



Fylkesmannen i Hordaland
Fylkesmannen i Rogaland
Fylkesmannen i Sogn og Fjordane

Samhandlingsreforma og vegen vidare

**Sluttrapport for prosjektarbeid med
samhandlingsreforma**

Bergen 23.12.15

Innhald

Innhald.....	2
Samandrag.....	3
Innleiing	4
Bakgrunn og føremål for samhandlingsreforma	4
Del 1: Helsefremjande og førebyggjande arbeid	4
Folkehelse i det kommunale planarbeidet.....	4
Førebygging i helsetenestene	5
Del 2: Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetenesta	6
Samarbeidsavtalane	6
Kommunale døgnplassar for akutthjelp (KAD).....	7
Samhandling om pasientbehandling - formidling av relevante opplysningar til rett tid og til rett instans	7
Rehabilitering og habilitering	8
Vegen vidare.....	8

Samandrag

Denne rapporten byggjer på kunnskap frå fylkesmannen sitt arbeid med samhandlingsreforma i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane i perioden 2012 -2015. Stikkord for rapporten er erfaringar og råd til vegen vidare for nokre av dei områda vi vurderer som viktige for å innfri intensjonane bak reforma. Samhandlingsreforma er både ei helsetenestereform og ei folkehelsereform, med mål om å dempe veksten i helsetenester med førebygging og betre ressursutnytting i og mellom tenestene.

Kompetanse på analyse, vurdering og planlegging er avgjerande for å integrere folkehelseiltak i samfunnsplanlegginga. Det er og behov for å gjere kunnskap om korleis kommunane kan bidra til sosial utjamning betre tilgjengeleg. Staten, fylkeskommunane og spesialisthelsetenesta har viktig kunnskap å formidle til kommunane slik at dei har eit breiast mogeleg fakta- og kunnskapsgrunnlag for å vurdere tiltak på gruppe- og befolkningsnivå.

Førebygging i helsetenesta ser i det heile ut til å vere lågt prioritert. Felles innsats mellom helseteneste, sosialteneste, barnevern, skule og barnehage trengst for å fange opp utsette barn og unge. Det er eit ope spørsmål om ordninga med frisklivssentralar er effektiv ressursbruk. Tenesta er ny og bør evaluerast.

Samarbeidsavtalane og samhandlinga mellom kommune- og spesialisthelsetenesta må vere godt forankra på leiarnivå og kjende i verksemdene. Erfaringane frå tenesteutøvarar er viktige i samband med evaluering og revisjon av avtalane. Fylkesmannen meiner at det er nødvendig for kommunane å styrkje samarbeidet med fastlegane og spesialisthelsetenesta for å utvikle dei kommunale øyeblikkeleg hjelp-døgntilboda. Erfaring så langt tilseier at det bør gjerast ei overordna vurdering av nytten av døgnplassane for akutthjelp.

Fylkesmannen sitt landsomfattande tilsyn med samhandling om utskriving av pasientar frå spesialisthelsetenesta til kommunane i 2015 fann mellom anna at verksemdene i varierende grad hadde lagt til rette for at pasientar hadde høve til å medverke. Det gjeld både på system- og individnivå. Fylkesmennene meiner det bør leggjast betre til rette for brukarmedverknad.

Klar ansvars- og oppgåvefordeling og oversikt over behov er avgjerande for å kunne gi tenesta rett innhald og organisering. For rehabiliterings- og habiliteringsfeltene syner Fylkesmannen sin undersøking frå 2015 at kommunane treng både betre oversikt over tenestebehov og nærare samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetenesta.

Innsatsen i dei fire første åra av reforma har gitt viktige erfaringar og lagt grunnlag for samhandling, samarbeid og endringar som er nødvendige for å oppretthalde velferdssamfunnet, skape ei berekraftig utvikling og møte dei demografiske endringane som ligg framfor oss.

Innleiing

Bakgrunn og føremål for samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma blei sett i verk i 2012 med mål om å

- dempe veksten i behov for helsetenester ved å styrkje det helsefremjande og førebyggjande arbeidet,
- utnytte ressursane i helsetenesta betre gjennom betre koordinering og samhandling mellom dei ulike nivåa og
- skape ei berekraftig utvikling (personell, kompetanse).

Reforma har blitt sett på som ei koordinerings- og retningsreform der økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglege verkemiddel skulle fremje måla om heilskaplege pasientforløp, meir førebygging, auka brukarmedverknad og sikring av ei berekraftig utvikling.

Gjennom reforma skulle kommunane få eit større ansvar, og folk skulle få tenester nærmare der dei bur. I tillegg skulle spesialisthelsetenesta og kommunal helse- og omsorgsteneste inngå forpliktande samarbeidsavtalar.

For å støtte opp om reformarbeidet løyvde Helse- og omsorgsdepartementet pengar til eit nasjonalt nettverk og fire regionale koordinator- og prosjektstillingar hos fylkesmennene i Oslo og Akershus, Hordaland, Sør-Trøndelag og Troms frå 2012 til 2015. Tor Åm, som er prosjektdirektør i Helse- og omsorgsdepartementet, leidde det nasjonale nettverket som og hadde med representantar frå Helsedirektoratet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Nav, KS og dei regionale helseføretaka i tillegg til dei regionale koordinatorane frå fylkesmennene. Det nasjonale nettverket har skrivt ein sluttrapport med vurdering av no-situasjon og tilrådingar for vegen vidare. Rapporten vil bli tilgjengeleg på nettverket [sine nettsider](#).

Fylkesmannsembeta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane har etablert nettverk og gode relasjonar til hovudaktørane i reforma. Fylkesmannen har brei kunnskap om alle sektorar i kommunane og i helseføretaka.

Del 1: Helsefremjande og førebyggjande arbeid

Folkehelsesatsinga er framleis i startgropa. Riksrevisjonen gjorde ei undersøking av offentleg folkehelsearbeid i 2015. Ein viktig konklusjon var at det systematiske og tverrsektorielle arbeidet har kome kort og at det ikkje er godt nok samsvar mellom kva kommunane meiner er dei viktigaste utfordringane og kva tiltak dei har sett i verk. Det er mangelfull kunnskap om kva tiltak som er effektive, særleg når det gjeld å redusere sosial ulikskap. Fylkesmennene i dei tre fylka deler Riksrevisjonens vurdering av status på området.

Folkehelse i det kommunale planarbeidet

Tilrådingar

1. **For å kunne nyttiggjere seg det kontinuerlege oversiktsarbeidet og integrere folkehelseiltaka i samfunnsplanlegginga må kommunane byggje opp kompetanse i analyse, vurdering og planlegging.**

2. **Staten og fylkeskommunane bør bidra meir med kunnskap om kva tiltak som har effekt på sosial ulikskap. Dette kan hjelpe kommunane til å analysere eigne utfordringar og setje inn effektive tiltak.**
3. **Kommunane bør framleis ha merksemd på arbeidet med miljøretta helsevern og sikre at dette arbeidet har forankring i eit fagmiljø med tilstrekkeleg kompetanse.**

Erfaringar

I 2014 var folkehelse tema for landsomfattande tilsyn. Kommunane i regionen hadde kome ulikt langt med oversiktsarbeidet og forankring i kommuneleiinga. Tilsynet var ein drivar for å få i gang oversiktsarbeid og lokalt arbeid med folkehelse, òg i kommunar som det ikkje blei ført tilsyn med. Tilsynet viste kor viktig det er med forankring i planverket, og det medverka til større forståing av kvifor folkehelsearbeidet må vere tverrsektorielt. Inntrykket er at det jamt over er god kunnskap om sosial ulikskap. Det er likevel behov for meir kunnskap om kva tiltak som er effektive for å dempe ulikskapen. Staten, fylkeskommunane og spesialisthelsetenesta har ei viktig oppgåve i å gjere kunnskap og datagrunnlag om effektive folkehelseiltak tilgjengeleg for kommunane.

Dei tre fylkestinga har alle gjort vedtak om regionale folkehelseplanar i perioden; [Rogaland i juni 2013](#), [Hordaland i mars 2014](#) og [Sogn og Fjordane i juni 2015](#). Mange kommunar viser no til desse planane i utkast til kommuneplan eller kommunedelplanar. Fleire av kommunane i regionen [har laga oversikt](#) (Hordaland) over helsetilstanden og påverknadsfaktorar etter folkehelselova § 5. Inntrykket er at planarbeidet hos fylkeskommunane og fylkesmannen no viser resultat. I Hordaland har fylkeskommunen laga eit elektronisk verktøy [for kommunane til bruk i oversiktsarbeidet](#). [Samfunnsdelen til kommuneplan for Bergen frå juni 2015 er eit godt døme på korleis folkehelse kan kome til uttrykk i planverket](#).

Miljøretta helsevern er ein viktig del av folkehelsearbeidet, men fylkesmannen ser stor skilnad på kompetanse og på vektlegging av arbeidet i små og store kommunar. I Sør-Rogaland har kommunane samla seg om ei stor profesjonalisert avdeling under det interkommunale brannvernet. I kommunar som tek hand om tenesta sjølve, er den oftast lagt til kommuneoverlegen.

Førebygging i helsetenestene

Verken spesialist- eller kommunehelsetenesta ser ut til å ha prioritert førebygging i helsetenestene dei siste fire åra. Felles innsats mellom helseteneste, sosialteneste, barnevern, skule og barnehage er viktig for å fange opp utsette barn og unge. Her er det mykje som kan bli betre. Generell satsing på oppvekstvilkår og tidleg hjelp til utsette barn vil bety mykje både for individ og samfunn. Forsking viser at det er tett samheng mellom negativ påverknad i barndommen og kroniske sjukdommar seinare i livet.

Tilrådingar

1. **Ordninga med frisklivssentralar bør evaluerast. Vi treng særleg ei avklaring av korleis tenesta kan samverke med lærings- og meistringssenter i kommune- og spesialisthelsetenesta.**
2. **Det bør bli meir merksemd om korleis kunnskapen i helsetenesta kan brukast til å førebygge sjukdom på gruppe- og befolkningsnivå.**
3. **Barnehage og skule bør styrkast for å sikre tidleg innsats.**

Erfaringar

Frisklivssentralar

Fylkesmannen ser at tilbodet er lågt prioritert i regionen. Dei øyremerkte statlege tilskota er ikkje store nok til å motivere alle kommunane til oppbygging av tenesta slik det var meint. Nokre kommunar melder om stor etterspurnad etter tenester frå frisklivssentralar og for liten kapasitet (Rogaland). Det er stor variasjon i kva tilbod frisklivssentralane har. Nokre gir tilbod til rusavhengige, pasientar med psykisk sjukdom og andre har tilbod til barn og unge. dei fleste?

Fleire frisklivssentralar har søkt om tilskot til og er i gang med utvikling av lærings- og meistringstiltak. Kommunane i dei tre fylka er likevel kome kortare med å etablere tenesta enn i andre deler av landet. Det er stilt spørsmål ved om frisklivssentralane er effektiv ressursbruk. Tenesta er ny og bør på same måte som andre tiltak evaluerast.

Helsestasjon- og skulehelsetenesta

I 2015 kartla Fylkesmannen i Hordaland skulehelsetenesta i barne- og ungdomsskulen, vidaregåande skule og helsestasjon for ungdom. Undersøkinga viser at 36 av 37 kommunar og bydelar i fylket har regelmessig trefftid ved skulane kvar eller kvar andre veke. Halvparten svarar at «må-oppgåvene» til skulehelsetenesta i barne- og ungdomsskulen blir utførte. Av kommunane med vidaregåande skule svarar om lag to av tre (15 av 23) at det er lovpålagde oppgåver som ikkje blir utført.

Åttande klasse på ungdomsskulen og første årstrinn på vidaregåande skule blir ofte vurdert som naturlege tidspunkt for systematisk gjennomgang av heile elevgruppa. Kartlegginga viser at 32 av 36 kommunar og bydelar gav tilbod om samtale til elevar i åttande klasse. Det varierte om alle på same klassetrinn får innkalling til samtale eller helsekontroll, eller om dei berre får informasjon om tenesta og sjølv må ta kontakt for timeavtale. Dette fører naturleg nok til stor variasjon på kor mange og kven helsetenesta får kontakt med. Tilbakemeldinga frå dei tilsette tyder på at det er lite tid til førebyggjande tiltak utover faste konsultasjonar og at skulehelsetenesta somme stader ikkje har kapasitet til å følgje opp elevar med særlege behov.

Del 2: Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetenesta

Samarbeidsavtalane

Tilrådingar

1. Kommunane og helseføretaka bør vidareføre og utvikle dialogarenaer på toppleiar-, og tenestenivå.
2. Kommunane bør i større grad involvere fastlegane i arbeid med samarbeidsavtalar mellom kommune- og spesialisthelsetenesta.

Erfaringar

Fylkesmannen meiner at arbeidet med avtalane har vore viktig for å vidareutvikle samarbeidet om viktige faglege og organisatoriske tilhøve for å sikre gode og samanhengande tenester til pasientane. Eit viktig resultat av avtaleprosessane ser ut til å vere større gjensidig forståing for tenester og utfordringar på begge nivå. Fastlegane synest i liten grad å ha tatt del i arbeidet med utarbeiding og revisjon av tenesteavtalane om innlegging og utskrivning av pasientar. Fastlegane si tilknytning til kommunane er som regel gjennom avtale som privatpraktiserande og ikkje som fastlønnte.

Undersøkingar viser at opp til 30 prosent av unge legar vil ha fastløn framfor anna tilknytning. Kommunane bør vurdere oppretting av slike stillingar der rekruttering til kommunale oppgåver har vore vanskeleg.

Kommunale døgnplassar for akutthjelp (KAD)

Tilrådingar

- 1. Kommunane og helseføretaka bør samarbeide om vidareutvikling av dei kommunale øyeblikkeleg hjelp-døgnplassane.**
- 2. Både lokale og nasjonale erfaringar med bruk av øyeblikkeleg hjelp-døgnplassar viser behov for ei overordna vurdering av nytten av ordninga.**

Erfaringar

Innan 2016 skal alle kommunane tilby sengeplassar for pasientar som treng øyeblikkeleg hjelp. I Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane hadde 46 av 85 kommunar oppretta eit slikt tilbod per november 2015. Frå 1.1.2016 har kommunane plikt til å ha døgnplassar for akutthjelp. Nokre av kommunane vil få på plass tilbodet først seinare på året.

Ei kartlegging som Fylkesmannen [tidlegare har gjort](#) syner at tilboda i vest er forskjellige både i storleik og innretting, og er jamt over lite brukt. Dette gir grunn til å stille spørsmål om kva ordninga vil ha å seie for kvaliteten i pasientbehandlinga og bruken av spesialisthelsetenesta. Det er mål om at dei kommunale døgnplassane skal ha fagleg kvalitet som er like god eller betre enn tilbod i sjukehus. Fagleg kvalitet og tilgjenge er avgjerande for tillit både frå brukarar og helsepersonell.

Fylkesmennene meiner det er nødvendig å undersøkje nærare kvifor kapasitetsutnyttinga er så låg.

Samhandling om pasientbehandling

Tilråding

- 1. Kommunane og helseføretaka bør forsetje samarbeide for at utveksling av relevante opplysningar skal kunne skje så snart som mogleg for alle pasientar til rett tid og rett instans.**
- 2. Kommunane og helseføretaka bør evaluere praksis og leggje til rette for pasientar får informasjon og kan medverke.**

Erfaringar

Samhandlingsstatistikken viser at det har vore ein markant auke i talet på pasientar som er ferdigbehandla frå sjukehusa, samstundes som det har vore ei sterk reduksjon i talet på liggedøgn for utskrivingsklare pasientar. Tala viser òg ei forskyving frå langtids- til korttidsplasser i dei kommunale institusjonane. Dette er delvis drive fram av større påtrykk av pasientar som vert utskrivne. Fleire enn før får omfattande helsehjelp i heimen.

Fylkesmannen gjennomførte landsomfattande tilsyn med samhandling om utskrivning av pasientar frå spesialisthelsetenesta til kommunane i 2015. Hovudintrykket etter tolv tilsyn er at samarbeidet stort sett fungerer. Elektronisk meldingsutveksling har bidrege til at kommunikasjon mellom sjukehus og kommunar, fastlegar og omsorgsteneste er forenkla og betra. Det største risikoområdet ved innlegging og utskrivning frå sjukehus er rett informasjon om legemiddelbehandling. Tilsynet fann og at verksemdene i varierende grad hadde lagt til rette for at pasientar hadde høve til å medverke. Det

gjeld både på system- og individnivå. Fylkesmennene meiner det bør leggjast betre til rette for brukarmedverknad.

Rehabilitering og habilitering

Tilrådingar

- 1. Kommunane må skaffe seg betre oversikt over behov for rehabilitering og habilitering i alle pasientgrupper.**
- 2. Kommunane og spesialisthelsetenesta bør samarbeide betre for å få til samanhengande og koordinerte tenester til pasientar som blir skrivne ut frå sjukehuset med behov for kommunale tenester. Dette gjeld særskilt utsette pasientar som skrøpelege eldre, psykisk sjuke og rusavhengige.**

Erfaringar

Fylkesmennene i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane gjennomførte ei spørjeundersøking om habilitering og rehabilitering i kommunane i perioden april – juni 2015. 70 av 85 kommunar i regionen svarte på undersøkinga.

Tilbakemeldinga viser mellom anna på at det er forskjell på kommunane når det gjeld:

- Kva tilbod pasientar og brukarar med ulike diagnosar får.
- Om det er bestemt kva funksjon koordinerande eining skal ha.
- Om samarbeidspartnarar i og utanfor kommunen kjenner til og samarbeider med koordinerande eining.
- Om kommunane har oversikt over behovet for habiliterings- og rehabiliteringstenester og som følgje av dette - behovet for fagfolk i tenestene.

Oversikt over behov for dei aktuelle tenestene kan nyttast som grunnlag for å vurdere kapasitets- og kompetansebehov. Fylkesmannen peika i undersøkinga særskilt på at det i alle kommunar skal vere klart kva mynde og oppgåver koordinerande eining skal ha. Det må òg kome tydeleg fram kvar behovet for tenester skal meldast til frå dei ulike samarbeidspartnarane i og utanfor kommunen.

Vegen vidare

Fylkesmennene ser at helseføretaka og mange kommunar har fått til å omsetje intensjonar i samhandlingsreforma til praktisk handling når det gjeld koordinering av kommunale tenester og samhandling med spesialisthelsetenesta. På den andre sida er det og fleire som har eit stykke att, både med tanke på samhandling og samordning, og med naudsynt breidde i tenestetilbodet. Fleire kommunar peiker på mangel på ressursar og fagfolk som viktige årsaker til manglar i tilbodet.

Det siste året har Regjeringa lagt fram fleire nye stortingsmeldingar, mellom anna folkehelsemeldinga, primærhelsemeldinga, legemiddelmeldinga og nasjonal helse- og sjukehusplan. For å bidra til å realisere ideen om pasientens helseteneste skal brukarmedverknaden styrkast og tenestene koordinerast betre. Når samhandlingsreforma no går ut av innføringsperioden og over i ei driftsfase, blir måla ført vidare i dei nye meldingane.

Samhandlingsreforma skulle vere ei retningsreform med kommunane som sentrale aktørar. Meir vekt på tidleg innsats og tiltak som på sikt kunne redusere behovet for spesialisthelsetenester. Nokre endringar er det mogleg å sjå alt no. Samarbeidet mellom dei to nivåa har blitt betre og er i eit godt

spor. Effekten av større vekt på folkehelse i samfunnsplanlegginga og andre folkehelseiltak og mindre forbruk av spesialisthelsetenester vil det ta mange år før vi ser. Fleire av styringsgrepa krev større omstilling, kulturendring og til dels lang verketid. Innsatsen i dei fire første åra av reforma har gitt oss viktige erfaringar og lagt grunnlag for samhandling, samarbeid og endringar som er nødvendige for å oppretthalde velferdssamfunnet, skape ei berekraftig samfunnsutvikling og møte dei demografiske endringane vi står framfor.