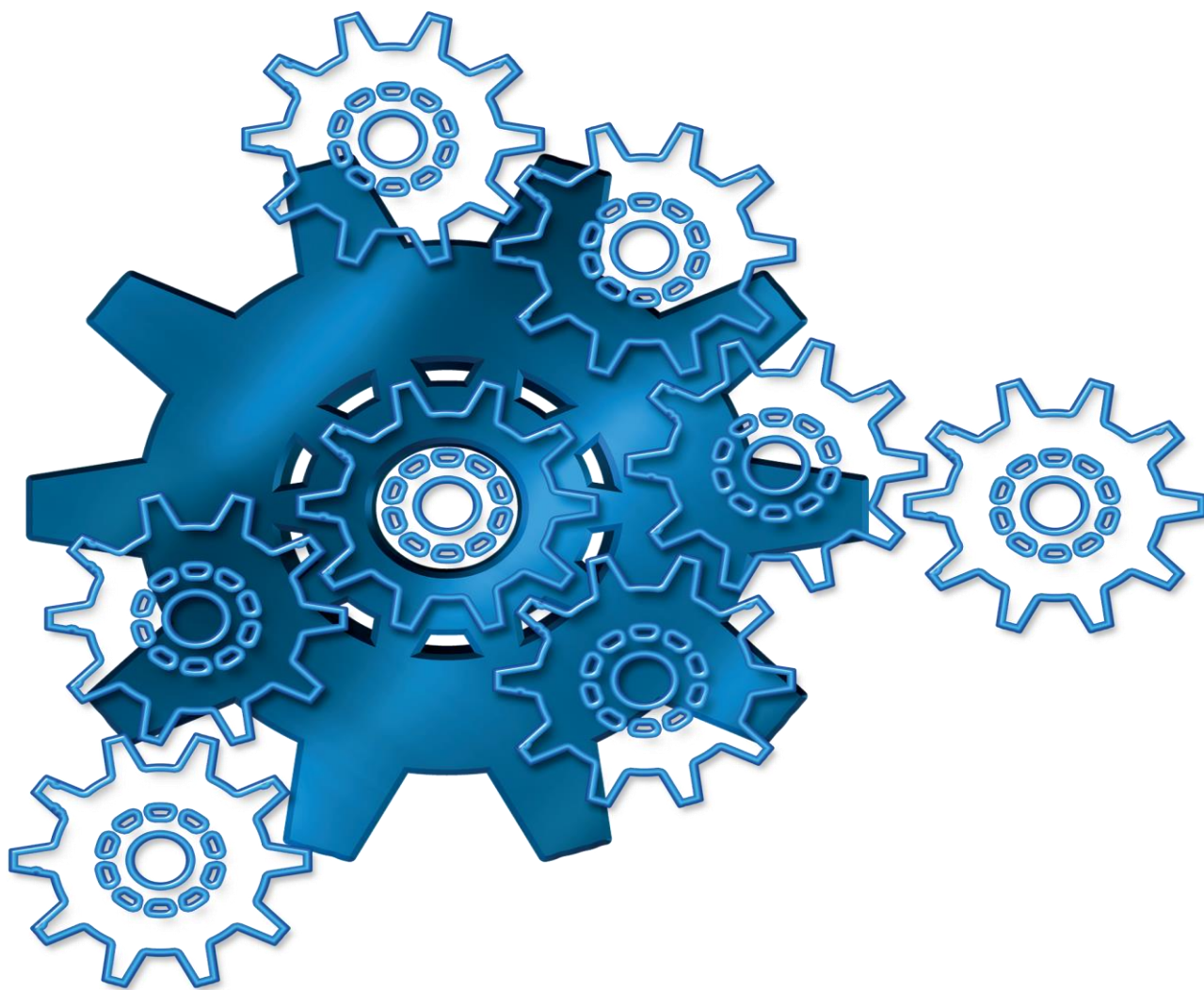


Overordnet samhandlingsplan for Akershus universitetssykehus og tilhørende kommuner.



Innhold

.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
1. Innledning.....	3
2. Rammebetingelser	3
2.1 Nasjonale føringer	4
Kommunen	4
Ahus.....	4
Ahus og kommunene	5
2.2 Demografiske forhold	5
2.3 Styringsformer og finansiering	6
Ahus.....	6
Kommunene	7
Finansieringens betydning for samhandlingen	7
2.4 Organisatoriske og kompetansemessige forutsetninger for samhandlingen.....	8
2.5 Virkemidlene for samhandling	8
3 Overordnet mål for samhandlingen.....	9
3.1 Bedre helse i befolkningen	9
3.2 Samhandling for gode behandlingsforløp	10
Pasient- og brukerrollen.....	10
4 Satsingsområder for planperioden 2020-2022	11
4.1 Samarbeid om de mest sårbare pasientgruppene	12
4.2 Psykisk helse og avhengighet	12
4.3 Digital samhandling - teknologi	12
4.4 Kompetanse.....	13
5 Handlingsplan/gjennomføring	13

1. Innledning

Akershus universitetssykehus (Ahus) og tilhørende kommuner har lange tradisjoner for samarbeid. Med samhandlingsreformens innføring i 2012 fikk sykehus og kommuner nye føringer for samhandlingen seg i mellom, og i reformen står det blant annet at «det skal lønne seg for sykehus og kommuner og spille på lag.»

Samhandlingen mellom Akershus universitetssykehus og kommunene spenner over en lang rekke områder og aktiviteter, fra samarbeid om innleggelse og utskrivning, til forebygging og mestring, fra svangerskap og fødsel til samarbeid om pasienter i livets siste fase. Samhandlingsreformen peker på viktighet av god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner. Gode samarbeidsavtaler kan bidra til å klargjøre ansvarsfordelingen.

Helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven, forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Ahus og kommunene har inngått samtlige lovpålagte avtaler, deriblant en overordnet samarbeidsavtale. Overordnet samarbeidsavtale ivaretas av et administrativt samarbeidsutvalg (ASU) bestående av representanter fra sykehusets øverste ledelse og 2 rådmenn fra hver av regionene i sykehusets nedslagsfelt.

I tråd med overordnet samarbeidsavtalen vedtok ASU utarbeidelse av en overordnet samhandlingsplan for Ahus og kommunene i Ahus sykehusområde. Høsten 2016 ble overordnet samhandlingsplan vedtatt for perioden 2017-2019. Planen revideres herved for planperioden 2020-2022. Mandat for revisjonsarbeidet ble vedtatt i ASU desember 2018, og anbefalinger for revisjonsomfang fra SU ble redegjort for i ASU mars 2019. Strategisamlingen for partenes øverste ledelse og kommunens politiske ledelse gav innspill til satsingsområder ved årlig samling i april 2019.

Fra 01. februar 2019 ble Kongsvinger sykehus innlemmet i Ahus, med tilhørende kommuner fra Kongsvingerregionen, og revidert overordnet samhandlingplan gjelder også for disse kommunene.

Overordnet samhandlingsplan redegjør for rammebetingelser som er av betydning for samhandlingen mellom sykehus og kommuner, som demografiske forhold, styringsformer, organisatoriske forhold og finansieringssystem.

Med dette som bakteppe presenteres hovedmål for samhandlingen, status for samhandlingen pr i dag, og noen strategiske satsingsområder for måloppnåelse. Satsingsområder vil være i tråd med nasjonale føringer og planverk partene skal forholde seg til. Samhandlingsplanen skal være et ledelsesverktøy for å styre samhandlingen best mulig, og være et grunnlagsdokument for flere handlingsplaner.

Oppfølging og operasjonalisering av tiltak relatert til satsingsområdene delegeres til helse og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (SU). SU utarbeider strategisk handlingsplan for samhandlingen mellom Ahus og tilhørende kommuner, for perioden 2020-2022. Handlingsplanen vil inneholde konkrete tiltak for hvert satsingsområde, med ansvar og frister for iverksetting. Planperioden varer ut år 2022.

2. Rammebetingelser

Sykehus og kommuner har ulike rammebetingelser som har stor betydning for samhandlingen. Planen løfter frem betydningen av nasjonale føringer, demografi, styringsformer, finansieringssystem og organisatoriske og kompetansemessige forutsettinger som viktige rammebetingelser for samhandlingen.

2.1 Nasjonale føringer

Samhandlingsreformen står fortsatt sentralt i de føringene som påvirker samarbeidet mellom sykehuset og kommunene. Den stiller krav til endringsarbeid i kommuner og sykehus relatert til pasientenes helsetjeneste. Reformen har ført til at flere, større og mer kompliserte behandlingsoppgaver følges opp i kommunene, og behandling i sykehus er blitt mer spesialisert. Oppgaveoverføringen er en nasjonalt villet utvikling, for å bevare bærekraften i vårt helsevesen.

Regjeringens politikk for helse- og omsorgstjenesten gis gjennom stortingsmeldinger, nasjonal helse- og sykehusplan, veiledere og oppdragsdokumenter. De vil til enhver tid være førende for prioriteringer og utviklingen av tjenestene. Skal vi lykkes med å skape pasientens helsetjeneste, må sykehus og kommuner gå fra å være parter til å bli partnere, sier helseministeren.

Ny Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023, legger føringer for samhandlingsstrukturen mellom sykehus og kommuner.

«Etablerte avtaler og samarbeidsstrukturer skal ligge til grunn, men videreutvikles. Regjeringen vil i den kommende Nasjonale helse- og sykehusplanen i tråd med dette foreslå å etablere 19 helsefelleskap med utgangspunkt i de eksisterende helseforetaksområdene.»

(Kilde: Avtale mellom regjeringen og KS om innføring av helsefelleskap for å skape en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste)

Ahus og tilhørende kommuner vil oppdatere eksisterende samhandlingsstruktur i tråd med nye føringer for helsefelleskap, og ta inn nasjonale fokusområder i planens satsingsområder.

Kommunen

Kommunen har en avgjørende rolle for gjennomføringen av kvalitetsreformen Leve hele livet. Reformen skal sees i sammenheng med regjeringens plan for omsorgsfeltet, inkludert Demensplan 2020.

Kommunen skal blant annet fremme folkehelse og utjevne sosiale helseforskjeller, implemetere pakkeforløp og utvikle og spre metoder og tiltak for å forebygge rusbruk, styrke barn og ungdoms psykiske helse, mestring, livskvalitet og deltakelse i lokalsamfunnet. Kommune skal også bidra til og legge til rett for bolig for velferd. Kvalifiseringsprogrammet skal bidra til å redusere fattigdom ved å øke sysselsetningen også for de som trenger ekstra bistand til å komme inn i arbeidslivet.

For å møte fremtidens utfordringer i helse og omsorgssektoren skal alle kommuner ha vedtatte planer som omfatter kompetanseheving, rekruttering og innføring av velferdsteknologi.

Ahus

Ny nasjonal helse- og sykehus plan lanseres høsten 2019. Hovedtemaene i planen er helhet og sammenheng, psykisk helsevern, teknologi og kompetanse.

Ahus får føringer i årlige oppdragsdokumentet fra Helse og omsorgsdepartementet. Helse Sør-Øst RHF skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå hovedmål med å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

For å sikre befolkningen i opptaksområdet et godt sykehus tilbud og for å skape gode fagmiljøer, har Ahus utarbeidet Utviklingsplan 2035 for virksomhet og bygg. Planen er utarbeidet etter føringer fra Helse Sør-Øst HF.

Ahus og kommunene

Nasjonale føringer gir både Ahus og kommuner i oppdrag å jobbe målrettet sammen for å skape pasientens helsetjeneste. Vi skal fokusere på kompetanse, kvalitet og pasientsikkerhet.

De lovpålagte samarbeidsavtalene skal fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen, samt etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder. Arbeidet med avtalene har bidratt til etablering av gode arenaer for rolle- og ansvarsfordeling, og gitt en ramme for utvikling av kultur for samhandling mellom Ahus og kommunene.

Pakkeforløp skal implementeres. Partene skal jobbe sammen om de pasientene og innbyggerne som trenger oss mest, og barn og unge skal ha et spesielt fokus.

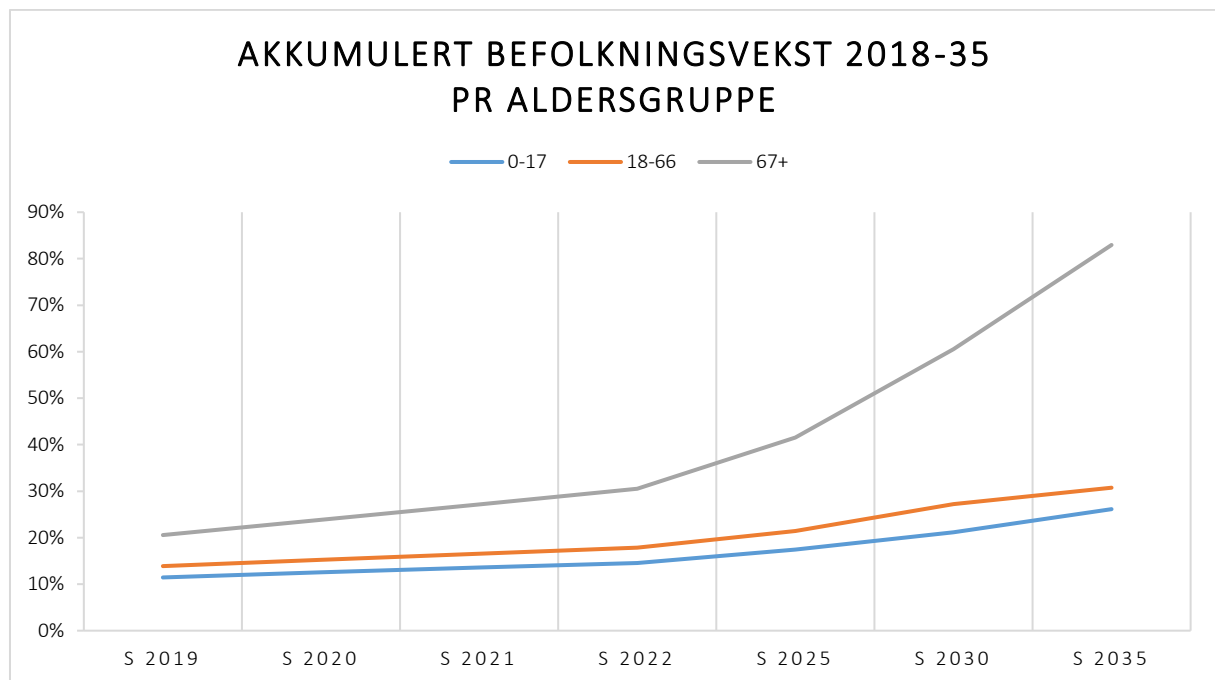
Ny teknologi skal utvikles og tas i bruk. Det skal legges til rette for forskning og innovasjon og næringsutvikling. Ahus og kommunene har et felles samfunnsoppdrag for å få flere i jobb.

Ahus og kommuner ønsker å styrke et målrettet arbeid gjennom en felles overordnet plan, for samhandlingen om utvalgte satsingsområder og med tilhørende handlingsplan.

2.2 Demografiske forhold

Opptaksområdet for Ahus sykehusområde kjennetegnes av høy befolkningsvekst. Det er befolkningen på Romerike som vokser mest. I følge Ahus Utviklingsplan 2035, viser befolkningsfremskriving en vekst på nær 25 % frem mot 2035. Veksten er stor for yngre eldre (67-79 år, 21 % vekst) og spesielt stor for eldre over 80 år som fordobles frem til 2030.

Veksten vil medføre økt press på kapasitet i alle deler av kommune- og sykehustjenesten. Spesielt relatert til andelen eldre over 67 år, vil behovet for helsetjenester øke. Aktivitetsveksten kan derfor bli høyere enn befolkningsveksten tilsier, og kan gi flere utfordringer, deriblant en kompetanseutfordring.



Figur 1: Fremskrevet befolkningsutviklingen i Ahus opptaksområdet pr aldersgruppe.

I årene som kommer ventes et økt tilfang av kritisk syke pasienter. Sintef kapasitetsanalysene for HSØ fra 2012 til 2030, avdekker folkesykdommer som øker mer enn befolkningsveksten. Sykdomsgrupper som forventes å stige mer enn befolkningsveksten tilsier, gjelder bl.a.:

- Hjertesykdommer
- Hjerneslag
- Kols og astma.
- Kreft

*Beleggsstatistikk fra analyseavdelingen på Ahus viser at 20 % av pasientgrunnet opptar 80 % av sykehusets kapasitet. Ahus bruker en stor grad av sin kapasitet på akutt innleggelser.

For kommunene vil et økt antall personer med demens prege behovet for helsetjenester og institusjonskapasitet. En økende andel av befolkningen opplever psykiske helse utfordringer, og økningen er særlig stor for unge mennesker og personer med innvandrerbakgrunn.

2.3 Styringsformer og finansiering

Ahus og kommunene er underlagt ulikt lovverk og styringsformer, og spesialisthelsetjenesten og kommunene har ulike faglige målsetninger. Sykehuset driver sykehustjenester og skal utrede og behandle, med fokus på at pasienten skal bli frisk og mestre sykdom. Kommunen skal legge til rette for at innbyggerne skal mestre livet med det funksjonsnivået de har. Spesialisthelsetjenestens samfunnsoppdrag er derfor noe annerledes enn kommunenes, hvor helseoppgavene også må ses i sammenheng med andre kommunale sektorer. Skolesektoren berøres relatert til helseoppfølging av barn og familier, NAV i relatert til sosiale forhold, og teknisk sektor blant annet i forhold til kommunale boliger.

Spesialisthelsetjenesten har tilgang til forskning som underbygger og kan gi støtte for prioriteringer for virksomheten. Kommunene har ikke tilgang på tilsvarende forskningsgrunnlag eller dokumentasjon om effekt av tiltak, og til støtte for valg av prioriteringer. Dette vil endre seg med nytt lovkrav, og videre oppfølging av nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg.

Ahus

Ahus er et helseforetak som eies av staten, og hvor helseforetaksloven og spesialisthelsetjenesteloven er førende for drift og ansvar. Foretaket ledes av et styre og en daglig leder. Foretaket skal ha en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet. Ahus er et helseforetak i Helse Sør Øst regionale helseforetak (HSØ).

Ahus HF har en detaljert bestilling fra HSØ gjennom et årlig oppdragsdokument (Oppdrag og bestillingsdokument). Helseforetaket har en øvre ramme på inntekter og aktivitet definert i oppdragsdokumentet. Videre har helseforetakene spesifiserte krav om aktivitet på alle omsorgsnivå. Helseforetaket har dessuten et lovmessig krav om å prioritere øyeblikkelig hjelp framfor planlagt behandling.

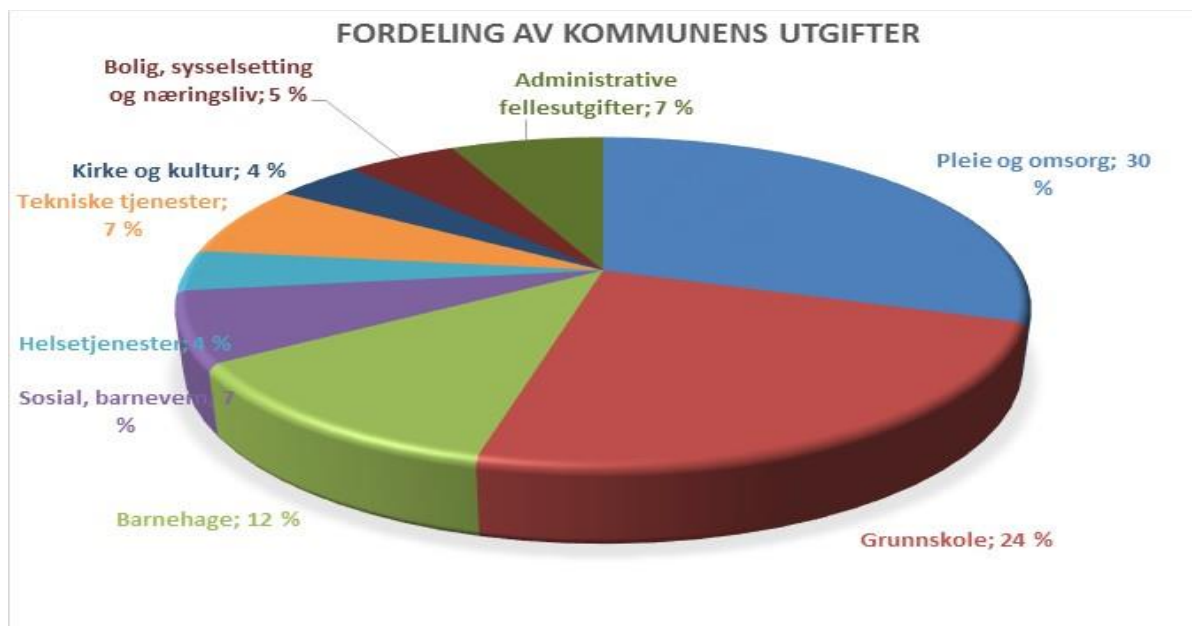
Aktiviteten ved sykehusene beskrives i et system med Diagnose Relaterte Grupper (DRG). DRG er et poengsystem for å beregne pris for et pasientopphold i somatikken. DRG er ikke betaling pr. døgn. DRG håndterer en kompleks virkelighet, hvor pasienter har tusenvis av ulike diagnoser og like mange ulike behandlinger. Alle pasienter kan klassifiseres ved dette systemet.

Helseforetakets lovmessige krav om å prioritere øyeblikkelig hjelp framfor planlagt behandling innebærer at Ahus sin kapasitet prioriteres mot øyeblikkelig hjelp, og deretter planlagt behandling innenfor de rammene som er satt for aktiviteten.

Kommunene

Kommunenes oppgaver fremgår blant annet av kommuneloven, særlovgivninger som Helse- og omsorgstjenesteloven, og den årlige kommuneproposisjonen. Kommunen er selvstyrt gjennom lokale folkevalgte.

Overordnet målsettingen med inntektssystemet i kommunene er å utjevne kommunenes økonomiske forutsetninger, slik at forholdene legges til rette for et likeverdig tjenestetilbud til innbyggerne over hele landet. Det betyr ikke at alle kommuner har like inntekter, men at alle kommuner skal ha forutsetninger for å gi innbyggerne et likeverdig tjenestetilbud.



Figuren viser at helserelaterte tjenester utgjør over 1/3 del kommunenes utgiftsposter.

Relatert til Ahus har kommunene ansvar som omfatter det sykehus/fylkeskommune «ikke skal gjøre», ref. § 3-1 i helse og omsorgstjenesteloven:

«Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune».

Finansierings betydning for samhandlingen

Sykehusene er delvis rammefinansiert og delvis aktivitetsfinansiert (innsatsstyrt finansiering ISF), mens kommunen i hovedsak er rammefinansiert. Det ligger et insitament for sykehusene å behandle flest mulig pasienter og derved også et visst press på færrest mulige liggedøgn pr. pasient. Tidligere utskrivning medfører økt press på kommunale helse og omsorgstjenester.

En tiltenkt konsekvens av de statlige rammebetingelsene for spesialisthelsetjenesten er forskyvninger av oppgaver fra sykehus til kommune. Dette inkluderer reduserte inntekter til sykehuset, og en tilsvarende økning i den økonomiske rammen til kommunene. Når rammetilskuddet stykkes opp og fordeles på alle kommunene reduseres mulighet for iverksetting av tiltak.

Som følge av nye tildelte oppgaver etterspør kommunene i økende grad bistand (ambulante tjenester) fra sykehuset for å utføre de nye oppgavene. Betalingsplikten virker også direkte inn i den daglige samhandlingen mellom sykehus og kommune.

Begge parter har et viktig samfunnsansvar for å forebygge sykdom og lidelse. For kommunene er det økonomisk gunstig å satse på forebyggende tiltak som i stor grad kan forhindre at innbyggerne blir pasienter. Det er også ønskelig for Ahus for å kunne redusere presset på sykehuset. Det foregår arbeid rettet mot både forebyggende helsetiltak og ambulante tjenester i sykehuset, men finansieringssystemene stimulerer og fremmer ikke felles satsing og samhandling med kommunene på disse områdene.

Finansieringssystemet for fastlegene har betydning for deres rolle i samhandlingen mellom kommunene og sykehuset. Fastlegene er selvstendig næringsdrivende med en form for stykkpris finansiering-

2.4 Organisasjonelle og kompetansemessige forutsetninger for samhandlingen

«Helsetjenesten er delt i en forvaltningsorganisert primærhelsetjeneste og en foretaksorganisert spesialisthelsetjeneste. Disse er hver for seg sammensatt av mange subspecialiserte enheter. Både de ulike spesialiserte fag- og arbeidsområdene og de ulike organisasjonsmodellene med sine tilhørende styringslogikker skaper formidable samhandlingsutfordringer. Kombinasjonen av det tydelige skillet mellom en statlig spesialisthelsetjeneste med sentralisert regional styring og desentrale kommunale primærhelsetjenester, i tillegg til faglig spesialisering, skaper høy kompleksitet langs flere akser; organisatoriske grenser, profesjonsgrenser og i møtet mellom ulike styringslogikker.»

(Christie, Hoholm, Mørk – Innovasjon og samhandling i helsetjenesten 2018)

Samfunnsutviklingen er preget av økt kompleksitet og raske endringer, ikke minst pga digitalisering. Dette er trender som utfordrer samhandlingen internt i organisasjoner og mellom organisasjoner. Og den tradisjonelle byråkratiske modellen evner ikke å løse disse utfordringene. Vi er avhengige av å utvikle evnen til å skape løsninger på komplekse utfordringer sammen. Det handler om å skape effektive samarbeidsrelasjoner og -former, om de sammensatte tverrfaglige og tverrorganisatoriske oppgavene, når og hvor behovet oppstår.

De fleste organisasjoner har så langt fokusert på optimalisering i divisjoner og enheter og dette har skapt silotenkning. Økt kompleksitet utfordrer sammenheng og forståelse og de mest komplekse utfordringene lar seg ikke løse med tradisjonelle metoder. Nyere forskning viser at en av de viktigste indikatorene på suksess i virksomheter er evnen til å samarbeide på tvers og at organisasjoner trenger å bygge evnen til samarbeid i komplekse systemer - med felles ansvar for oppgavene.

Det viser seg i både denne og andre reformer at det er krevende å få til gjennomgripende og varige endringer. Det krever stor innsikt i utfordringene og høy organisatorisk kompetanse å gjennomføre nødvendig målrettet og effektivt endringsarbeid.

Partene ønsker å løfte frem de organisatoriske utfordringene i samhandlingen for at disse skal hensyntas gjennom felles kompetanseheving, god organisering, i ledelse og forankring av samhandlingsarenaer, prosjekter og tiltak.

2.5 Virkemidlene for samhandling

Samarbeidsavtalene er løftet frem som et verktøy og virkemiddel for samhandlingen. Avtalene bidrar til en tydeliggjøring av ansvar- og oppgavefordeling mellom partene. Både kommuner og sykehus understreker betydningen av gode avtaler som et redskap for felles innsats. Statens Helsetilsyn har vurdert samarbeidsavtalene og påpeker:

«Samarbeidsavtaler og retningslinjer vil være en sentral del av styringssystemet for å sikre samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten»

Ahus og tilhørende kommuner har med bakgrunn i avtalene utviklet en rekke felles samhandlings arenaer. Administrativt samhandlingsutvalg (ASU) og Helse og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (SU) er en del av arenaene for samhandling. Videre er arenaer som fagråd, dialogmøter og ledersamarbeidsforum det operative og utøvende leddet for iverksetting av tiltak relatert til satsingsområdene i overordnet samhandlingsplan. De operative forane vil få delegert oppgaver og ansvar fra SU. Oppgaver med ansvar og frister vil beskrives i tidligere nevnte handlingsplan.

Nødvendig oppdatering i henhold til ny Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 vil gjøres i løpet av 2020.

3 Overordnet mål for samhandlingen

Mål for samhandlingen:

➤ **Bedre helse i befolkningen og gode behandlingsforløp**

Kvalitetsmål:

- En helsetjeneste som legger til rette for sammenhengende og koordinerte pasientforløp.
- Gode behandlingsforløp med samhandling som forhindrer fragmenterte tjenester. Det er jo det samme sagt på en annen måte

Et viktig arbeid i denne sammenheng vil være oppfølgingen av retningslinjen for kvalitetssikring av pasientforløpsavtalen.

Effekt mål:

- Reduserte øyeblikkelig hjelp innleggelser i sykehus
- Økt brukertilfredshet
- Reduksjon i behandling- og samhandlingsavvik.
- At partene følger forpliktelsene om representasjon og oppmøte på samhandlingsarenaene

Statistikkforum vil hente ut tall på indikatorene som forteller om tiltakene gir ønsket effekt. SU vil ha ansvaret for å etterspørre relevante indikatorer for rapportering innen hvert av satsingsområdene.

SU vil rapportere til ASU på indikatorer som er relevante for bedre helse i befolkningen og gode behandlingsforløp. Statistiske resultater rapporteres til ASU årlig.

3.1 Bedre helse i befolkningen

Sykehus og kommuner jobber med forebyggende og helsefremmende arbeid pr idag, men har et potensiale for å videreutvikle samarbeid på dette området til det beste for befolkningen.

Felles innsats er viktig for å fremme folkehelse, og forebygge sykdom og skade. Det er nødvendig å styrke fokus og samarbeidet om å legge til rette for økt mestringsevne hos de som lever med kronisk sykdom og /eller nedsatt funksjon som følge av sykdom. Ekstra fokus rettes mot barn og unge. Rehabilitering er forebyggende arbeid, og et viktig område som stiller krav til koordinering mellom partene for å sikre gode resultater.

Bedret helse i befolkningen og fokus på helsefremming, i kan nås ved økt fokus på å utvikle helsekompetanse både for personer som har utviklet sykdom, og for friske personer. Helsekompetanse skal bidra til at den enkelte tar gode og riktige valg, både relatert til behandling

behandling og generelle livsstilsvalg. Helsetjenestene må selv opparbeide helsekompetanse for å kunne bidra til økt kompetanse i befolkningen.

Gjennom økt forebygging og helsefremming, og å aktivere pasientens ressurser uansett alder, kan vi få bedret helse i befolkningen og en bærekraftig helsetjenester. Tiltak bør stimulere ressurser i individer, familier og lokalsamfunn, slik at den enkelte kan mestre utfordringer selv, oppleve mening, livsglede og tiltro til egne ressurser.

Med økt fokus på helsefremmende arbeid innenfor hvert av de prioriterte satsingsområder vil partene i fellesskap kunne bidra til nytenkning og innovasjon, og utvikle nye samarbeidsformer til det beste for befolkningen.

3.2 Samhandling for gode behandlingsforløp

Målet for tjenestene er å skape gode og sammenhengende behandlingsforløp i overgangen mellom tjenestenivåene. Pasienter, brukere og pårørende skal oppleve en samlet helsetjeneste som gir god kvalitet. God samhandling mellom sykehus og kommune er avgjørende for å lykkes.

De lovpålagte samarbeidsavtalene er vårt felles rammeverk, men skal ikke være til hinder for hensiktsmessige og fleksible løsninger til beste for pasienten/brukeren.

Tiltakene for gode behandlingsforløp innebærer blant annet at det jobbes for en samhandling som gir bedre koordinering i pasientens behandlingsforløp og forhindrer fragmenterte tjenester. Samhandlingsarbeidet mellom partene er basert på et partssammensatt arbeid på alle nivåer, fra ASU og til arbeidet med våre felles pasienter og pårørende. Avgjørelser vedrørende samhandling fattes i henhold til ansvar/fullmakter og konsensusprinsippet.

Det er behov for å videreutvikle gode samhandlingsarenaer, ta i bruk teknologi som digital avstandsoppfølging, videokonferanser, virtuelle samarbeidsteam med videre.

Arenafleksible tjenester med økt bruk av ambulant virksomhet vil trolig bidra til gode og kostnadseffektive tjenester, i tråd med hva som er viktig for tjenestemottakerne.

Pasient- og brukerrollen

Gode behandlingsforløp kjennetegnes ved at behandlingen gis på rett sted, til rett tid, og at våre felles pasienter opplever tjenestene som helhetlige og gode. Kjennskap til brukernes erfaringer og ressurser er avgjørende for å vurdere måloppnåelse. Å leve med en helseutfordring må læres. Stadig flere lever med sine sykdommer og de utfordringene det gir, men opplever likevel mestring.

Pasienter og brukere skal sikres rett til å medvirke når de mottar helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenesten har plikt til å involvere pasienter eller bruker i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenestetilbud, og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Samvalg skal ~~være~~ benyttes som prosess for å finne frem til behandlingen som passer best for pasienten.

Pasient- og pårørendeopplæring er en lovpålagt oppgave som blant annet ivaretas gjennom lærings- og mestringssenter, pårørendeopplæring, kurs for konkrete pasientgrupper, e-læringskurs og kurs for helsepersonell i helsepedagogikk.

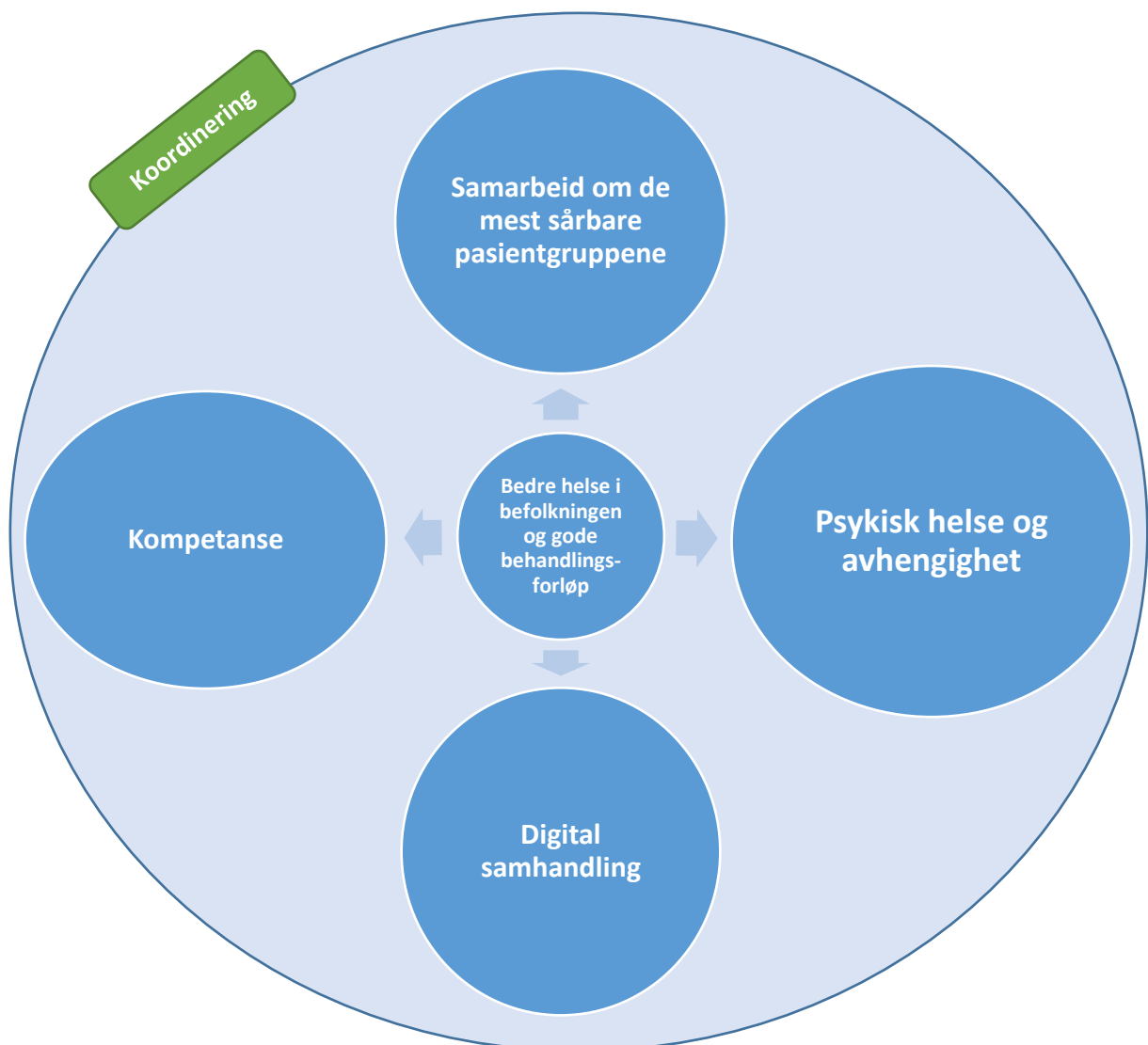
4 Satsingsområder for planperioden 2020-2022

Ahus og kommunene har som beskrevet tidligere i planen, rammebetingelser som påvirker samhandlingen, og som legger føringer for hvordan partene i felleskap kan utvikle de gode behandlingsforløpene. Det har vært en bred involvering- og forankringsprosess for å komme frem til nye satsingsområder for planperioden. Ahus ledelse og kommunal ledelse både administrativt og politisk, har vært involvert for å komme frem til aktuelle satsingsområder.

Med bakgrunn i nasjonale og regionale føringer, rammebetingelsene og lokalt planverk for både Ahus og kommunene, har ASU fremhevet noen satsingsområder for prioritert oppmerksomhet i planperioden.

Planen fremhever følgende felles satsingsområder:

1. Samarbeid om de mest sårbare pasientgruppene
2. Psykisk helse og avhengighet
3. Digital samhandling - teknologi
4. Kompetanse



Som figuren viser vil satsingsområdene ikke stå alene som enkeltprosjekter, men kreve koordinering både mellom partene og de ulike områdene. Fokus på en samhandling som gir bedre koordinering i

pasientens behandlingsforløp og forhindrer fragmenterte tjenester vil følge alle satsingsområdene som forutsetning for å lykkes.

4.1 Samarbeid om de mest sårbare pasientgruppene

En liten gruppe pasienter mottar nesten halvparten av sykehusstilbudet i spesialisthelsetjenesten. Ny Nasjonal helse og sykehusplan løfter frem sårbare pasientgrupper;

- Barn og unge
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Skrøpelige eldre
- Personer med flere kroniske lidelser

Disse pasientgruppene krever et ekstra tett samarbeid mellom helseforetak og kommune, for å sikre et godt tilbud mellom tjenestetilbudene.

4.2 Psykisk helse og avhengighet

Ahus og kommunene har et ulike tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Det er imidlertid forbedringspunkter knyttet til oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåer og i koordineringen av tjenestene.

Usammenhengende behandlingsforløp er en av utfordringene tilknyttet samhandlingen mellom sykehus og kommune relatert til de 20 % av pasientgruppen som partene samhandler om.

Mange pasienter i målgruppen har behov for hjelp og bistand fra ulike tjenester og forvaltningsnivåer samtidig. Dette stiller krav til samhandling for å sikre et helhetlig og koordinert forløp.

Fra og med 2019 er det innført tre overordnede utrednings- og behandlingsforløp og fire tilstandsspesifikke pakkeforløp for psykisk helse og rus. Pakkeforløpenes mål er å styrke det helhetlige behandlingstilbudet til målgruppen.

Fra 1. januar 2019 er det også innført kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB), som kan ha innvirkning på samhandlingen mellom partene.

Også når det gjelder tjenester til barn og unge, er et stor behov for å se på koodringering og sammenheng for å utvilke gode behandlingsforløp og bedre samarbeid mellom sykehus og kommunale tjenester fra flere sektorer.

Forøvrig er det utarbeidet anbefalinger fra Helsedirektoratet for å bedre forholdene, utifra erfaringer fra tiltak som er testet ut. Anbefalingene vil trekkes inn i handlingsplanen relatert til dette satsingsområdet.

4.3 Digital samhandling - teknologi

Ny teknologi og digital samhandling tas nå ibruk både i Ahus og i kommunene, og mellom partene. Teknologien vil bidra til at helsehjelp ytes på nye måter, noe som er avgjørende for å sikre bærekraftige helse og omsorgstjenester i årene som kommer. Særlig vil en økende bruk av pasientrettet og enkel teknologi kunne endre helse- og omsorgstjenestene, der brukeren gis større mulighet for å mestre eget liv.

Daglig går stadig mere av kommunikasjonen mellom partene digitalt, i kommende planperiode skal dette utbedres og utvides til flere områder.

Utviklingen forutsetter betydelige effektiviseringer i forhold til dagens løsninger. Befolkningsvekst og behovsframskrivningene krever at innføring av driftsmessige omstillinger, ny teknologi, nye og endrede behandlings- og samarbeidsformer, gir effekt. Herunder også en endret brukerrolle.

Generell kompetanse om teknologi og digitalisering hos partenes helsepersonell er en forusettning for å lykkes med å ta ut effekter, og dette satsingsområdet må derfor koordineres med området for kompetanse. Partenes helsepersonell vil ha et felles ansvar for bidra til økt digital kompetanse hos pasientene.

Ahus og kommunene er sammen deltakere i den nasjonale satsingen på utvikling av standarder innen medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke.

4.4 Kompetanse

Kommuner og sykehus er kompetansebedrifter. Det vil si at de er avhengige av å ha riktig kompetanse, og det må være et visst volum av kompetansen.

Utviklingen tilsier at riktig bruk av kompetanse må ha fokus når fremtiden blir preget av betydelige effektiviseringer. Videre forventes endringer i kompetansesammensetning og nye tiltak i forhold til alt fra behandlingsmetodikk til arbeidstidsordninger. Kompetanse er avgjørende for å prioritere og gjøre riktige og gode prioriteringer. Nye teknologi og digitale løsninger vil ha stor betydning for kompetansebehov og organisering av tjenester.

Hvor raskt ny teknologi innføres vil blant annet være avhengig av den kompetansen som arbeidsstyrken innehar, og den viljen aktørene selv har til å ta i bruk de mulighetene som ligger i teknologien. For helseområdet påpeker Sintef at mulighetene er svært store, men det vil stille krav til kompetanseutvikling hos de ansatte for å kunne ta ut potensialet.

Det vil kreve tilrettelegging for riktig utvikling og utveksling av kompetanse mellom helseforetak og kommuner. Felles kompetanseutvikling kan gjøres med tverrfaglig samarbeid i team, og gjensidig veiledning mellom nivåene og partene. Dagens gjensidige hospiteringsordning kan utvides, herunder ambulant virksomhet, med fleksibilitet og koordinering av oppgaver og kompetansedeling.

Ahus og kommunene har igangsatt kompetansesamarbeid gjennom opprettelsen av Kompetansebroen, som er en felles nettportal for fagutvikling og kompetansedeling. Kompetansebroen gir tilgang til både kurs, opplæringstiltak, nyheter og temabaserte fagområder. For kommuner og sykehus er Kompetansebroen et bidrag til å styrke kompetanse, samhandling, pasientflyt og kapasitetsutnyttelse på beste effektive behandlingsnivå. Nettportalen er under kontinuerlig utvikling.

Tett og godt samarbeid knyttet til forskning og innovasjon er avgjørende for å bygge kompetanse. I planperioden vil det arbeides for å få til et tettere samarbeid mellom Avdeling for Forskning og innovasjon ved Ahus, kommunen og kompetansebroen.

5 Handlingsplan/gjennomføring

Oppfølging og konkretisering av strategier og tiltak for hvert av satsingsområdene delegeres til helse og omsorgsfaglig samarbeidsutvalg (SU). Tiltak og oppdrag for hvert satsingsområde utarbeides av SU. Tiltakene, med ansvar og frister for iverksetting, oppsummeres kort i en handlingsplan i tabellform. Konkrete oppdrag vil bli delegert til nye fagråd fra 2020. For alle tiltakene skal det

utarbeides indikatorer for måloppnåelse relatert til bedre helse i befolkningen og gode behandlingsforløp.

Regjeringen og KS anbefaler at helseforetaket og kommunene inngår en konkret avtale om hvordan de skal drive utvikling og planlegging av tjenestene i de nye helsefellesskapet innen 2020. Arbeidet konkretiseres i handlingsplanen.

En forutsetning for effekt av tiltakene i handlingsplanen er at de er innarbeidet i berørte parters virksomhetsplaner og konkretiseres i egne tiltaksplaner.

Vedlegg til overordnet samhandlingsplan for Akershus universitetssykehus og tilhørende kommuner:

- 1) *"Handlingsplan for samhandlingen mellom AHUS og tilhørende kommuner 2020-2022"*