

# Helhetlige helsetjenester – felles ansvar

En felles strategi for samhandling mellom  
kommunene i Nord-Trøndelag og  
Helse Nord-Trøndelag HF



Helse Nord-Trøndelag  
*- på lag med deg for din helse*

Utarbeidet i regi av Samarbeidsutvalget 10. juni 2010  
Vedtatt av Samarbeidsutvalget 10. juni 2010

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	3
2	Behovet for bedre samhandling.....	4
2.1	Samhandlingsreformen .....	4
2.2	Sykeheimer - Lokalmedisinske sentra.....	4
3	Helhetlig planlegging .....	6
4	Overordnet målsetting for samhandlingen .....	7
5	Strategier og målområder.....	8
5.1	Arkitektur for samhandling.....	8
5.1.1	<i>Basisavtale for samhandling mellom kommunene og helseforetaket i Nord-Trøndelag.....</i>	8
5.1.2	<i>Samarbeidsutvalget mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag .....</i>	8
5.1.3	<i>"Kommuneregioner" .....</i>	9
5.1.4	<i>Andre samarbeidsfora mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste .....</i>	9
5.1.5	<i>Brukermedvirkning.....</i>	10
5.2	Kommunikasjon i samhandlingsstrategien .....	10
5.3	Helsefremmende og forebyggende strategier. Læring og mestring .....	11
5.4	Forsknings- og fagutviklingsstrategier.....	11
5.5	Standardisering av pasientforløp .....	12
5.6	Oppgavedeling som strategi.....	12
5.7	Dokumentasjon og utvikling av felles styringsindikatorer .....	13
5.8	Rekrutterings- og kompetansefremmende strategier .....	13
5.9	Elektroniske samhandlingsstrategier .....	14
5.10	Økonomiske stimuleringsordninger.....	14
6	Handlingsplan.....	15
6.1	Tiltak i 2010.....	15
6.2	Tiltak i 2011.....	17
6.3	Tiltak i 2012.....	19
7	Avslutning .....	20

# 1 Innledning

En av hovedutfordringene i norsk helsevesen er fragmenteringen av tjenestene. Mangelfull helhetstenkning og koordinering er en viktig årsak til pasientopplevd og systemmessig kvalitetssvikt, dårlig ressursutnyttelse og et svekket omdømme.

*”Dårlig samhandling kan og må beskrives som et organisatorisk og systemmessig problem. Men først og fremst må vi forstå at dette er et problem som gir unødig lidelse og problemer for pasient/bruker og pårørende”* (HOD notat nr. 1, 2008:1).

Tiltak som kan styrke samhandlingen i helsevesenet innebærer et gevinstpotensial både for den enkelte bruker og for samfunnet som helhet. Slike tiltak gjør oss i stand til bedre å løse helsevesenets oppgaver, både i nåtid og framtid.

Dersom helsetjenestene skal utvikles i en sammenhengende kjede, må sykehus og kommuner samarbeide med grunnlag i felles virkelighetsforståelse, felles mål og virkemidler.

Samarbeidsutvalget mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT HF) behandlet i sitt møte 1/3-2010 *”Innspill til modell for organisering av samhandling og videre arbeid med fremtidige strategier”*. Dette danner grunnlag for å utvikle en felles samhandlingsstrategi gjennom en prosess som munner ut i en handlingsplan innen 1.juni 2010.

Samarbeidsutvalget gjorde 1/3-2010 følgende vedtak:

*”Samarbeidsutvalget tar forslag til videre opplegg for framtidige strategier for samarbeidsutvalget til etterretning og oppnevner Samarbeidsutvalget som styringsgruppe for arbeidet. Det oppnevnes to medlemmer fra kommunene til strategigruppen og to fra Helse Nord-Trøndelag HF. Kari Bratland Totsås vil være leder for strategigruppen. Det utnevnes egen sekretær for strategigruppen”*.

Strategigruppen har bestått av følgende medlemmer:

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås, HNT HF. (Leder)  
Kommunalsjef velferd Tone Haugan, Verdal kommune.  
Pleie- og omsorgsleder Håkon Kolstrøm, Grong kommune.  
Helsefaglig rådgiver Dagfinn Thorsvik, HNT HF.  
Avdelingsleder Bernt Harald Opdal, psykiatrisk klinikk, HNT HF.

Helsefaglig rådgiver Øyvind Stenvik, HNT HF. (Sekretær)

## 2 Behovet for bedre samhandling

### 2.1 Samhandlingsreformen

Etter forberedende arbeid med Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr.47 2008-2009) ble innstillingen fra Stortingets helse- og omsorgskomite behandlet i Stortinget 27/4-2010. Innledningsvis i denne innstillingen er det pekt på de store utfordringene helsetjenestene står overfor:

- Behovet for sterkere koordinering av tjenestene
- Utilstrekkelig innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Den demografiske utvikling og endring i sykdomsbildet som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

I et sammendrag av Stortingsmelding nr. 47 skisseres deretter innsatsområdene og tiltakene i forhold til

- Ny framtidig kommunerolle
- Styrking av forebyggingsarbeidet
- Spesialisthelsetjenestens organisering og oppgaver
- Krav til ledelse og organisering
- Frivillige organisasjoners rolle
- Pasientrolle og pasientforløp
- Bedre legetjenester i kommunene
- Kompetent helsepersonell
- Etablering av økonomiske insentiver

I komiteens merknader til innstillingen er det tatt utgangspunkt i målsettingen om å redusere sosiale helseforskjeller og sikre likeverdige tjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Det er vist til at disse målsettingene kan nåes gjennom

- Styrking av kommunehelsetjenesten
- Økt satsing på folkehelsearbeid
- Etablering av lokalmedisinske sentra
- Utvikling av lokalsykehusenes rolle i spesialisthelsetjenesten

### 2.2 Sykeheimer - Lokalmedisinske sentra

De hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenestene i kommunene er, og vil i enda sterkere grad i årene som kommer, være kjernefunksjoner i den kommunale helsetjenesten. Det har vært rettet mye oppmerksomhet mot sykeheimenes funksjoner. Det er viktig å påpeke at disse i stor grad avhenger av:

- velfungerende hjemmebaserte tjenester
- tydelig fokus på identifisering av risikogrupper og forebyggende strategier
- klare målsettinger for hvilke tjenester sykeheimene skal kunne yte
- personellressurser og kompetanse som står i forhold til disse målsettingene

Med grunnlag i Stortingsmelding 47 er det ikke uten videre mulig å tegne et ensartet bilde av hvordan de kommunale institusjonene skal utvikles for å møte utfordringene. *”Det synes klart at målsettingene for samhandlingsreformen vil innebære behov for en faglig og ressursmessig styrking av sykeheimer for å kunne overta noen av de funksjonene sykehusene har i nå-situasjonen.”*

Det er allerede rundt omkring i vårt land etablert **distriktsmedisinske sentre (DMS)**. Slike sentre inneholder ulike typer tjenester, bl.a.; **”intermediære sengeplasser”**, spesialistpoliklinikker, dialyseenheter o.s.v. Begrepet ”intermediære” behandlingstilbud blir i nå-situasjonen *”..definert som spesialisttjenester i overgangsfasen mellom sykehus og kommune”*, og gjelder pasienter som er ferdig utredet i sykehus og kan gjennomføre behandlingen med en lavere ressursinnsats i et DMS. Slike institusjonsplasser blir dermed en ”mellomstasjon” mellom nivåene, hvor målgruppen er pasienter **”på veg ut fra sykehus”**.

I planleggingen og gjennomføringen av Samhandlingsreformen vil det også være behov for å gi tjenester til pasienter som på kort varsel har behov for observasjon, funksjonsvurdering, enklere diagnostikk, behandling og rehabilitering, og som ofte i dagens praksis innlegges i sykehus som øyeblikkelig hjelp, - pasienter som er **”på veg inn til sykehus”**. I hovedsak gjelder dette risikoutsatte pasienter med en eller flere kroniske sykdommer, pasienter som i den kommunale legevaktjenesten eller i de hjemmebaserte tjenestene har behov for tettere oppfølging enn hva det vil være mulig å yte i pasientens bolig.

De **distriktpspsykiatriske sentre (DPS)** skal gi et allmennpsykiatrisk behandlingstilbud nært brukeren og i nært samarbeid med kommunene. I følge Stortingsmelding 25 (1997-98) skal DPS i vareta følgende funksjoner: Poliklinisk behandling, dagbehandling, korttids døgntilbud, langtidsbehandling og psykososial rehabilitering samt rådgiving og veiledning overfor kommunale tjenester.

I tillegg til DMS og DPS har vi også **rehabiliteringssentre**, som gir et tilbud om rehabilitering/opptrening til brukere som har behov etter en somatisk sykdom eller skade.

Forutsetninger for at kommunene skal kunne ivareta de pasientgruppene som i det foregående er beskrevet å være *”på veg inn”* eller *”på veg ut”*, vil bl.a. være:

- flere ansatte og høyere kompetanse i sykeheimene
- god tilgang til legetjeneste gjennom hele døgnet
- en organisering som sikrer dialog mellom den lokale legetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- løpende samhandling mellom en slik enhet og kommunens øvrige tjenester

Fra tidligere er begrepet *”forsterket sykeheim”* benyttet om slike kommunale institusjoner. Stortingsmelding nr. 47 lanserer begrepet **”lokalmedisinske sentra”** som en alternativ betegnelse på disse institusjonene. Det er innlysende at organiseringen av slike sentre i mange tilfelle vil forutsette et planmessig samarbeid mellom to eller flere kommuner for å sikre grunnlaget for stabil og effektiv drift. *”Gjennomføringen av samhandlingsreformen må ha som resultat at denne funksjonen blir en del av den ordinære kommunale helsetjenesten.”*

I oppfølgingen og gjennomføringen av Stortingsmelding 47 vil det i denne sammenheng bli en utfordring for kommunene å finne fram til en riktig avveining mellom *oppgaver som bør og skal løses i den enkelte kommune*, i forhold til *oppgaver som best kan løses gjennom interkommunale forpliktende avtaler*. Det vil også bli en utfordring å *utarbeide klare effektmål og synliggjøre resultater* som en del av grunnlaget for en omfordeling av ressurser mellom helseforetak og kommuner.

Velfungerende **”lokalmedisinske sentra”** vil i forbindelse med reformen som omfatter organiseringen av kommunehelsetjenesten og oppgavedelingen i forhold til spesialisthelsetjenesten være en viktig forutsetning for å oppfylle de overordnede målsettingene. Funksjonen kan oppsummeres slik:

- en ny sentral del av den offentlige helsetjenesten
- kommunale institusjoner med flere tjenester som er tilpasset lokale forhold
- institusjoner som utfordrer tradisjonell tenkning om profesjonenes arbeidsområder og ansvarsdelingen mellom tjenestenivåene
- institusjoner med lavterskeltilbud til befolkningen
- kompetanse- og ressursentre for pasienter, pårørende, helsepersonell, brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner m.m.

I utformingen av en felles strategi for kommunene og helseforetaket i Nord-Trøndelag vil det være nødvendig å bygge på hovedtrekkene i den nasjonale strategien. Det vises til etterfølgende strategier, målområder og tiltak.

### 3 Helhetlig planlegging

For alle aktiviteter som utløses i den videre oppfølging av strategidokumentet, skal følgende kontrollpunkter være gjennomdrøftet og besvart før oppstart:

- målsetting
- tiltak
- ansvar/organisering
- start/slutt
- kommunikasjon
- ressursbehov/kostnader
- effektmål
- evaluering
- rapportering

Å operasjonalisere vil si:

- Å beskrive hva som skal prioriteres, styres og koordineres innenfor et definert tidsrom. Dette kan eksempelvis skje gjennom en plan som omfatter deler av året, eller evt. hele året.
- Å beslutte hvilke instanser som iverksetter og gjennomfører tiltak innenfor definerte rammer.
- Å sørge for at de innsatsområder og tiltak som settes i fokus, blir fulgt opp gjennom egnet måling, evaluering og rapportering.
- Å sørge for at det ved slutten av året, eller ved prosjektslutt blir utarbeidet en rapport som oppsummerer aktiviteter og resultatene ved den virksomheten som er utløst. Rapporten vedlegges aktuell statistikk som viser den enkelte kommunes bruk av spesialisthelsetjenester.
- Å sørge for at viktige resultater og erfaringer blir gjort kjent for samarbeidsinstanser, brukergrupper og allmennheten gjennom de mediestrategier man har vedtatt å anvende.

Årsrapporten danner grunnlag for en evaluering og gir noe av grunnlaget for neste års plan.

## 4 Overordnet målsetting for samhandlingen

Mellom kommunene og helseforetaket skal en felles strategi og strukturerte samarbeidsformer bidra til:

- At brukerne opplever en likeverdig, helhetlig og forutsigbar tjeneste med god kvalitet på bruker-, system- og fagnivå.
- At oppgavedelingen mellom tjenesteyterne innrettes ut fra målsettingen om en mer effektiv (samfunnsøkonomisk) utnyttelse av disponible ressurser.
- At effekten av styrket samhandling er målbar og blir evaluert.



## 5 Strategier og målområder

### 5.1 Arkitektur for samhandling

Med ”arkitektur” menes fastlagte organisatoriske samarbeidsstrukturer som sikrer at virksomheten utøves i et oversiktlig faglig og administrativt nettverk. Innenfor dette nettverket skal samarbeidet være forankret i de strategier som til en hver tid gjelder og de oppgaver/tiltak som blir prioritert.

#### 5.1.1 Basisavtale for samhandling mellom kommunene og helseforetaket i Nord-Trøndelag

##### Målsetting

Gjennom skriftlige avtaler mellom likeverdige parter skal det utvikles en samhandlingskultur som fører til at brukere får helhetlige og forutsigbare tjenester. Diagnostikk, øvrig kartlegging, behandling, habilitering/rehabilitering, pleie og omsorg skal gjennomføres slik at enkelttiltak forberedes og iverksettes i et samarbeid mellom bruker, pårørende, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i en sammenhengende tiltakskjede.

Tiltak	År
Basisavtalen justeres, og gies utvidet gyldighet til 31/12-2011	2010
Det iverksettes et arbeid med en mer omfattende revisjon av Basisavtalen sett i lys av samhandlingsreformens videre konkretiseringer	2011

#### 5.1.2 Samarbeidsutvalget mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag

Samarbeidsutvalget består av representanter fra Helse Nord-Trøndelag HF, representanter fra kommunene i Nord-Trøndelag oppnevnt av KS, representant fra rehabiliteringsinstitusjonene samt at representant fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har møterett. Nåværende Samarbeidsutvalg er valgt for perioden 01.01.2010 til 31.12.2012.

##### Målsetting

Gjennom formalisert samarbeid mellom aktørene i helsetjenesten skal det sikres god dialog og erfaringsutveksling, som et grunnlag for at pasientene får en mer helhetlig tjeneste, og et felles eierskap til tjenestene. Samarbeidsutvalget skal være avtalemessig forankret i Basisavtale for samhandling mellom nivåene og utøver sin virksomhet med grunnlag i de omforente overordnede strategiske målene.

Tiltak	År
Årsplan for 2010 fastlegges med grunnlag i Strategiplan	2010
Årsplan for 2011 utarbeides	2010
Årsrapport for 2010	2011
Samarbeidsutvalget har minimum 6 møter i året	2011
Gjennomgang av felles styringsindikatorer 2 ganger årlig	2011
Helseledernetverk i Nord-Trøndelag KS/Fylkesmannen/Spesialisthelsetjenesten	2010

### 5.1.3 "Kommuneregioner"

Det er 24 kommuner i Nord-Trøndelag. I tillegg har HNT HF ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester (helt eller delvis) til 5 kommuner i Sør-Trøndelag og 1 kommune i Nordland.

#### Målsetting

Som ledd i overordnede mål kan det være formålstjenlig å legge kommunenes samhandlingsaktivitet til regionale strukturer. Det forutsettes at det arbeides videre med å få hensiktsmessig struktur og størrelse på samarbeidende kommuneområder i Nord-Trøndelag.

Hensikten med etablering av "kommuneregioner" kan bl.a. være å:

- Identifisere felles oppgaver
- Utvikle hensiktsmessige strategier for å løse slike oppgaver
- Organisere og gjennomføre de tiltak oppgavene krever
- Ivareta representasjon overfor andre samarbeidsinstanser

Tiltak	År
Kommunenes tilhørighet til "kommuneregioner" avklares	2010
"Kommuneregionene" etablerer en samhandlingskoordinator	2011

Selv om det fastlegges en ordning som beskriver kommunenes regionvise tilhørighet, vil det i enkelte sammenhenger sannsynligvis være behov for at noen kommuner eller kommuneregioner også innretter et samarbeid ut over regiongrensene. Eksempler på dette er Namdalskommuner som samarbeider om legevakt og en felles rehabiliteringsinstitusjon på Høylandet. Leksvik kommune som vurderer samarbeidsordninger mot andre kommuner på Fosenhalvøya gjennom Fosen DMS. Stjørdal kommune som samarbeider med kommuner i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital.

### 5.1.4 Andre samarbeidsfora mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste

#### Målsetting

Kunnskap om aktiviteter på ulike samarbeidsarenaer skal gi mulighet for koordinering av oppgaver og ressurser, og erfaringsutveksling.

Dette omfatter andre arenaer hvor representanter for KS og helseforetaket i Nord-Trøndelag er deltakere, eksempelvis *faglige og administrative* samarbeidsarenaer mellom kommunene, kommuneregioner og aktører i helseforetaket, fellesarenaer på fylkesnivå, regionale fora. Det finnes en rekke slike fora. I tiltakslisten er det satt fokus på hvilke fora som er et grunnlag for å sikre en god "samhandlingsarkitektur".

Tiltak	År
Årlig Samarbeidskonferanse mellom kommunene/KS, HNT HF og rehab.inst.	Etablert
Medisinskfaglig forum for Namdalsregionen	2010
Medisinskfaglig forum for Innherredsregionen	2010
Etablering av en ordning med klinikkvise koordinatorene for samhandling	2010
Faste møter mellom hver "kommuneregion" og HNT HF med fokus på aktuelle saker	2011
Faste møter mellom samhandlingsenheten i HNT HF og samhandlingskoordinator for den enkelte "kommuneregion"	2011

### 5.1.5 Brukermedvirkning

#### Målsetting

Brukermedvirkning skal være en integrert del av samhandlingsstrategien for å sikre at så vel den enkelte bruker som brukergrupper får sine interesser ivaretatt i planlegging og gjennomføring.

Tiltak	År
Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag blir tillagt oppgaven som referansegruppe i utviklingen av en felles samhandlingsstrategi	2010
Brukerutvalget oppnevner en fast representant til Samarbeidsutvalget	2010
Brukerorganisasjonene skal være representert i alle utredningsoppgaver og samhandlingsprosjekter som berører brukernes interesser	2010

### 5.2 Kommunikasjon i samhandlingsstrategien

#### Målsetting

Styrket tillit til helsetjenestene gjennom aktiv og målrettet kommunikasjon mellom helseaktørene, og mellom helsetjenesten og befolkningen. I tillegg til god kommunikasjon og samhandling mellom kommunene og helseforetaket, er det viktig at det utvikles god intern kommunikasjon og samhandling mellom ulike aktører internt i den enkelte kommune og internt i helseforetaket. Samhandlingen mellom partene i helsetjenesten skal være preget av åpenhet og respekt. Prosesser og tiltak innenfor samhandlingsfeltet skal preges av åpenhet og tilgjengelighet.

Tiltak	År
Kommunikasjonslinjer styrkes i alle ledd	2010
Det skal opprettes et eget nettsted for samhandling	2011

#### **Samhandlingen mellom partene i helsetjenesten skal være preget av åpenhet og respekt**

- Strategier og handlinger som påvirker andre i helsetjenesten skal aktivt kommuniseres til disse
- Informasjonen gjøres så langt som mulig, tilgjengelig på web
- Samarbeidsinstanser (organisasjoner og personer) skal omtales med respekt
- De ulike delene av helsetjenesten må tilstrebe å opptre Samordnet

#### **Prosesser og tiltak innenfor samhandlingsfeltet skal preges av åpenhet og tilgjengelighet**

- Saklister, protokoller, deltakeroversikt og andre beskrivelser av ulike møtearenaer skal gjøres tilgjengelig for innsyn via internett
- Samarbeidsutvalget og underliggende utvalg/arbeidsgrupper skal aktivt søke medieeksponering av egen virksomhet og konkrete forbedringer som iverksettes

#### **Kommunikasjonslinjer styrkes i alle ledd**

- Gjennom opprettelse av administrative og faglige arenaer under Samarbeidsutvalget
- mellom tjenesteyterne og brukerne (involvering av allmennheten, brukergrupper, Brukerutvalget) (kfr. punkt 5.1.5)
- mellom helseaktørene (kfr. punkt 5.1.4)
- overfor befolkningen gjennom en åpen, tilgjengelig og aktiv informasjon

### 5.3 Helsefremmende og forebyggende strategier. Læring og mestring

#### Målsetting

En av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver er opplæring av pasienter og pårørende. Spesialisthelsetjenesten skal også fremme folkehelse og motvirke sykdom. Disse oppgavene må løses i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og det er viktig at rollefordelingen mellom kommunen og helseforetakene blir avklart.

**Helsefremmende arbeid** er *befolkningsrettet* og angår de fleste samfunnssektorer i tillegg til helsetjenesten. Kommunene og spesialisthelsetjenesten må samarbeide for å identifisere befolkningsgrupper, vurdere og iverksette tiltak.

**Forebyggende helsearbeid** er *individrettet* og skal hindre at sykdom oppstår, - at sykdom forverrer seg, eller at sykdom gir komplikasjoner. Forebyggende helsearbeid er helsetjenestens oppgave, og må løses i et samarbeid mellom bruker, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

*Primærforebygging* har som mål å oppnå god helseatferd, være frisk og unngå sykdom og skade. Eksempler er helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vaksinerings, ulykkesforebygging, helseopplysning, lavterskeltilbud rettet mot risikogrupper.

*Sekundærforebygging* har som mål å forebygge tilbakefall og holde seg frisk. Eksempler er medisinerings, aktivisering, røykeavvenning, kostholdsveiledning.

*Tertiærforebygging* har som mål å lære å leve med problemet, men hindre at det blir verre. Eksempler er å klare dagliglivets gjøremål, trene opp funksjonsevne, læring og mestring (rehabilitering)

Tiltak	År
Nettverk for helsefremmende og forebyggende arbeid. Årlig samarbeidskonferanse for helsefremmende og forebyggende arbeid	Etablert
Ambulante team/poliklinikker for geriatri/demens/alderspsykiatri	2011
Rådgivning ved livsstilssykdommer	2011
Utvikling av tilbud innen læring og mestring i kommunal regi med faglig støtte fra helseforetaket og brukerorganisasjonene/likemannsarbeidet	2011
Etablering og koordinering av ambulante team i kommuner og helseforetak	2012

### 5.4 Forsknings- og fagutviklingsstrategier

#### Målsetting

Forsknings- og utviklingsarbeid skal gjennomføres innenfor tjenesteområder som er sentrale på samhandlingsfeltet, for å øke kunnskapen om hvordan tjenestene faktisk virker - og for å dokumentere effekter av de tiltak som blir iverksatt

Det må etterstrebes større samordning av forsknings- og fagutviklingsressurser i Nord-Trøndelag. Det er i dag flere miljøer med ulike fortrinn og kvaliteter (NTNU, HiNT, HUNT, Omsorgsforskningssenteret, NAPHA m.m.). Disse bør kunne forene og utnytte ressurser mer målrettet. Helsetjenesten i Nord-Trøndelag må ha en tydeligere rolle på etterspørselssiden når det gjelder samarbeid med disse miljøene.

Undervisningssykehjemmenes og undervisningshjemmetjenestens rolle? Her er det arbeid på gang med å utvikle konseptene, og det vil relativt snart bli tydeliggjort hvilke funksjoner som blir tillagt disse tjenestene. Dette vil også omfatte nye og mer hensiktsmessige betegnelser. Eksempelvis er det foreslått å benevne disse tjenestene som *Utviklingsentre for omsorgstjenester i kommunene*.

Tiltak	År
Utvelgelse og kartlegging av pasientforløp og organisatoriske utfordringer for prioriterte pasientgrupper	2010
Undervisningssykehjemmets og undervisningshjemmetjenestens rolle må tydeliggjøres og utvikles	2011
Samarbeid med forskningsmiljøene om forsknings- og utviklingsoppgaver	2011
”Kommuned diagnose” - Epidemiologisk kartlegging gjennom bruk av HUNT-data	2012

## 5.5 Standardisering av pasientforløp

### Målsetting

Standardisering av pasientforløp (faglig og organisatorisk) skal utvikles innenfor relevante tjenesteområder, slik at overordnede målsettinger i helsetjenesten blir oppfylt og nødvendig/hensiktsmessig koordinering ivaretatt

- pasientenes rett til forsvarlige, forutsigbare, kvalitetsmessig gode og likeverdige tjenester blir sikret
- kravet til effektiv samlet ressursutnyttelse blir hensyntatt
- organisering av tjenestetilbud ut fra BEON-prinsippet er førende

Tiltak	År
Utvikling av samhandlingsmodeller i forhold til alvorlig psykisk syke personer som har behov for koordinerte tjenester	2010
Utvikling av en minstestandard for sykeheimstjenester, herunder organisatoriske løsninger for lokalmedisinske sentre	2011
Pasienter med særlige behov for koordinerte helsetjenester får oppnevnt en pasientkoordinator som kontaktpunkt i tjenestene	2011
Logistiskforbedring med fokus på tydeligere oppgavedeling mellom nivåene, redusert variasjon i tilgangen til kompetanse og kapasitet i tjenestene	2012

## 5.6 Oppgavedeling som strategi

### Målsetting

I omtalen av en *ny framtidig kommunerolle* legger helse- og omsorgskomiteen i Stortinget vekt på en overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og en klarere fordeling av ansvar og oppgaver mellom nivåene. Ansvarsfordelingen må fastlegges gjennom konkretisering av oppgaver. Det skal derfor innføres et *forpliktende avtalesystem* mellom kommuner og samarbeidende helseforetak om oppgavedeling og samarbeid. Slike avtaler må omhandle prosesser og kriterier knyttet til overføring mellom nivåene både ved innleggelse i, og utskrivning fra sykehus. Aktuelle oppgaver ut over dagens portefølje forutsetter at

spesialisthelsetjenesten bidrar med kompetansebygging/kompetanseutvikling for de kommunene/enhetene som har behov for det, og at økonomi følger oppgaver som er klart definerte.

Komiteens flertall mener at **lokalmedisinske sentre skal eies og drives av kommunene**, selv om det i slike sentre også skal kunne tilbys spesialisthelsetjenester. Komiteen mener også at fastleger må få en større innflytelse på inntaksprosedyrene i sykehjem og oppfølging etter innleggelse. Det betinger **godt forarbeid** før inntak i ledige plasser, og det forutsetter et **system/takstgrunnlag** for å kunne delta i tildelingsmøtene. Et alternativ kan være elektronisk samhandling i forkant og under møtene. Et tredje alternativ er at kommunen har egne ”sykehjemsleger” som ivaretar den medisinske vurderingen.

Stjørdal DMS ble etablert i mars 2007 med 12 intermediære plasser, 4 kommunale plasser, dialyseenhet og spesialistpoliklinikk innen gynekologi, ortopedi, radiologi, jordmørtjeneste, samt andre kommunale tjenestetilbud. Et 5-årig samarbeidsprosjekt mellom Stjørdal kommune, HNT HF og Helse Midt-Norge RHF.

Tiltak	År
Distriktsmedisinsk senter (DMS) Inntrøndelag	2010
Evaluering og re-design av distriktspsykiatriske sentre (DPS)	2010
Utarbeidelse av planer for et lokalmedisinsk senter i Namdalsregionen	2011

## 5.7 Dokumentasjon og utvikling av felles styringsindikatorer

### Målsetting

Kommuner og sykehus har hittil i beskjeden grad tatt i bruk indikatorer som kan benyttes som grunnlag for dialog og evaluering av samhandlingen mellom nivåene. En systematisk registrering og rapportering av styringsindikatorer mellom tjenesteyterne skal danne grunnlag for evaluering av kvaliteten i samhandlingen og bidra til en identifisering av innsatsområder, og si noe om hvordan avtalt oppgavefordeling fungerer.

Tiltak	År
Fremskaffe oversikt over forskjeller i henvisningsrater, kunnskap om viktige pasientgrupper, forbruk av liggedøgn, re-innleggelser, tilgjengelighet til sykeheimstjenester, avvik i forhold til Basisavtalen etc.	2010

## 5.8 Rekrutterings- og kompetansefremmende strategier

### Målsetting

Kommunene og helseforetaket har både i nå-situasjonen og i årene framover et interessefellesskap knyttet til samarbeid om utdanning, kompetanseutvikling og rekruttering for å

oppnå stabile og faglig kvalifiserte tjenester med tilstrekkelig kapasitet. En strategi på dette området må ta utgangspunkt i de fagressurser som er sårbare på kort og lang sikt, og mulighetene for å skape robuste og attraktive fagmiljø gjennom samarbeid.

Tiltak	År
Utprøving av en ordning med praksiskonsulenter/kompetansekoordinator knyttet til fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten	2010
Etablering av et personalnettverk mellom ”kommunereionene” og helseforetaket	2011

## 5.9 Elektroniske samhandlingsstrategier

### Målsetting

Bruk av elektronisk verktøy skal bidra til å effektivisere og kvalitetssikre samhandlingen i helsetjenesten, slik at det kommer brukerne til gode.

Gjennom det nasjonale Meldingsløftet og Regional styringsgruppe for elektronisk samhandling foregår et utviklingsarbeid som også omfatter Helse Nord-Trøndelag og KS. Det er gitt oppdrag til lokale koordinatorene på foretaksnivå og Helse Midt-Norge IT (HEMIT) i å bistå med implementeringen både i sykehus og primærhelsetjenesten. Arbeidet har vært i gang siden 2008 og det tas sikte på innføring av elektroniske henvisninger og svarrutiner og elektroniske epikriser mellom legetjenestene i løpet av 2011. Deretter utbredning av elektroniske meldinger mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenestene.

Tiltak	År
Innføring av elektronisk henvisning og svarrutiner og elektroniske epikriser mellom legetjenesten og sykehus	2011
Innføring av elektroniske meldinger mellom pleie- og omsorgstjenesten og sykehus	2011

## 5.10 Økonomiske stimuleringsordninger

### Målsetting

For å understøtte de overordnede mål i helsereformen skal det settes inn økonomiske virkemidler som bidrar til å fremme samhandlingen. Det pågår et nasjonalt arbeid for å utvikle hensiktsmessige finansieringsmodeller. I påvente av denne avklaring vil det være nødvendig med stimulerings tiltak for å komme i gang med noen prioriterte samhandlingstiltak.

Tiltak	År
Det utarbeides prosjektforslag som er egnet til å utprøve effekter og vurdere hensiktsmessighet av økonomiske insentiver.	2011

## 6 Handlingsplan

### 6.1 Tiltak i 2010

Tiltak	Ansvar/Organisering	Start	Slutt
Basisavtalen justeres, og gies utvidet gyldighet til 31.12.2011	Arbeidsgruppe er nedsatt	15.04.2010	01.10.2010
Årsplan for 2010 fastlegges med grunnlag i Strategiplan	Samarbeidsutvalget i plenum		August 2010
Årsplan for 2011 utarbeides	Samarbeidsutvalget i plenum		15.11.2010
Kommunenes tilhørighet til ”kommuneregioner” avklares	KS/kommunene		31.12.2010
Årlig Samarbeidskonferanse mellom kommunene/KS, HNT HF og rehab.inst.	Samarbeidsutvalget	Etablert	
Medisinskfaglig forum for Namdalsregionen	Arbeidsgruppe nedsatt	2010	
Medisinskfaglig forum for Innherredsregionen	Arbeidsgruppe nedsettes	2010	
Etablering av en ordning med klinikkvise koordinatorene for samhandling	Helse Nord-Trøndelag HF		31.12.2010
Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag blir tillagt oppgaven som referansegruppe i utviklingen av en felles samhandlingsstrategi	Samarbeidsutvalget	Juni 2010	
Brukerutvalget oppnevner en fast representant til Samarbeidsutvalget	Samarbeidsutvalget	Høsten 2010	31.12.2010
Brukerorganisasjonene skal være representert i utredningsoppgaver og samhandlingsprosjekter som berører brukernes interesser	Samarbeidsutvalget	2010	
Kommunikasjonslinjer styrkes i alle ledd	Samarbeidsutvalget	2010	
Nettverk for helsefremmende og forebyggende arbeid. Årlig samarbeidskonferanse for helsefremmende og forebyggende arbeid	Samhandlingsnettverket	Etablert	
Utvelgelse og kartlegging av pasientforløp og organisatoriske utfordringer for prioriterte pasientgrupper	Samarbeidsutvalget	2010	
Utvikling av samhandlingsmodeller i forhold til alvorlig psykisk syke personer som har behov for koordinerte tjenester	Nedsatt prosjektgruppe	2009	2012
Distriktsmedisinsk senter (DMS) Inntrøndelag	Samarbeidsprosjekt mellom kommunene Steinkjer, Inderøy, Verran, Mosvik, Snåsa og HNT HF	I drift fra 01.01.2011	
Evaluerings og re-design av distriktspsykiatriske sentre (DPS)	Startet samtaler mellom aktuelle kommuner og HNT HF	2010	

Fremskaffe oversikt over forskjeller i henvisningsrater, kunnskap om viktige pasientgrupper, forbruk av liggedøgn, re-innleggelse, tilgjengelighet til sykeheimstjenester, avvik i forhold til Basisavtalen etc.	Et arbeidsutvalg under Samarbeidsutvalget vurderer hvilke parametre/statistikkgrunnlag som bør benyttes.	2010	Fast ordning
Utprøving av en ordning med praksiskonsulenter/kompetansekoordinator knyttet til fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten	Helse Nord-Trøndelag HF	2010	
Utarbeidelse av planer for et lokalmedisinsk senter i Namdalsregionen	Kommunene i Namdalsregionen	2010	
Helseledernetverk i Nord-Trøndelag KS/Fylkesmannen/Spesialisthelsetjenesten	KS og Fylkesmannen	2010	

### Kommunikasjon

- Samarbeidsutvalget har ansvar for at brukermedvirkning sikres og at informasjon om justert Basisavtale blir gjort kjent blant alle interessenter. Det skal også informeres om at en mer omfattende revisjon blir iverksatt i 2011.
- Det utarbeides sakliste og skrives referat for alle møter i Samarbeidsutvalget. Referatene legges ut elektronisk, tilgjengelige for Brukerutvalg, alle kommuner, KS, rehabiliteringsinstitusjonene, Fylkesmannens representant og Regionalt brukerutvalg. Sakliste og referat skal også være tilgjengelig på Samarbeidsutvalgets internettsider.
- Årsplan og årsrapport gjøres tilgjengelig på samme måte som forrige punkt.
- Samarbeidsutvalget innarbeider sin kommunikasjons- og informasjonsstrategi som en del av årsplanen.
- Oversikt styringsindikatorer legges ved Samarbeidsutvalgets årsrapport.
- Praksiskonsulenter/kompetansekoordinatorer skal ha to oppgaver: 1. Medvirkning i utformingen av pasientforløp (felles prosedyrer). 2. Utvikling av standarder for informasjonsutveksling (henvisninger og epikriser).
- Samarbeidsutvalget tar initiativ til en prosess som munner ut i konkrete prosjekter i tråd med utvalgets anbefalinger. Helse- og omsorgskomiteen antyder muligheten av lokalt initierte forsøksprosjekt med kommunal medfinansiering.

### Ressursbehov/kostnader

- Justering av Basisavtalen vil ikke medføre spesielle kostnader ut over arbeidsgruppens tidsbruk.
- Samarbeidsutvalgets tidsbruk, reise- og møteutgifter.
- Brukerrepresentanters tidsbruk, reise- og møteutgifter.
- Opprettelse av kommunikasjonsarenaer (administrative/faglige) vil ivareta ulike hensyn, og det er avgjørende at kommunikasjonsmålene som er satt i strategien drøftes mellom aktørene. Eventuelle tiltak innenfor kommunikasjon som utløser spesifikke kostnader vil kunne være: annonsering, egne målinger av tillit/brukertilfredshet, opprettelse av nye informasjonsorgan o.s.v.

### Effektmål

- Justert Basisavtale er implementert i kommuner og helseforetaket innen 31.12.2010.
- Samarbeidsutvalgets årsplan og årsrapport.
- Andel brukere med tillit til helsetjenesten i Nord-Trøndelag skal øke for hvert år. Nord-Trøndelag fylke skal ha høyest andel brukere som uttrykker tillit til tjenesteyterne.

- Prosjekt og planer med tilknytning til samhandlingsstrategiene skal omfatte planer for kommunikasjon.
- Det skal dokumenteres at brukerne har deltatt i utviklingsprosjekt som er knyttet til samhandlingsstrategiene.
- Informasjon som er relevant for andre i helsetjenesten er gjort mer tilgjengelig.
- Medieeksponering innenfor samhandling økes.
- 1 pasientforløp ferdig medio 2011

### Evaluerings

- Vil skje i forbindelse med at justert Basisavtale forligger.
- Samarbeidsutvalgets årsrapport.

### Rapportering

- Samarbeidsutvalgets årsrapport for 2010.

## 6.2 Tiltak i 2011

Tiltak	Ansvar/Organisering	Start	Slutt
Det iverksettes et arbeid med en mer omfattende revisjon av Basisavtalen sett i lys av samhandlingsreformens videre konkretiseringer	Samarbeidsutvalget iverksetter og gir mandat	2011	2012
Årsrapport for 2010	Samarbeidsutvalget		Februar 2011
Samarbeidsutvalget har minimum 6 møter i året	Samarbeidsutvalget	2011	
Gjennomgang av felles styringsindikatorer 2 ganger årlig	Helseforetaket er ansvarlig	2011	
”Kommuneregionene” etablerer en samhandlingskoordinator	Den enkelte kommuneregion		01.01.2011
Faste møter mellom hver ”kommuneregion” og HNT HF med fokus på aktuelle saker	Samhandlingssjef i HNT og samhandlingskoordinator i ”kommuneregionene”	2011	
Faste møter mellom samhandlingsenheten i HNT HF og samhandlingskoordinator for den enkelte ”kommuneregion”	Samhandlingssjef i HNT og samhandlingskoordinator i ”kommuneregionene”		
Det skal opprettes et eget nettsted for samhandling	Samarbeidsutvalget	2011	
Ambulante team/poliklinikker for geriatri/demens/alderspsykiatri	Samarbeidsutvalget	2011	
Rådgivning ved livsstilssykdommer	”Kommuneregionene” med støtte fra HNT	2011	
Utvikling av tilbud innen læring og mestring i kommunal regi med faglig støtte fra helseforetaket og brukerorganisasjonene/likemannsarbeidet	Samarbeidsutvalget	2011	
Undervisningssykehjemmet og undervisningshjemmetjenestens rolle må tydeliggjøres og utvikles	Samarbeidsutvalget	2011	

Samarbeid med forskningsmiljøene om forsknings- og utviklingsoppgaver	Samarbeidsutvalget	2011	
Utvikling av en minstestandard for sykeheimstjenester, herunder organisatoriske løsninger for lokalmedisinske sentre	Avvente politisk vedtak? Iverksette et forberedende arbeid?	2011	
Pasienter med særlige behov for koordinerte tjenester får oppnevnt en pasientkoordinator som kontaktpunkt i tjenestene	Kommunene	2011	
Etablering av et personalnettverk mellom kommunene og helseforetaket	HNT HF	2011	
Innføring av elektronisk henvisning og svarrutiner og elektroniske epikriser mellom legetjenesten og sykehus	HNT HF og HEMIT	2011	
Innføring av elektroniske meldinger mellom pleie- og omsorgstjenesten og sykehus	HNT HF og HEMIT	2011	
Det utarbeides prosjektforslag som er egnet til å utprøve effekter og vurdere hensiktsmessighet av økonomiske insentiver.	Samarbeidsutvalget	2011	

### Kommunikasjon

- Samarbeidsutvalget har ansvar for at brukermedvirkning sikres og at informasjon om revisjon av Basisavtalen blir gjort kjent blant alle interessenter.
- Definerde kommuneregioner må fortrinnsvis organisere sin virksomhet under en koordinerende instans. På samme måte som helseforetaket har en *samhandlingsjef*, bør det også være etablert en samhandlingskoordinator for den enkelte kommuneregion.
- Det utarbeides sakliste og skrives referat fra de faste møtene, som sendes til aktører i samhandlingsnettverket.

### Ressursbehov/kostnader

- Vil avhenge av hvilken organisering som blir valgt i forhold til revisjon av Basisavtalen.
- Samarbeidsutvalgets tidsbruk, reise- og møteutgifter som følge av økt møteaktivitet.
- Etablering av koordinerende innstans for hver kommune region kan medføre økt tidsbruk, reise- og møteutgifter.

### Effekt mål

- Revidert Basisavtale foreligger i 2012.
- Årsrapport foreligger.
- Koordinerende innstans i den enkelte kommuneregion er etablert.
- Samarbeidsutvalget blir i stand til å gjennomføre planlagt samarbeid og holde løpende oversikt over samhandlingsrelaterte aktiviteter i Nord-Trøndersk helsetjeneste.

### Evaluerings

- Vil skje i forbindelse med at revidert Basisavtale foreligger.
- Årsrapport fra Samarbeidsutvalget.

### Rapportering

- I forbindelse med avsluttet arbeid/iverksetting av revidert Basisavtale, og i Samarbeidsutvalgets årsrapport for 2011.
- Det utarbeides en årlig oversikt fra hver kommuneregion til Samarbeidsutvalget, med presentasjon av gjennomførte og planlagte aktiviteter.

- Samarbeidsutvalget skal løpende være/holde seg informert om aktivitet i samarbeidsfora, herunder deres mandat, sammensetning og arbeidsform.

### 6.3 Tiltak i 2012

Tiltak	Ansvar/Organisering	Start	Slutt
Etablering og koordinering av ambulante team i kommuner og helseforetak	”Kommuneregionene” og HNT HF	2012	
”Kommuned diagnose” - Epidemiologisk kartlegging gjennom bruk av HUNT-data	Samarbeidsutvalget	2012	
Logistisk forbedring med fokus på tydeligere oppgavedeling mellom nivåene, redusert variasjon i tilgangen til kompetanse og kapasitet i tjenestene	Samarbeidsutvalget	2012	
Evaluerer DMS Stjørdal			2012

#### Kommunikasjon

#### Ressursbehov/kostnader

#### Effekt mål

#### Evaluerings

- Samarbeidsutvalgets rolle og arbeidsform må evalueres i forhold til eventuelle endringer som inntreffer i tilknytning til Samhandlingsreformen i 2012.

#### Rapportering

- Samarbeidsutvalgets årsrapport for 2012.

## 7 Avslutning

Samhandlingsområdene er mange og utfordrende. Innenfor hvert område er det flere oppgaver og muligheter. Det er ikke likegyldig hvilke oppgaver/tiltak som prioriteres. Det er innlysende at noen oppgaver må komme foran andre. Noen av målområdene i dokumentet vil måtte ha grader av langsiktighet og krever nærmere oppgave- og ansvarsavklaring i henhold til Samhandlingsreformens utviklingsløp. Andre målområder vil det være mulig å initiere på kort sikt. En årlig handlings-/tiltaksplan vil derfor kreve løpende rullering og behandling av Samarbeidsutvalget.

### Prioriteringer 2010-2012

- Etablering av en fast, forpliktende samhandlingsarkitektur
- Skaffe oversikt over igangværende relevante prosjekter
- Sikre brukermedvirkning
- Følge opp kommunikasjonsstrategien
- Dokumentasjon og utvikling av felles styringsindikatorer
- Oppstart av arbeid med standardisering av pasientforløp

I tillegg er det viktig å følge opp med konkrete tiltak/prosjekter innenfor:

- Helsefremmende og forebyggende strategier, særlig med fokus på sentrale pasientgrupper innen psykiatri/rus/demens/livstilssykdom
- Læring og mestring i kommunal regi
- Utprøving av en ordning med praksiskonsulenter
- Det etableres/videreutvikles hensiktsmessige nettverks- og møtearenaer både på faglig og administrativt nivå, for å få gjennomført de prioriterte tiltakene. For noen av tiltakene vil det være nødvendig med organisering i egne prosjekter
- Oppgavedeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet bør igangsettes så snart som mulig. Mange kommuner er i gang med prosjekter for å møte de utfordringene samhandlingsreformen innebærer. For å utarbeide gode løsningsforslag er det behov for kunnskap om hvilke nye oppgaver som vil falle på kommunene, herunder hvilken kompetanse som kreves, evt. rekrutteringsproblematikk, behovet for å utvikle løsninger over kommunegrensene, behovet for å avklare hva som kan tillegges funksjonen for lokalmedisinske sentre (forsterkede sykehjem), plassproblematikk m.m.

### Samhandlingsnettverk

I forhold til strategi og målområde 5.1.3. – Kommuneregioner etablerer nå lokale/regionale samhandlingsfunksjoner i form av tilsatte som benevnes prosjektledere, koordinatorene, kontaktpersoner etc. Når disse funksjonene er på plass, tilrådes det at man etablerer et samhandlingsnettverk, der helseforetakets samhandlingsfunksjon inngår i nettverket. Et slikt forum vil kunne bidra til erfaringsutveksling og sikre framdrift i forhold til utvikling og implementering av vedtatte strategier.

### Kommunikasjon i samhandlingsstrategien

Strategi og målområde 5.2 beskriver betydningen av god kommunikasjon. I flere av strategiene er det forutsatt at virksomhet dokumenteres gjennom årsrapporter. Slike rapporter må

standardiseres, være kortfattede og informative. Det anbefales at arbeidet med denne oppgaven igangsettes 2. halvår 2010 og tas i bruk ved utgangen av 2010.

#### **Økonomiske stimuleringsiltak**

Det vises til strategi og målområde 5.10. Samarbeidsutvalget initierer en prosess for å vurdere behovet for økonomiske incentiver knyttet til noen av de prioriterte oppgavene som er foreslått igangsatt i perioden 2010 – 2011. Dette kobles mot kommende budsjettarbeid, men eksterne finansieringskilder vurderes også i denne sammenheng.