

1. Mål med samhandlingsreforma

I april 2010 vedtok Stortinget "Samhandlingsreforma", som var lagt fram som Stortingsmelding 47 i juni 2009. Meldinga hadde som undertittel "Rett behandling på rett sted til rett tid".

Bakgrunn

Befolkninga i Noreg blir stadig eldre og innan 2030 vil folketalet på over 67 år runde omkring 1 million. Dette vil føre med seg fleire eldre med *kroniske og samansette sjukdomstilstandar* som treng store og aukande samhandlingsbehov. Eldre har generelt mindre motstand når sjukdom inntreff og førekomsten av kreft aukar med alderen.

Det har vore ei stor auke i bruk av sjukehus (spesialisthelsetenesta) dei seiste åra. Denne auken kan ikkje halde fram. Det er mange grunnar til auken, men ein ser blant anna at eldre menneske blir lagt inn på sjukehus, der hjelpen kunne ha vore gitt lokalt (kommunenivå). Omgrepet BEON (Beste Effektive OmsorgsNivå) er sentralt i Samhandlingsreforma.

Sjukdomsbilde har også endra seg. Frå tidleg på 1900-tallet var infeksjonssjukdommar den største dødsårsaka i landet. På 50-tallet og nesten fram til i dag har hjerteinfarkt ligge høgt som dødsårsak. I dag er dette ein liten del av det store sjukdomsbilde. I staden ser vi ein stor auke i livsstils- og kronisk sjukdommar. *Kreft, diabetes, KOLS, rus, psykiske lidingar, fedme og demens* er alle sjukdommar som krev eit tilbod både frå sjukehus og kommunar, og samarbeid er difor naudsynt.

I fylgje Nasjonal Helseplan vil talet på pasientar med demens bli dobla i løpet av dei kommande 20 åra med bakgrunn i at talet på eldre veks kraftig. Ein ser òg ein betydeleg gruppe yngre demente. Mange av disse pasientane og deira pårørande har behov for koordinert bistand frå mange aktørar i helsetenesta.

Samstundes som ein vil trenge mange nye "hendar" til helse- og omsorgsarbeid i åra som kjem, grunna auke i talet på eldre, så er det færre i arbeid enn før. Gode pensjonsordningar gjer at folk gjeng tidlegare av, fleire blir uføre, ungdom tek lenger utdanning og kjem difor seinare inn i yrkeslivet.

Reforma legg opp til 5 hovudsatsingsområde:

- *Ny framtidig kommunerolle*
- *Klårare pasientrolle*
- *Etablering av økonomiske insentiv*
- *Spesialisthelsetenesta skal i større grad nytte sin spesialistkompetanse*
- *Tilrettelegging for tydlegare prioriteringar*

Samanhengande helseteneste

Det må bli eit klårare skilje på kva som skal til behandling på sjukehusa og kommunane sine oppgåver. Kommunane kjem blant anna til å få eit større ansvar for ei *heilskapeleg helseteneste* for innbyggjarane.

Samhandlinga skal sikre at pasientane opplever ei *samanhengande helseteneste*. I dag vurderar ofte dei ulike aktørane i helsetenesta pasienten kvar for seg og sender den vidare til neste ledd i kjeda med ein tinging og ei forventning om kva denne skal gjera. Det er ein rekkje slike overgangar både internt i kommune- og spesialisthelsetenesta og mellom dei to nivåa.

Kommunane må satse på *førebyggjande arbeid* og ha meir fokus på *læring og meisting* for å redusere kronisk sjukdomsutvikling i staden for fokus på behandling av sjukdom og seinkomplikasjonar.

Samhandling mellom 1. og 2. linetenesta

Det er i dag betydelege skilnader mellom kommunane og helseføretaka på arbeidsoppgåver, arbeidsmåtar, kompetanse, kultur og tenestar. Samhandlinga bør bidra til å styrkje aktørane innsikt i kvarandes arbeid. Ein må difor utvikle samarbeidsformar som kan bidra til å oppnå dette.

I dag er det liten eller ingen samordna *IKT-system* som tek i vare opplysningar om pasientane mellom tenestenivåa. Satsing på nasjonalt hald skal gjera elektroniske meldingar mellom nivåa mogleg. Det føreset at lov- og regelverk tillet at aktørane utvekslar den informasjon seg imellom som er naudsynt for å sikre mest mogleg rasjonell innhenting og bruk av informasjon.

Det er dei seinare åra utvikla *avtaler* mellom spesialist- og primærhelsetenesta som skal bidra til å sikre eit kjend og forpliktande samarbeid på alle nivå. På tenestenivå inneber dette at aktørane har klare avtaler om kven som utfører dei ulike prosedyrar og oppgåver – og dermed også kven som er ansvarleg til ei kvar tid.

Det er på trappene med ei lovendring der ein pålegg kommunane å ha ein *kontaktperson* for pasientar med langvarige og kroniske sjukdommar.

Samhandling i kommunane

Samarbeid kommunane i mellom vil bli viktig for å løyse utfordringane kommunane står framom. Dette krev kompetanse og ressursar som kvar og ein av kommunane ofte er for små til å kunne dekkje sjølv.

Samarbeidet med NAV i kommunane er også viktig. Mange av brukarar med langvarige og kroniske sjukdommar har tenestar derfrå. Disse brukarane representerar ofte eit stort sjukefråværs- og uførleiksproblem.

Samarbeidet med pasienten og dei pårørande er minst like viktig. *Individuell plan* er i Samhandlingsreforma trekt fram som eit godt reiskap. I nytt lovverk vil individuell plan ikkje lenger liggje som ein forskrift, men bli ein lovfesta rett i Pasientrettighetslova.

Det blir skissert ein del oppgåver for kommunane i reforma. Døme på dette er:

Forsterka sjukeheimar med korttidsplassar der brukarar kan liggje til observasjon og behandling. Tidlegare utskrivning frå sjukehusa gjer at ein ofte må ta i mot brukarar som ikkje er "ferdigbehandla" og som treng etterbehandling og rehabilitering før dei kjem tilbake til egne heimar. Dette krev ei styrking av legetenestene knytt til sjukeheimane.

Lærings- og meistringstilbod handlar om å gje brukaren kompetanse om eigen sjukdom og lære seg og leve med sjukdommen.

Førebyggande arbeid blir ein viktig del av dei kommunale oppgåvene slik som livsstilskurs, sjølvhjelpskurs, treningsgrupper med meir. Skular og barnehagar bør etter kvart bli tekne med inn i arbeidet med det førebyggande arbeidet

Psykisk helsearbeid vil måtte styrkast og kommunane vil få eit større ansvar for *rusarbeid* på lokalt plan.

Forankring av lokalt *jordmorarbeid* og jordmorberedskapen må styrkast i samarbeid med sjukehusa. Sjukehusa har blant anna fått ansvar for jordmorberedskapen.

Legetenesta må styrkast. I Stortingmeldinga blir det sagt at ca 2000 nye framtidige legeårverk skal ut i kommunehelsetenesta.

Reforma krev òg mykje lokal *kompetanseoppbygging*, i form av etter- og vidareutdanning, men òg som kompetanseoverføring frå sjukehusa – og tettare samarbeid med spesialisthelsetenesta. Kommunane vil få ei lovpålagt oppgåve og syte for utdanning og etter- og vidareutdanning.

2. Samhandling i Telemark

Sykehuset Telemark HF var tidleg på banen med eit framlegg om samarbeid med alle kommunane i Telemark etter modell av Grenlandssamarbeidet - eit prosjekt mellom Skien, Porsgrunn og sjukehuset. Tanken er å dela fylket inn i 4 regionar der ein tilsett eigne samhandlingskoordinatorar med ansvar for prosjekt og tiltak mellom kommunane og sjukehusa. Prosjekta skal i fyrste omgang gå over 2 år.

3. Samhandling i Vest-Telemark

Vest-Telemarkrådet gjorde vedtak om å gå inn i eit 2-årig prosjektsamarbeid med Sykehuset Telemark HF våren 2010. VTR bevilga fellesfondmidlar til prosjektet og stilling som samhandlingskoordinator blei lyst ut. Det var sett ned eit tilsettingutval av tre rådmenn, sjukehusdirektør og tillitsvalde som tilsette koordinator frå 15. august 2010. Koordinatoren er formelt tilsett i Vinje kommune.

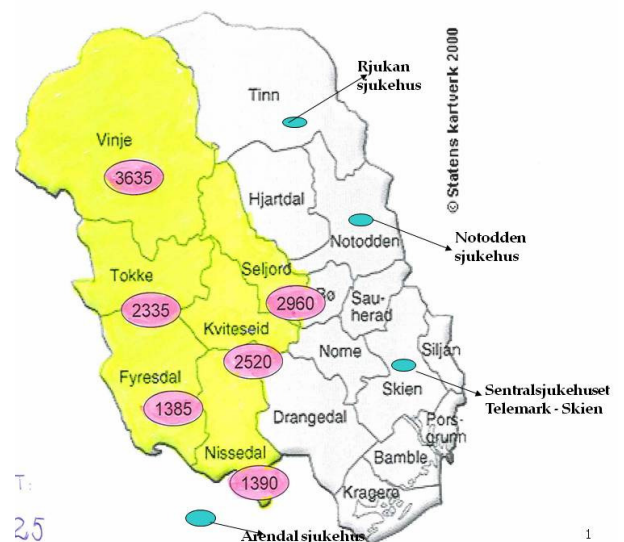
Gjennom faktagrunnlag som statistikkar og erfaringar skal ein fange opp behova i for tiltak i Vest-Telemark som skal understøtte samhandlingsreforma.

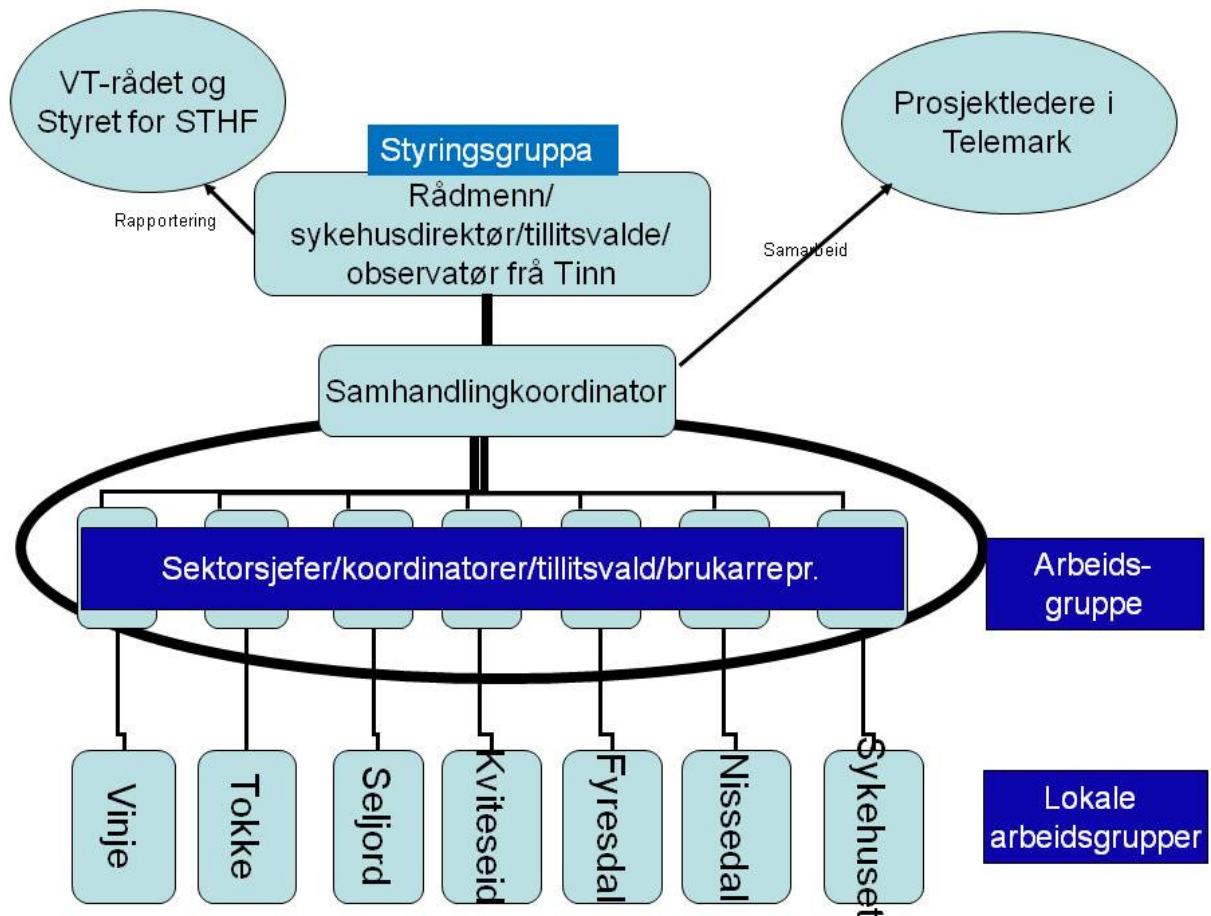
Dei 6 kommunane har til saman eit innbyggartal på 14255 innbyggjar. Det er opptaksområde for 3 sjukehus i Telemark og Arendal sjukehus. Arealmessig som omfattar det halve Telemark. Dette gjer sjølvsagt sitt til at ein må finne eigne modellar å samarbeid etter i Vest-Telemark.

Prosjektoppbygginga

Mål og mandat

Prosjektet skal sjå på ulike samarbeidsformer på tvers av kommunane i Vest-Telemark og Sykehuset Telemark HF. Det skal gjennomførast og byggjast fram konkrete samarbeidsprosjekt i tråd med føringar i Samhandlingsreforma og med pasienten/brukaren i sentrum. Samarbeidet kan vera mellom STHF og ein, fleire eller alle kommunane. Det kan òg berre vera samarbeid kommunane i mellom.





Styringsgruppa

Styringsgruppa består av rådmenn frå alle kommunane, sjukehusdirektør, tillitsvalde frå kommunar og sjukehus og ein observatør frå Tinn. Dei skal syte for naudsynte avgjersler innanfor overordna rammer og for informasjon og forankring i eigen organisasjon. Dei rapporterer til Vest-Telemarkrådet og Styret for Sjukehuset Telemark.

Samhandlingskordinator

Samhandlingskordinator er sekretær for styringsgruppa og rapporterer dit. Koordinatoren skal initiere samarbeidstiltak bygd på faktagrunnlag og behov, og vera ansvarleg for å koordinere og fylgje opp prosjekta. Koordinator skal òg vera ein kanal for dei som ynskjer å ta opp nye idé til samhandlingstiltak og prosjekt. Koordinator skal ta seg av naudsynt informasjon.

Koordinator skal samarbeide i nettverk med dei andre koordinatorane i fylket syte for eit tettare samarbeid mellom sjukehusa og alle kommunane.

Arbeidsgrupper

Består av sektorleiarar, tillitsvalde, brukarrepresentantar og tilsette ved sjukehusa. Grupper skal vera medspillar til koordinator og ansvarleg for forankring på tenestenivå og for lokale arbeidsgrupper i eigen kommune. Medlemmene skal òg ta initiativ til samarbeidsprosjekt som understøtter samhandlingsreforma. Koordinator er sekretær for gruppa.