdanning og forskning som premisser for samhandling mellom 1. og 2.-linjetjenesten.

Innledning:

Det overordnede målet for samhandling mellom helsetjenestens første og andrelinjetjeneste er å yte pasienter og befolkningen en bedre helsetjeneste. Det vil si å sikre enhver pasient behandling på rett nivå til rett tid. For å få dette til, må begge tjenestenivåene i helsetjenesten samhandle som om det var en felles enhet. Bare da kan man oppnå at de tilgjengelige ressursene blir bukt effektivt og rasjonelt, og at pasientene slipper å oppleve brudd og unødig ventetid i behandlingsskjeden. Pasientene må oppleve at fastlegen, som portåpner til andrelinjetjenesten, har et tett og smidig samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og at pasientinformasjonen flyter uhindret mellom nivåene.

Som portner er fastlegen både portåpner og portvakt. I denne portnerrollen sitter fastlegen med nøkkelen til resten av helsetjenesten. Dette betyr også at det er primærlegene som gjennom sine "bestillinger" av spesialisthelsetjenester genererer det meste av utgiftene, også i spesialisthelsetjenesten. Endringer i henvisningspraksis er nemlig svært konsekvensrike for andrelinjen; dette poeng illustreres godt ved at ett prosentpoengs økning andelen pasienter som henvises videre, øker henvisningsvolumet med 20-25 prosent!

Helseforetakene har riktignok ansvar for å bygge en organisasjon og struktur som skal sikre at den spesialiserte helsetjenesten driver rasjonelt og effektivt, men det er primærlegenes rekvisisjoner som utløser spesialisthelsetjenestene. Disse rekvisisjonene forutsettes å være basert på et faglig skjønn som både er tuftet på kunnskap ("evidence-based") og tilpasset en nasjonal fagkultur. Dette innebærer at det faglige skjønn også må inkludere bredere faglig forståelse, befolkningens forventninger og etiske normer.

En primærhelsetjeneste som blir preget av faglig usikkerhet og manglende forståelse for sine faglige roller og ansvar i systemet (vikarstafetter), vil kunne føre til økte henvisningsrater og økte dermed utgiftgenerering. Det er derfor viktig å utvikle en fagkultur som understreker likeverdighet mellom nivåene, og å utvikle og formidle et felles kunnskapsgrunnlag som kan virke befordrende for bedre samhandling mellom nivåene.

Den demografiske sammensetningen av befolkningen endres i retning av flere eldre. Dette vil i fremtiden gi en økning av de pasientgrupper som får behov for mer sammensatte helsetjenester, fra begge nivåer og over lengre tid. Disse pasientene har krav på en individuell behandlingsplan som involverer både første- og andrelinjen. Framtidens medisinske virksomhet vil følgelig i økende grad bli en individualisert behandling med hele pasienten i sentrum, og i mindre grad en avgrenset og fragmentert sykdomsorientert behandling. Den allmennmedisinske tilnærming, der behandlingsplanen blir gitt ut fra et individ med gitte personlige og familiære ressurser omkring seg - i motsetning til en biologisk medisinsk sykdomsorientert tilnærming der man bare tar sikte på å gjenopprette en organsvikt - vil også måtte prege spesialisthelsetjenesten. En slik individualisert tilnærming kan bare fungere dersom det er tett samhandling mellom tjenestenivåene.

For å få til bedre samhandling mellom tjenestenivåene kreves det ikke bare tekniske og strukturelle løsninger som møteplasser og informasjonsutveksling. Det vil kreve en grunnleggende forståelse og holdningsendring omkring hvorfor og hvordan man må samhandle. Dette dreier seg om en aldri så liten "kulturrevolusjon", med større vekt på felles ansvar, helhet, sammenheng og samspill.

Kunnskapsgrunnlaget for disse nye holdningene og samhandlingskulturer må genereres gjennom forskning, og tilegnelsen må skje gjennom at forskningen gjennomsyrrer undervisningen i både grunnutdanningen og i videre – og etterutdanningen av alt helsepersonell.

Kunnskap som ressurs

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">- Kunnskap hos få er makt- Kunnskap hos mange er verdi |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

I et samordnet helsevesen må det lages mekanismer for fri flyt av kunnskaper. Den relevante kunnskapen må være lett og tydelig tilgjengelig slik at den ved behov kan mobiliseres av den enkelte helsearbeider. Moderne informasjonsteknologi åpner for at forskningsbaserte kunnskaper blir gjort lettere tilgjengelig for alle tjenesteyterne i sektoren.

Fortsatt er det i medisinen en betydelig andel av behandlingsregimene som bare er erfaringsbaserte; det vil si at de ikke forskningsbaserte. Den kliniske forskning og metodeevaluering bør styrkes, og gjennomføres som fellesprogram for både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samhandling som selvstendig tema for forskning er nærmest ikke eksisterende i dag. De samfunnsmedisinske instituttene har her en viktig oppgave og et stort ansvar. Dette feltet bør styrkes gjennom en oppbygging av programmer for helsetjenesteforskning i både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Fram til i dag har helsetjenesteforskningen i Norge vært en svært begrenset aktivitet med hovedfokus på helseøkonomi. Helsetjenesteforskning i primærhelsetjenesten er nærmest ikke eksisterende i Norge i dag.

Ved Universitet i Tromsø er allmenntmedisin (primærhelsetjenesten) blitt ett av tre hovedfag (kirurgi, indremedisin og allmenntmedisin) med egen klinisk eksamen som en del av den avsluttende eksamen. I undervisningen av legestudentene fram mot embetseksamen er det en viss grad av integrering av de faglige elementene i gjennom de såkalte integrerte klinikker. Men det scenario som blir brukt, er å belyse tilnærmingen til en sykdom fra hvert av de to ståstedene, fastlegen og sykehuset. *Pasientflyt og samhandling som eget faglig element er helt fraværende i studieplanen.* Det er heller ingen samordning av den individualiserte behandlingsplan som skal lages for de kronisk syke pasientene. De ulike tjenestenivåene beretter om sin tilnærming og håndtering av pasientens problem, uten at man problematiserer selve samhandlingen og de prosessene som må til for å unngå språk og konflikt mellom tilnærmingene.

Gjennom den nye satsingen på ”Distriktsmedisin” som en ”ny” profilering av studiet gjøres det forsøk på å få samhandlingen mellom tjenestenivåene inn som et nytt og viktig undervisningselement.

Den manglende forståelse og interesse for samhandling som undervisningstema bunner seg nok i at det mangler forskningskunnskaper om dette tema. Undervisningen skal være og er forskningsbasert, og tema som ikke har sitt fundament i forskning vil lett degenerere til å bli meninger og påstander fra enkeltlærere.

Allmenntmedisin er en del av samfunnsmedisinen og i de fleste legestudier inngår ikke allmenntmedisinen som en del ikke den kliniske medisin. Dette instituttskillet som går tvers gjennom den kliniske henvisning og samhandlingskjeden bidrar heller ikke til å fremme samhandling som eget tema i undervisningen. Men fraværet av kunnskaper og kultur for å få dette tema inn på dagsorden og inn i studieplanen, har antagelig vært en større hindring. Dette bekreftes ved det faktum at samhandling som utdanningstema er helt fraværende i både spesialistutdanningen i allmenntmedisin og i utdanningsprogrammene for de andre spesialfagene.

Den medisinske forskningen i dag gjenspeiler gren- og kvistspesialiseringen i de kliniske fagene. Med tanke på hvordan ressursbruken genereres i helsevesenet, må det være viktig for foretakene å få etablert forskning innenfor tema som samhandling. Samhandling må ikke bare bli et helsepolitisk og helsestrategisk diskusjonstema, men også et område for forskning og utvikling av ny kunnskap og innsikt.

De politiske og strategiske beslutningene for fremme av ulike samhandlingsmodeller må følgelig være kunnskapsbaserte, og kunnskapene må igjen være forskningsbaserte. Helseforetakene har fått ansvaret for forvaltningen av store deler av den kliniske forskningen og metodeevalueringen i Norge. Her ligger en utfordring i å få etablert forskningsprogram som kan fange opp disse problemstillingene. De regionale helseforetakene bør derfor utnytte de strategiske muligheter som ligger i prioritering av egne forskningsmidler, slik disse forvaltes gjennom universitetssamarbeidet. Konkret foreslås det at forskning om samhandling mellom nivåene gis prioritet og etableres som et langsiktig satsingsområde. Forskningsinstitusjonene må settes i stand til å levere premisser av betydning både for strategiske vedtak og for klinisk praksis. Dette budskap om samhandling som forsknings- og undervisningstema har således adresse både til de universiteter og høyskoler med helsefaglige utdanninger. Selv om både forskningen og kunnskapsformidlingen rundt disse tema må tuftes på globale krav til faglighet og kvalitet, må den også være relevant for – og dermed være empirisk forankret i - regionale/lokale tjenestestrukturer og fagkulturer.

Ferske erfaringer viser at et oppsplittet helsevesen med fritt sykehusvalg kan bli en trussel for de lokale og perifere sykehusene. Tett og rasjonell samhandling mellom tjenestenivåene kan bli ”limet” som knytter tjenestenivåene sammen til en felles enhet. Hvis løsningsmodellene er basert på kunnskap i større grad enn tro og personlige meninger, vil man kunne møte argumentene og holdningene mot enhver forandring på en faglig arena.

Konklusjon – forslag om tiltak:

Skal man lykkes med en økt samhandling mellom tjenestenivåene som er en forutsetning for en god helsetjeneste, så må en faglig fellesforståelse og en felles samhandlingskultur utvikles gjennom forskningsbasert undervisning i både grunnutdanning og i videre- og etterutdanningen av alt helsepersonell.

- De regionale helseforetakene anbefales å utnytte de muligheter som ligger i universitets- og høyskolesamarbeidet mht å styrke både forskning og undervisning om tema knyttet til samhandling mellom tjenestenivåene.
- Det anbefales videre at de regionale helseforetak prioriterer egne forskningsmidler til å etablere langsiktige forskningsprogram som kan styrke kunnskapsgrunnlaget på dette feltet.
- Etter hvert som kunnskapsgrunnlaget styrkes, anbefales videre at kunnskap om samhandling mellom nivåene innarbeides i studieplanene for universiteter og høyskoler med helsefaglige utdanninger.

Tittel: TELEMEDISIN SOM SAMHANDLINGSINSTRUMENT	Dato: 08.10.2004
Bestilt notat, utarbeidet av: Nasjonalt senter for telemedisin	Ferdigstilt: 11.10.2004

Telemedisin som samhandlingsinstrument mellom 1. og 2. linjen

<u>1. Innledning</u>	76
<u>1.1 Definisjon av telemedisin</u>	77
<u>1.1.1 Telemedisin – direkte pasientkonsultasjon</u>	77
<u>2. Norsk Helsenett er ”motorveien for samhandling” – infrastruktur og tjenester</u>	77
<u>3. Dokumentasjon</u>	78
<u>4. Elektronisk meldingsutveksling</u>	78
<u>5. Gevinster</u>	79
<u>6. Telemedisinske tjenester som er utviklet og i drift</u>	79
<u>7. Telemedisinske tjenester som trenger mer utvikling</u>	82
<u>8. utfordringer knyttet til implementering og bruk av telemedisinske tjenester</u>	83
<u>Litteratur</u>	84

1. Innledning

Telemedisin kan integreres i samhandlingen mellom 1. og 2. linjen, som ett av flere virkemidler for å understøtte og/eller restrukturere levering av helsetjenester. For å oppnå gevinster må det fokuseres på hele kjeden fra pasient til spesialist og på tvers av forvaltningsnivåer (hele pasientløpet). Spredning av telemedisin i daglig praksis handler om organisatoriske grep, og ikke om teknologien.

I morgendagens helsetjeneste kan telemedisin være en naturlig måte å levere helsetjenester på. Aktørene som skal henvise eller motta pasienter bør kunne velge telemedisin dersom dette er den mest hensiktsmessige måten å levere tjenesten på.

Når telemedisin integreres i tjenesteleveringen kan den utfordre den ordinære måten helsetjenester leveres på. Oppgavedelingen mellom nivåene i helsetjenesten med tilhørende arbeidsprosesser er et resultat av etablerte systemer. Med etablerte systemer mener vi juridiske forhold, arbeidsdelingen mellom 1. og 2. linjen, henvisningspraksis, faggruppers tradisjonelle ansvarsområder og finansieringssystemet. Innføring av telemedisin i samhandlingen mellom aktørene i helsetjenesten fører ofte til at arbeidsdelingen mellom aktørene endres, og at aktørene må endre egne arbeidsprosesser. Dette kan medføre at gevinstene etter innføring fordeles ujevnt fordi pengestrømmen ikke følger endret oppgavedeling og arbeidspraksis. Dermed produseres det barrierer mot endring, og realiseringen av telemedisintjenester i full skala kompliseres. Det er aktører på ulike nivå i beslutningssystemet som har myndighet til å endre barrierer og fremme ønskede endringsprosesser.

I dette notatet vil vi først beskrive hva telemedisin er. Videre vil vi beskrive helsenett og meldingsutveksling som forutsetning for storskala utbredelse av telemedisinske tjenester. Vi lister også kort opp hvilke gevinster telemedisin kan gi. NST er bedt om å presisere tydeligere hvilke telemedisinske tjenester som er modne for utbredelse etter antatt volum og betydning for pasientene. I punkt 6 framstilles tjenestene NST mener er modne for storskala utbredelse. Under hver av dem er det gjort beskrivelse av dokumentasjon, anvendelsesområde, i hvilken grad tjenesten kan bidra til å tilgjengeliggjøre helsetjenester

for belastede pasientgrupper eller tjenester som er ”enkle” å få opp et volum på. Tjenestenes lønnsomhet er ofte knyttet til variablene pasientvolum og reiseutgifter for pasienter og ledsagere.

1.1 Definisjon av telemedisin

Telemedisin er:

”Undersøkelse, overvåkning, behandling og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienten eller relevant informasjon er plassert”

(Advanced Informatics in Medicine 1991)

Definisjonen omfatter telemedisin brukt til:

1. direkte pasientkonsultasjon (utredning, diagnostisering og behandling)
2. utdanning av fagfolk
3. pasient- og pårørende opplæring

Dette notatet fokuserer på punkt 1. direkte pasientkonsultasjon.

1.1.1 Telemedisin – direkte pasientkonsultasjon

Dagens modne tjenester baserer seg på bruk av videokonferanse¹ og elektronisk post med eller uten vedlegg sendt f.eks. mellom allmennlege og spesialist. Vedleggene kan inneholde bilder, videoklipp eller lydfiler. Innenfor hud er det vanlig å sende digitale bilder (stillbilder). Det kan også sendes lydfiler med f.eks. hjertelyd. Ultralyd kan også sendes som vedlegg. Innen øre, nese og hals (ØNH) kan det sendes stillbilder og videoklipp av det som legen har sett gjennom fleksible eller stive skop.

Videokonferanse skjer i sann tid. Det nødvendiggjør at deltakerne på hver ende av sendingen må være til stede samtidig. Elektronisk post foregår ansynkront. Det innebærer at legen kan velge når det er mest fornuftig å svare på henvendelsen. For å sikre at svaret kommer innen rimelig tid, er det viktig at det avtales responstid mellom sender og mottaker.

2. Norsk Helsenett² er ”motorveien for samhandling” – infrastruktur og tjenester

Elektronisk kommunikasjon, samhandling og telemedisinske tjenester mellom enheter i helse- og sosialektoren forutsetter et lukket nettverk. Norsk Helsenett AS ble stiftet høsten 2004 og er eid av de regionale helseforetakene med like eierandeler. Helsenettet utgjør en sikker infrastruktur mellom enheter for utveksling av sensitiv informasjon.

En forutsetning for effektiv mange-til-mange kommunikasjon i et helsenett er at sykehus og legekantor knytter seg til helsenettet. I dag er alle norske sykehus, ca. 600 legekantorer og andre aktører knyttet til nettet. Nord-Norge og Midt-Norge er de områder som er kommet lengst med antall legekantorer tilknyttet helsenettet. I løpet av 2004 tilbyr Sosial- og Helsedirektoratet støtte til legekantor for å knytte seg til helsenettet. Legekantorene blir tilbudt tilgang til en postkasse for utveksling av meldinger og elektronisk

¹ Larsen, Frank m fl 2002: ”Videokonferanse i Nasjonalt helsenett: En veileder, NST-rapport

² http://www.norskelsenett.no/tiki-view_articles.php

signatur (PKI) for en sikrere kommunikasjon. Det blir viktig at legekantorene tar i mot dette tilbudet og like viktig er det at sykehusene også tar i bruk PKI.

En annen forutsetning for kommunikasjon og samhandling er at det blir tjenester i helsenettet som bidrar til en sikrere og enklere mange-til-mange kommunikasjon. Det arbeides i dag med etablering av helseenhetsregisteret (HER) og katalogtjenester. Det er viktig at de regionale helseforetakene støtter opp under dette arbeidet.

Norsk Helsenett vil satse på å knytte pleie- og omsorgssektoren til helsenettet. Dette vil gi en viktig sektor tilgang på elektronisk informasjonsutveksling og samhandling mellom nivåene.

3. Dokumentasjon

Når telemedisin brukes som redskap for direkte pasientkonsultasjon, må konsultasjonen journalføres både hos allmennlegen, på sykehjemmet, på sykestuen eller på sykehuset (hos den som har behandlingsansvaret)³. Dersom tjenesten skal bli en del av daglig praksis, er det nødvendig at konsultasjonene registreres på linje med ordinære konsultasjoner i pasientens journal.

4. Elektronisk meldingsutveksling

Henvisninger og epikriser utgjør det største volumet for informasjonsutvekslinger mellom 1. og 2. linjetjenesten. Elektronisk henvisning og epikrise innebærer at informasjonen sendes fra journalsystemet hos avsender til journalsystemet hos mottaker.

Dette innebærer at helseinstitusjonene både unngår dobbeltarbeid og reduserer sannsynlighet for feilskrivning ved at pasientinformasjon ikke må skrives manuelt inn i journalsystemene flere ganger. Sikkerheten øker ved at innholdet i informasjonen ikke sendes feil eller kommer bort. Tjenesten vil kunne gi besparelser i form av sparte utgifter i forbindelse med produksjon og sending av dokumenter i posten, samt frigjøre ressurser på både på legekantorene og sykehusene. Erfaringer viser imidlertid at kontorpersonalet ikke blir overflødige av denne omstruktureringen, men f r nye arbeidsoppgaver og andre ansvarsområder.

Utbredelsen av meldingsutveksling, spesielt elektronisk henvisning og epikrise, er variabelt landet sett under ett. I løpet av 2004 vil omtrent alle sykehus og legekantor i Nord-Norge ha tatt i bruk sending og mottak av elektronisk henvisning og epikrise. Løsningene som benyttes er nasjonale og benytter meldingsstandarder utviklet av KITH. Løsningene kan derfor tas i bruk av alle sykehus og legekantor i landet, dersom deres journalleverandør og kommunikasjonsleverand r har implementert standardene og løsningene.

Brukere av elektronisk samhandlingstjeneste har kommet med ønsker om videreutvikling av tjenesten med flere typer meldinger. En videreutvikling av tjenesten må også være å kunne sende vedlegg sammen med henvisningene og epikrisene, som for eksempel bilde, lyd og tekstdokumenter. Dette krever at leverandører og aktører i helsenettet tar i bruk rammeverket (ebXML). Endringen vil medføre at telemedisinske løsninger lar seg integrere i journalsystemene som legene benytter i hverdagen. Det vil lette brukergrensesnittet og brukervennligheten for den enkelte lege. Dette gir et stort potensial for å få volum på telemedisinske tjenester.

³ <http://odin.dep.no/hod/norsk/publ/rundskriv/030071-250016/dok-bn.html>

5. Gevinster

Telemedisin kan gi gevinster som: (de er ikke rangert)

- økt tilgjengelighet på tjenester (der dette er ønskelig)
- mer likeverdige og tilgjengelige helsetjenester for pasienten, uavhengig av bosted
- mer fornøyde pasienter
- reduserte kostnader knyttet til pasientreiser
- redusert fravær fra jobb (pasienten)
- kompetanseutvikling
- nye samhandlingsmønstre mellom 1. og 2. linjen
- rekruttering og stabilisering av helsepersonell
- mer rasjonell arbeidsdeling mellom nivåer og mellom institusjoner
- økt produktivitet

6. Telemedisinske tjenester som er utviklet og i drift

Tjenestene innen hud, bruk av videokonferanse innen psykiatri, teledialyse, ØNH og fotografering av øyebunn (fundusfotografering), er tjenester i drift og som bør prioriteres for utbredelse i storskala.

Hud

Teledermatologi tilbys ved hjelp av to ulike teknologier. Videokonferansekonsultasjoner foregår ved at pasienten sammen med allmennlege eller annet helsepersonell møter spesialisten via en videokonferanseforbindelse. De fleste pasientene vil umiddelbart få tilbakemelding og eventuell behandling kan igangsettes. Den telemedisinske tjenesten er integrert i daglig drift ved mellom UNN og Helse Finnmark. Pasienter med behov for lysbehandling får dette i Kirkenes og Hammerfest.

Ved stillbildehenvisninger vedlegges det bilder sammen med den skriftlige henvisningen fra allmennleger til spesialister. Bildene kan tas, sendes og vurderes på ulike tidspunkt. Pasienten vil derfor måtte vente på tilbakemelding fra spesialisten. Evalueringer viser at mindre klinisk informasjon er tilgjengelig enn ved videokonferanse og flere pasienter må henvises videre til spesialistklinikk, men investeringskostnadene er mye lavere.

Stillbildetjenesten krever i tillegg til tilknytning til Norsk Helsenett, investering i digitalt kamera, samt programvare⁴ for å sende bilder. 84 av ca. 200 legekontor i Nord-Norge har utstyr for å kunne sende stillbildehenvisninger. I de 10 første månedene i 2003 ble det sendt 290 slike henvisninger (tallene er telt opp manuelt av NST), som enten ble tolket ved UNN eller Nordlandssykehuset. Det er gjort undersøkelser blant allmennleger som bruker denne tjenesten. De er fornøyde og mener at telemedisin gir dem økt kompetanse innen hudfeltet. Den økede kunnskapen setter dem i stand til å gjøre en bedre selektering av pasienter som bør sende til sykehuset⁵. Pasientene og ledsagere vil spare tid fordi de slipper å reise til sykehuset.

Gevinster oppstår i første rekke ved at pasienter og eventuelle ledsagere kan unngå reise til spesialist⁶. Ulike analyser viser at lønnsomheten til telemedisinske tjenester som erstatter tradisjonelle poliklinikk-konsultasjoner avhenger av antall årlige konsultasjoner og reisekostnader⁷.

⁴ I Helse Nord benyttes programvaren Well Communicator.

⁵ Elin Johnsen m. fl.: Distriktmedisinsk senter med telemedisin – en utredning, NST-rapport 2003

⁶ Birgit Abelsen og Frank Olsen. Lønnsomhetsanalyse av tre telemedisinske tjenester. Rapport nr 12/2004. NORUT Samfunnsforskning AS

⁷ Trine Bergmo. A cost-minimization analysis of a realtime teledermatology service in northern Norway. Journal of Telemedicine and Telecare, 2000 ;6: 273-277.

Dersom utstyret i tillegg benyttes til andre tjenester, bedres lønnsomheten. Gjennom "Helgelandprosjektet" har NST erfart at både sykehusavdelinger og allmennleger ønsker å benytte stillbilder til problemstillinger utover rene dermatologiske problemstillinger.

Denne tjenesten har potensial for utplassering på alle legekantor og dermatologiavdelinger. Utstyret kan også utplasseres i tilknytning til sykehjem og hjemmesykepleien, der man blant annet møter sårproblematikk. Hudtjenesten har altså et potensial for stort volum. Tjenesten er nyttig for belastede pasientgrupper med psoriasis og lignende kroniske hudsykdommer, fordi den kan øke tilgjengeligheten til kontroll og oppfølging utenfor sykehus. Den kan gjøres regelmessig hos allmennlegen ved hjelp av stillbilder eller ved kontroll gjennom bruk av videokonferanse.

Psykiatri ved bruk av videokonferanse

Videokonferanse er testet ut og brukes i rutinetjenester innen psykisk helsevern både i Troms og Finnmark. Metoden brukes både for direkte pasientkonsultasjon og for opplæring av personell. Erfaringene fra prosjekt "Etablering av pasientrettet telepsykiatri", - bruk av videokonferanse for pasientrettet samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og fire kommuner, viser at erfaringene er gode. Det er stor grad av tilfredshet med videokonferanse som arbeidsredskap, både med brukervennlighet og teknisk kvalitet.

Det rapporteres om:

- hyppigere kontakt mellom nivåene i helsetjenesten, og bedre informasjonsutveksling
- kommune har unngått akutt innleggelse fordi pasienten er vurdert av psykiater ved bruk videokonferanse
- lettere tilgjengelighet for deltakere i ansvarsgrupper
- økt tilgjengelighet på lovpålagt § -vurdering hver 3. måned av pasienter som er utskrevet på tvunget ettervern
- lettere å gjennomføre møter for utarbeiding/oppfølging av individuell plan
- mindre opplevelse av faglig isolasjon i kommunene
- økt tilgjengelighet for kommunalt ansatte på eksisterende undervisningstilbud (se undervisningskatalogen.no), rådgivning og faglig veiledning ved behov
- desentralisert spesialistutdanning av fagpersoner (deler av spesialiseringen innen barnepsykiatere og voksenpsykiatri har vært gjennomført på videokonferanse i Nord Norge i flere år)

Videokonferanse er velkjent og utprøvd som metode for samhandling. I Nord-Norge (særlig i Finnmark) brukes telemedisin i terapeutisk sammenheng. Potensiale for utbredelse er stort landet sett under ett.

Teledialyse

Pasienter med nyresvikt kan enkelte steder få dialysebehandling utenfor spesialistsykehuset. Disse dialysesatellittene bemannes av spesialtrente sykepleiere, mens spesialistsykehuset har medisinsk og administrativt ansvar for behandlingen.

I Helse Nord tilbys telemedisin som en metode for å styrke dialysebehandlingen ved satellittene. En videokonferanseforbindelse mellom dialysesatellittene ved Alta helsesenter og Hammerfest sykehus og UNN i Tromsø har erstattet kommunikasjon som før forgikk via brev, telefon eller reisevirksomhet. Overvåkningsinformasjon blir fortløpende tilgjengelighet for spesialisten under dialysebehandlingen. I tillegg ambulerte nefrologen fra UNN jevnlig til Alta, Hammerfest og Kirkenes, og pasientene reiste til kontroll ved UNN hver 3. måned. Dersom problemer oppsto, var innleggelse ved UNN ofte nødvendig

Helsepersonellet både ved helsesentrene og UNN, samt pasientene er fornøyde med denne måten å samhandle på. Ifølge helsepersonellet er det særlig kvaliteten som heves med denne tjenesten: Rådene

PB Jacklin et al: Virtual outreach: economic evaluation of joint teleconsultations for patients referred by their general practitioner for a specialist opinion, BMJ 2003;327:84.)

som gis fra spesialistsykehuset kan gis med større sikkerhet og satellittene får økt trygghet ved at man får raskere og mer kvalitetssikret informasjon tilbake. Pasientene kan kommunisere direkte med legen, mens de tidligere var henvist til å snakke gjennom sykepleierne. De fleste av dialysepasientene er gamle og syke og det har stor betydning å slippe å reise til Tromsø for kontroller og innleggelser ved UNN. Videokonferanseforbindelse gir et bedre grunnlag for å vurdere pasientens tilstand enn telefonkontakt. Tilfeller der man før unødvendig ville ha sendt pasienten til Tromsø fordi pasientens tilstand var usikker, vil nå kunne unngås fordi UNN kan se og høre pasienten⁸.

Lønnsomheten til denne tjenesten vil avhenge av lokale forhold. Hvilket utstyr man behøver avhenger blant annet av om man har bredbånd og hvordan tjenesten tidligere var organisert. Gevinster er knyttet til hvor mange pasienter som får dialysebehandlingen på satellitten og hvilket tilbud disse pasientene hadde før. Ved hjelp av telemedisin kan denne tjenesten leveres til en meget belastet pasientgruppe som helst bør unngå mye reising.

Fundusfotografering av øye

En undersøkelse estimerer at 2,3 % av befolkningen lider av diabetes⁹. En av komplikasjonene ved diabetes er retinopati (blodpropp i øyet). Dersom retinopati ikke behandles, kan det føre til blindhet. Medisinsk er det enighet om at det vil være gunstig med årlige kontroller av diabetespasienter der fundusfotografering inngår. Det finnes ennå ikke et enhetlig og landsomfattende oppfølgingssystem hos øyeleger og ikke alle diabetespasienter får kontrollert øynene årlig.

I Helse Nord benyttes telemedisin til fundusfotografering i Lofoten (Gravdal) og i Alta. Selve fotograferingen kan, med litt ekstra opplæring, gjøres av sykepleiere eller hjelpepleiere. Bildene kan sendes via telemedisin til et sykehus eller til en privat spesialist. Utplasseringsstedet trenger altså ikke å ha en øyespesialist som er til stede. Tjenesten krever investering i funduskamera, samt tilkobling til Norsk Helsenett. Gevinster er sparte reisekostnader og spart tid for pasientene og ledsagere¹⁰. I tillegg bedrer tjenesten tilgjengeligheten til øyekontroller for diabetikere som har lang vei til øyespesialist.

Alle pasienter med diabetes vil være målgruppen for tjenesten, men tjenestetilbudet kan også utvides til å omfatte synsfeltmåling, bilde av synsnerven og trykkmåling for andre grupper av pasienter. Nytteverdien av dette vil være at ambulerende spesialist kan utnytte egen kapasitet bedre fordi kjente pasienter kan behandles over nett og nyhenviste kan prioriteres nå spesialisten er ute og ambulerer.

ØNH

Tjenesten innebærer at legen tar stillbilder ved hjelp av et endoskopisk utstyr, digitalkamera og eventuelt videokonferanse. Dette er en utprøvd tjeneste. Utstyr innen denne tjenesten er utplassert flere steder hos allmennleger i Helse Nord. Volumet er foreløpig lavt. Denne tjenesten forutsetter at legen har ett visst pasientvolum fordi tjenesten krever kontinuerlig trening i bruk av utstyret. Tjenesten egner seg best for utplassering på helsesentre/DMS eller allmennlegekontorer med flere allmennleger, for at pasientgrunnlaget skal være stort nok og tjenestens kvalitet skal bli god nok. Tjenesten kan også brukes for å fordele kapasitet mellom ulike avdelinger innen helseforetak.

Radiologi

Radiologi er det eldste telemedisinske tjenesten og de fleste sykehusene i Norge har digitalisert røntgenavdelingen.

Røntgenbilder kan imidlertid også sendes elektronisk for tolking av radiolog et annet sted.

I Otta ble det etablert et slikt teleradiologisk tilbud i 1998. Tjenesten er nå i rutinedrift og bildene sendes til Lillehammer for å bli tolket. Alternativet til teleradiologi er transport av pasientene til Lillehammer. En økonomisk evaluering av tjenesten viser at etableringen av teleradiologi i Otta var et alternativ til en

⁸ Larsen, Frank: Evaluering av prosjektet Nett i nord. Pasient- og brukererfaringer. 2002

⁹ Lars Chr. Stene et al.: Hvor mange har diabetes mellitus i Norge? Tidsskr Nor Lægeforen; 2004;124:1511-14.

¹⁰ Siri Bjørvig; Monika A Johansen; Kristian Fossen: An Economic Analysis of screening for Diabetic Retinopathy, Journal of Telemedicine and Telecare, 2002; 8(1):32-35.

investering i et tilsvarende laboratorium i Lillehammer. Gevinster er sparte reisekostnader og spart reisetid¹¹. Hvor lønnsom drift av teleradiologiske tjenester mellom 1. og 2.linjetjenesten vil være, avhenger av hvilke investeringer som må gjøres og hva som er alternativt radiologisk tilbud.

7. Telemedisinske tjenester som trenger mer utvikling

Prenatal omsorg

Innen fødeselsomsorgen er det gjort prosjekter med fokus på telemedisinsk overføring av informasjon fra CTG-målinger og ultralyd. Internasjonalt har telemedisin vist seg å være nyttig i forbindelse med svangerskapsomsorg og fosterdiagnostikk, og forskerne ser for seg en rekke nye muligheter på dette feltet.¹²

I dag er bruk av ultralyd mellom Otta og Lillehammer en rutinetjeneste i fødselsomsorgen i Otta. Det brukes ikke CTG. Nordlandssykehuset, avdeling Lofoten har testet ut både bruk av ultralyd og CTG målinger. I dag brukes kun CTG- registrering. Det gir jordmødre i Lofoten mulighet for second opinion fra jordmor eller gynekolog i Bodø.

Telemedisin innen prenatal omsorg er en "halvmoden" tjeneste. Gravide som er intervjuet i forbindelse med prosjektet "født på bredbånd" er fornøyde og trygge. Lønnsomheten avhenger av reiseavstand og volum. I Lofoten var reiseavstandene store, volumet lavt og nettleiekostnader store. Dette medførte at den økonomiske evalueringen konkluderte med at tjenesten ikke var lønnsom. NST mener at utbredelse av tjenesten avhenger av administrative beslutninger i 1. og 2. linjen og av fagfolk som ønsker å skape og muliggjøre denne type tjeneste.

Akuttmedisin

Telemedisin innen akuttmedisin er et område hvor det fremdeles gjenstår utviklingsarbeid. NST har to initiativ på gang. Det ene er et samarbeid med fagfolk fra akuttmedisinske miljø med den hensikt å utvikle prosjekter hvor videokonferanse tas i bruk inne på akuttrommet, slik at det er mulig for spesialist ved et sykehus på høyere nivå å veilede på distanse. Dette kan testes ut i forhold til regionsykehus og sykehus med modifisert akuttberedskap, et DMS eller skadestuen i kommunen.

Det andre initiativet handler om å utvikle en tjeneste for bruk av stillbilde i ambulanse. Her gjenstår det og prøve ut og dokumentere nytteverdien av tjenesten.

Psykatri ved bruk av Internett, sms, elektronisk post og sanntidsmeldinger

Innen psykiatri er telemedisinske metoder som bruk av Internett, elektronisk post, sms eller "sanntidsmeldinger" for direkte pasientkonsultasjon lite utbredt. Det er områder hvor NST forventer at pasientene kommer til å etterspørre tjenester, fordi vi blir mer og mer fortrolige med teknologien innenfor andre områder. Vilårene for at terapeutisk behandling ved hjelp av slike tjenester (Internett, elektronisk post, sms etc.) skal være nyttige for pasientene, er foreløpig ikke testet godt nok ut.

Kommunikasjon mellom pasient og allmennlege/spesialist

NST har gjennom prosjektet Pasientlink¹³ utviklet teknologi som gjør at pasienter som ønsker å kommunisere med egen fastlege via elektronisk post kan gjennomføre dette. Denne teknologien gjør det mulig for pasienten å sende til en mottaker innenfor helsenettet (fastlegen) og motta informasjon fra fastlegen ved elektronisk post.¹⁴ Stadig flere pasienter ønsker å kommunisere elektronisk med fastlegen. På sikt vil dette behovet også kunne melde seg i forhold til pasienter som stadig er til oppfølging hos spesialist. Denne tjenesten er utviklet og kan settes i drift. Den er ikke i rutinedrift fordi den trenger å bli satt inn i en organisatorisk sammenheng. Beslutningene om dette må fattes på administrativt hold.

¹¹ Inge Johansen og Elin Breivik. Er teleradiologi i primærhelsetjenesten kostnadseffektiv? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2490-2

¹² Karlsen, UD, Telemedisinske løsninger i fødselsomsorg og akuttmedisin, *NORUT-Samfunnsforskning AS – notat*, april 2003.

¹³ <http://www.telemed.no/index.php?cat=7457>

¹⁴ <http://www.telemed.no/cparticle132740-7398a.html> http://www.tidsskriftet.no/pls/lts/pa_lt.visSummary?vp_seks_id=565102

Rusvern og automatisert blodsuktermåling

Sms (tekstmelding på mobil) kan også brukes. I dag er dette testet ut av NST i prosjektet "Bruk av interaktive medier i ettervernet for rusmisbrukere". Prosjektet har vært et samarbeid med pasienter og ansatte ved rus/psykiatri posten på UNN. Pasienter med diabetes kan også måle blodsukkeret og sende resultat til pårørende eller helsetjenesten fortløpende ved hjelp av sms. Dette er en prototype som er utviklet av NST i prosjektet "automatisert måling av blodsukker". Tjenesten kan videreutvikles og settes i drift, men forutsetter finansiering og infasing i helsetjenestens tjenestespekter.¹⁵

8. utfordringer knyttet til implementering og bruk av telemedisinske tjenester.

NST har gjort undersøkelser rundt forhold som hemmer og fremmer implementering og bruk av telemedisinske tjenester.¹⁶ På bakgrunn av egne og andres erfaringer på området kan vi med sikkerhet si at noen spesiell faktorer er av stor betydning for utbredelse. Vi har i tidligere avsnitt sagt noe om mulig potensial for bruk av de ulike telemedisinske tjenestene. Det er slik at for alle tjenestene eksisterer det en betydelig avstand mellom potensial og aktuell utbredelse. Hovedutfordringene beskrives her punktvis, og gjelder for implementering og bruk av alle de tjenestene vi har beskrevet. Utfordringene knytter seg i hovedsak til menneskelige, organisatoriske og økonomiske forhold:

- Bruk av telemedisinske tjenester utfordrer i mange sammenhenger arbeidsdelingen mellom de ulike nivå i helsevesenet. Det eksisterer i dag telemedisinske takster for spesialisthelsetjenesten, men ikke for primærlegene. Dette er en betydelig barriere i arbeidet med å få volum på tjenestene.
- Telemedisin er et virkemiddel som kan fremme samhandling mellom nivåer og på tvers av institusjoner. Det blir viktig å iverksette omorganiserings- og endringsprosesser på alle involverte nivå samtidig, og ha fokus på alle involverte parter.
- Vellykket implementering og bruk krever endringsvilje på alle involverte nivå, viktigst er likevel ledelsen.
- Det må synliggjøres overfor brukere hvilke forbedringer nye systemer innebærer i forhold til eksisterende teknologi og rutiner.
- Alle involverte helsearbeidere trenger opplæring og støtte for å ta i bruk nye systemer og innarbeide nye rutiner.
- Det må inngås klare avtaler og rutiner rundt responstid og teknisk support.
- En betydelig barriere for bruk av telemedisin i 1. linjen er mangelen på investeringsmidler/prioritering av investeringer i infrastruktur og EPJ, slik at det er mulig å sende meldinger og videresende pasientinformasjon når pasienten flyttes mellom institusjoner eller på sykehus

Noen utfordringer er også av teknologisk art:

- Behovet for integrerte og sømløse løsninger.
- Behovet for enkle løsninger.
- Det eksisterer alltid utfordringer knyttet til behovskartlegginger og involvering av brukere tidlig i utviklingen av en tjeneste, slik at brukergrensesnittene blir i samsvar med behovene.

¹⁵ <http://www.digi.no/php/art.php?id=105659>

<http://www.connectblue.com/files/Reference%20Applications%20NST.pdf>

¹⁶ Larsen, Frank m fl 2003 "Implementering av telemedisinske tjenester: hemmende og fremmende faktorer" NST-Rapport

Litteratur

- Abelsen, Birgit og Olsen, Frank, Lønnsomhetsanalyse av tre telemedisinske tjenester. Rapport nr 12/2004. NORUT Samfunnsforskning AS
- Bergmo, Trine. A cost-minimization analysis of a realtime teledermatology service in northern Norway. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2000 ;6: 273-277
- Bjørvig; Johansen, Monika A; Fossen, Kristian: An Economic Analysis of screening for Diabetic Retinopathy, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2002; 8(1):32-35
- Jacklin PB et al: Virtual outreach: economic evaluation of joint teleconsultations for patients referred by their general practitioner for a specialist opinion, *BMJ* 2003;327:84
- Jacobsen, H, 2004: "Elektronisk henvisning: Sluttrapport" *NST – rapport 09-2004*, ISBN 82-92092-56-0
- Jacobsen, H, *Elektronisk henvisning*, NST-Rapport 09-2004, ISBN 82-92092-56-0
<http://www.telemed.no/getfile.php/107899.357/Prosjektrapport+Elektronisk+henvisning.pdf>
- Johansen, Inge og Breivik, Elin. Er teleradiologi i primærhelsetjenesten kostnadseffektiv? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2490-2)
- Johnsen E, Joakimsen K, Abrahamsen L, Lindberg P C, Linstad L, Arild E, *T@DMS. Distriktsmedisinsk senter med telemedisin - en utredning*, NST-rapport 2003 <http://www.telemed.no/getfile.php/62906.357/elin+j.pdf>
- Johnsen E, Linstad L, *Nye helse-og sosialtjenester for den samiske befolkningen, et senter med kulturkompetanse som basis og telemedisin som virkemiddel*, NST-rapport 11-2003, ISBN 82-92092-30-7
- Karlsen, UD, Telemedisinske løsninger i fødselsomsorg og akuttmedisin, *NORUT-Samfunnsforskning AS – notat*, april 2003.
- Knarvik U, Bach B, Lindberg P C, Engeseth K H, Skorpen S, Lyngved K, Amundsen M, *Telemedk@rt2003 - en kartlegging av telemedisinsk aktivitet i Norge*, NST-rapport 02-2004 (i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet).
<http://www.telemed.no/getfile.php/86872.357/Telemedk%40rt2003.pdf>
- Larsen, Frank: Evaluering av prosjektet Nett i nord. Pasient- og brukererfaringer. 2002
- Larsen, F, 2004: "Implementering av elektronisk henvisning i Nordnorsk Helsenett: Organisasjons- og arbeidsmessige erfaringer med å implementere elektronisk henvisning ved sykehus i Nord-Norge" (under publisering)
- Larsen F, Gjerdrum E, Obstfelder A, Nilsen L L: Implementering av telemedisinske tjenester: hemmende og fremmende faktorer, NST-rapport 2003 <http://www.telemed.no/getfile.php/57676.357/Frank+Larsen.pdf>
- Larsen F, Burkow TM, Olsen JH, Bakkevoll PA, Henriksen E. *Videokonferanse i Nasjonalt helsenett: En veileder*. November 2002. http://www2.telemed.no/publikasjoner/nedlastbare/vk_veileder.PDF
- Linstad, L, 2004 "Prosjektet "elektronisk samhandling på Helgeland – delprosjekt ØNH og Hud", NST-rapport, under publisering.
- Linstad, L, m fl mai 2003 "muligheter og gevinster ved bruk av telemedisinske tjenester ved Helgelandssykehuset HF"
- Stene, Lars Chr. et al.: Hvor mange har diabetes mellitus i Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen*; 2004;124:1511-14.
- Whited, John D., Teledermatology. Current Status and Future Directions, *Am J Clin Dermatol* 2001; 2 (2): 59-64
- Ørstavik, Ragnhild: Diabetisk retinopati – hvor hyppig bør pasienten kontrolleres? *Tidsskr Nor Lægeforen* nr.6, 2003;123.

Tittel: Elektronisk pasientjournal som verktøy for samhandling mellom nivåene	Dato: 08.10.2004
Bestilt notat, utarbeidet av: Professor dr. med Anders Grimsmo, NTNU og EPJ-senteret	Ferdigstilt: 08.10.2004

Innføring av elektronisk kommunikasjon i helsetjenesten har gjort informasjonsutveksling enklere og raskere. Informasjonsflyten vil etter hvert også bli tryggere og i tillegg få et bedre kvalitetssikret innhold. Utfordringene videre blir å realisere gevinster – økonomiske og faglige, utvikle systemer som gjør det mulig å dele felles informasjon og systemer som kan bidra til å skape kontinuitet og helhetlige pasientforløp. Pasientene må også få større delaktighet i samhandlingen i helsetjenesten.

Elektronisk meldingsutveksling

”Si@!” planen fra 2000 til 2003 hadde hovedfokus på elektronisk meldingsutveksling og mye blir videreført i S@mspill 2007. Målet har i hovedsak vært å få all kommunikasjon som har foregått på papir over i elektronisk form. Begrunnelsen har vært innlysende. Meldingsutvekslingen i helsetjenesten er enorm. Tabell 1 viser det som allmennlegene alene er delaktig i. Det er beregnet at om lag ¼ av allmennlegenes tid, ca 800 legeårsverk, går med til denne kommunikasjonen (resepter ikke medregnet).

Det er ikke vanskelig å forestille seg at selv små effektivitetsgevinster her kan gi betydelig utbytte. Elektronisk kommunikasjon går raskere, er billigere og frigjør arbeidstid for helsepersonell. Etableringen av regionale helsenett, senere Norsk helsenett og ELIN-prosjektet har bidratt til at kommunikasjon i akselererende tempo nå foregår elektronisk (henvisning/epikrise, rekvisisjon og svar, resept og mange meldinger).

Tabell 1 Informasjonsutveksling i allmennpraksis

- Det finner sted omlag 20 millioner pasient-allmennlege kontakter per år, derav et blir et tilsvarende tall enkeltregninger sendt trygden.
 - Allmennlegene skriver ca. 1,9 millioner henvisninger til sykehus eller spesialist og mottar tilbake 3,8 millioner epikriser.
 - Det skrives ca. 1,0 millioner fysioterapirekvisisjoner og omlag 1,3 millioner bilderekvisisjoner.
 - Det utstedes omlag 3,5 millioner sykmeldinger og sykepengeattester.
 - Det skrives henimot 200.000 legeerklæringer ved arbeidsuførhet.
 - Allmennleger sender omlag 7 millioner prøverekvisisjoner til laboratoriene, og hver av disse inneholder bestillinger av 6-7 analyser som skal besvares.
 - Det blir utstedt omlag 17 millioner resepter per år.
-

Store utfordringer i anvendelse av elektronisk meldingsutveksling gjenstår likevel. Det mangler mye på at sending av de viktigste applikasjonene som epikrise, henvisning, resepter og bestilling og svar på laboratorieprøver blir problemfri. Man mottar foreløpig elektroniske meldinger som funksjonelt og i utseende ligner mye på et dårlig redigert og skannet dokument. Det mangler et oppdatert og funksjonelt adresseregister. Man får ingen kvittering eller bekreftelse på at en melding er mottatt og våger ikke la være å sende og lagre tilsvarende informasjon på papir.

Elektronisk meldinger skiller seg lite fra papirmeldingene enda. Gevinstene og verdiøkningen av elektroniske meldinger kommer ikke før man trygt kan slutte å sende papirkopi og utnytter elektronikkens

muligheter til kvalitetssikring, gjenbruk av informasjon og beslutningsstøtte. I sin enkleste form handler det om strukturering av innholdet og påminnere. Mer avansert er utvikling av problem- og rollespesifikk elektronisk beslutningsstøtte ved utformingen av meldinger. Dette krever større helsefaglig deltagelse og kompetanse i IKT-utviklingen.

Det må bli gjort et løft i utviklingen av selve den elektronisk pasientjournalen. Det er den som er bindemiddelet i elektronisk kommunikasjon. Spesielt i sykehus er EPJ på etterskudd i å støtte effektiv elektronisk meldingsutveksling. Det er investert store summer i EPJ og elektronisk kommunikasjon. Nå trenger man konkrete planer og tiltak for at økonomiske, organisatoriske og faglige gevinster skal bli realisert og ivaretatt. Erfaringer så langt er at gevinstrealisering er vanskelig.

Deling av informasjon om pasienter

Samhandling basert på elektronisk meldingsutveksling er effektivt når mottaker er veldefinert og avsender er i den rollen at han eller hun kan velge ut og redigere informasjon slik at den blir tilpasset mottakeren. Dette gjelder for eksempel utforming av henvisninger.

I noen sammenhenger fungerer imidlertid ikke tradisjonell meldingsutveksling trygt og effektivt. Det er i situasjoner der det kan være flere brukere av informasjonen i et tett samarbeid. Det gjelder for eksempel eldre i hjemmetjenesten, anvendelse av egenjournal ved kronisk sykdom, utarbeiding av individuell plan og oppfølging av gravide. Faren er at det kan komme flere ulike versjoner av meldinger i omløp (for eksempel opplysninger om legemidler). De fleste har opplevd at når man svarer på en e-post, gjerne litt forsinket, har andre i samarbeidsgruppen allerede svart – kanskje noe annet, og man mister kontroll over hva som er bestemt.

I andre sammenhenger er det usikkert hvem den neste blir som får bruk for vital informasjon, for eksempel legevaktslegen, eller at informasjonen ikke er tilgjengelig for den som i alvorlige situasjoner har akutt bruk for den (legemiddel-, cave og allergiopplysninger) – selv med pasientens samtykke.

Vi mangler teknologi og kunnskaper på områder hvor deling av informasjon er det som tryggest og mest effektivt gir god samhandling. Eksempler er pasientens medisinkort, svangerskapsjournal, vaksinasjonskort, individuelle planer og "blålys"-informasjon (alternativ til at pasienter bærer eget kort med vitale helseopplysninger). Bare ved blålyssituasjonen er det aktuelt å vurdere om tilgang skal være mulig uten pasientens samtykke. I de andre situasjonene vil det være uproblematisk å stille krav om pasientens tillatelse, slik at reglene om taushetsplikten blir ivaretatt.

Dette omhandler svært forskjellige formål, men som i bunnen bør få en felles teknologisk løsning. Noen har kalt en slik løsning for en "kjernejournal". Denne bør pasienten (evt. pårørende) også ha tilgang til. Det er den mest effektive måten å kvalitetssikre innholdet på og føre kontroll med hvem som har vært å "kikket". Dessuten hindrer det at informasjon som pasienten selv ønsker skal være konfidensiell, blir lagt ut.

Veien frem til en felles og funksjonell kjernejournal for alle er lang. Ikke minst er det viktig å skape sikkerhet og trygghet rundt en slik løsning. Man bør begynne en trinnvis utvikling. Et felles elektronisk samtykkebasert medisinkort for pasienter i hjemmetjenestene er realistisk både teknologisk og innenfor dagens regelverk, og behovet er lett å grunnngi ut i fra pasientsikkerhetshensyn.

Helhetlige forløp

Mange pasienter får kontakt med ulike instanser i helsetjenesten. For pasientene er det et samlet forløp, men i helsetjenesten er det oppstykket i flere delforløp – behandling hos fastlegen, et sykehusopphold, oppfølging i hjemmet, etc, selv om det dreier seg om ett og samme problem. Skal man få til god og sømløs samhandling i helsetjenesten må man utvikle informasjonssystemer som kan fremstille hele

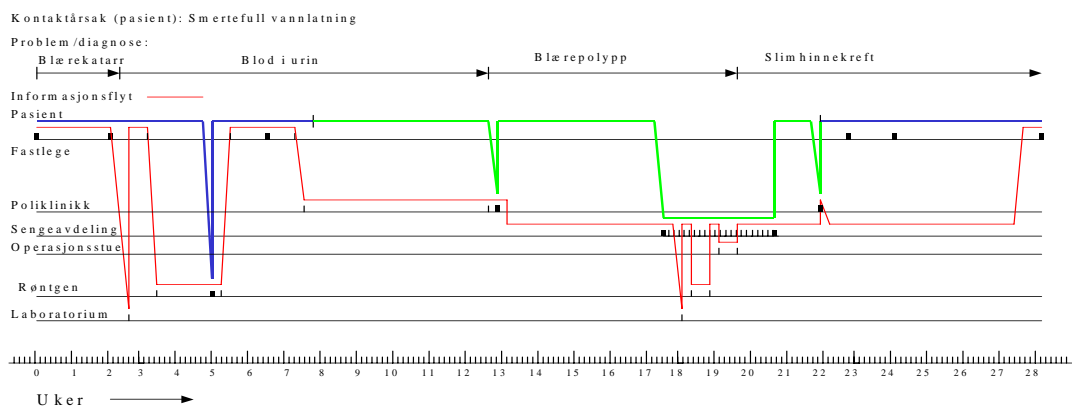
sykdomsforløp etter hvert som undersøkelser og behandlinger skrider frem og på tvers av instansene som leverer tjenestene.

Arbeidet har et langsiktig perspektiv og må skje på flere hold. Man må etablere en nasjonal informasjonsstruktur for pasientforløp. Man må også endre arkitekturen i EPJ fra å ha informasjon bare oppstykket i kontakter til å kunne bli problemorientert med informasjon knyttet til forløp. Det blir da enklere å følge pasientene faglig og administrativt når de krysser tjeneste- og ansvarsområder.

Problemorientert EPJ er i prinsippet innføring av en kraftig og faglig relevant filtrering av informasjon. Det vil reduserte risikoen for informasjonsoversvømmelse i felles og store journalsystemer. Metoden øker også informasjonssikkerheten og gjør tverrfaglig samarbeid enklere ved at man kan være mer selektiv på hvilken informasjon som skal bli gjort tilgjengelig. En problemorientert journal som bygger på en arkitektur med forløp i bunnen, legger også grunnlaget for å få til en større integrasjon mellom pasientadministrative systemer og EPJ-systemer.

Man kan begynne med å lage et system som fremstiller logistikken i sin enkleste form (figur 1). Det er nær ved å være realiserbart med dagens systemer. Man kan faktisk fremstille slike forløp ved å manuelt lese gjennom dokumentene som finnes i en vanlig papir eller elektronisk pasientjournal. Det ligger noen utfordringer i å lage en enkel og sikker metode for å registrere nye/starts på forløp.

Systemet kan senere gradvis bygges ut, ikke minst med å henge på helsefaglig informasjon (hvilke prøver blir tatt, hvilke prosedyrer blir utført, etc.), informasjon om helsestatus (ICF) og pasienttilfredshet. Mye kan skje automatisk, men noe vil kreve at helsepersonell manuelt kobler informasjon hvis den skal bli komplett.



Figur 1 Visualisering av et pasientforløp med kontakter, hvilke aktører som bli involvert og hvordan informasjonen flyter (rød linje). Den blå/grønne linjen viser pasientens bevegelser i systemet (blått for primærhelsetjenestens ansvar, grønt for når det er spesialisthelsetjenestens ansvar).

Historien: Pasienten hadde fått smertefull vannlating og søkte fastlegen. Det ble påvist blærekatarr som ble behandlet. Ved innlevering av urin til kontroll etter 14 dg var det fortsatt blod i urin. Legen tok nye utvidede prøver, sendte de til laboratoriet og bestilte deretter røntgen av urinveiene. Pasienten var til røntgen (blå linje) i løpet av 14 dg. Pga fortsatt uavklart årsak ble pasienten henvist kirurgisk poliklinikk. Fikk time etter 6 uker og ved cystoskopi ble det påvist en polyp. Det ble bestemt innleggelse og pasienten fikk plass i løpet av vel 4 uker. Ved innleggelsen ble det bestilt nye laboratorieprøver og røntgen (det var allerede gått mer enn 14 uker siden allmennlegen gjorde undersøkelsene). Det var ventetider på sykehuset og etter 14 dg ble pasienten operert og etter ytterligere 1 uke utskrevet hjem. Diagnosen etter operasjonen ble slimhinnekraft. Pasienten var til poliklinisk kontroll knapt 14 dg etter oppholdet. Allmennlegen fikk epikrisen 6 uker deretter og hadde en konsultasjon med pasienten med

gjennomgang av alt som hadde skjedd. Ikke på noen steder var ventetiden spesielt lang, men likevel gikk det med 7 måneder til sammen.

Prioritering av tiltak

Det er både synlige og usynlige barrierer i en overgang til elektronisk kommunikasjon. Man har størst sjanse med å lykkes med små skritt (små forandringer). Erfaring tilsier også at man må passere et minstevolum før nye samarbeidsformer begynner å få egyptyngde nok. Samtidig er det skapt store forventninger til hva elektronisk kommunikasjon og pasientjournal kan bidra med. Fallhøyden er derfor stor om man ikke fullfører det man har stilt i utsikt.

Tabell 1 viser hva som utgjør det store volumet i elektronisk kommunikasjon. Størst suksess med overgang til elektronisk kommunikasjon er derfor knyttet til at man først får på plass og fullfører volumtjenestene. Et adresseregister, kvitteringsmelding og strukturering av innholdet er det som nå mangler for disse og må prioriteres. Det bør også etableres en test og godkjenningssordning slik at det blir mindre av at brukerne må ta belastningen med ufunksjonelle og uferdige produkter.

Dernest må områder som vi vet ikke fungerer godt i samhandlingen prioriteres. Det gjelder for eksempel individuell plan og samarbeid om medisiner til pasientene. Vi har om lag 130 dødsfall/160 000 utilsiktede hendelser pga legemidler per år utenfor sykehus hvert år. Pasientsikkerhet, riktig informasjon på riktig sted og til rett tid, må få samme prioritet sikring av konfidensialitet for å få til god samhandling. Elektronisk løsning for individuell plan og elektronisk resept/medisinkort vil først og fremst komme pasienter med de aller største behovene til gode.