

Reformbehov i kommunehelsetjenesten sett i lys av omstillingsarbeid i sykehuset?

Kommunelegemøtet, onsdag 2. februar 2017

Fagdirektør Per Engstrand
Sørlandet sykehus HF

Rammebetingelsene!

- Det er ikke omstillinger i sykehuset som styrer kommunenes reformbehov...
- Sykehuset og kommunene må omstille seg parallelt i respons til samfunnsutviklingen!

Utviklingstrekk og framskriving

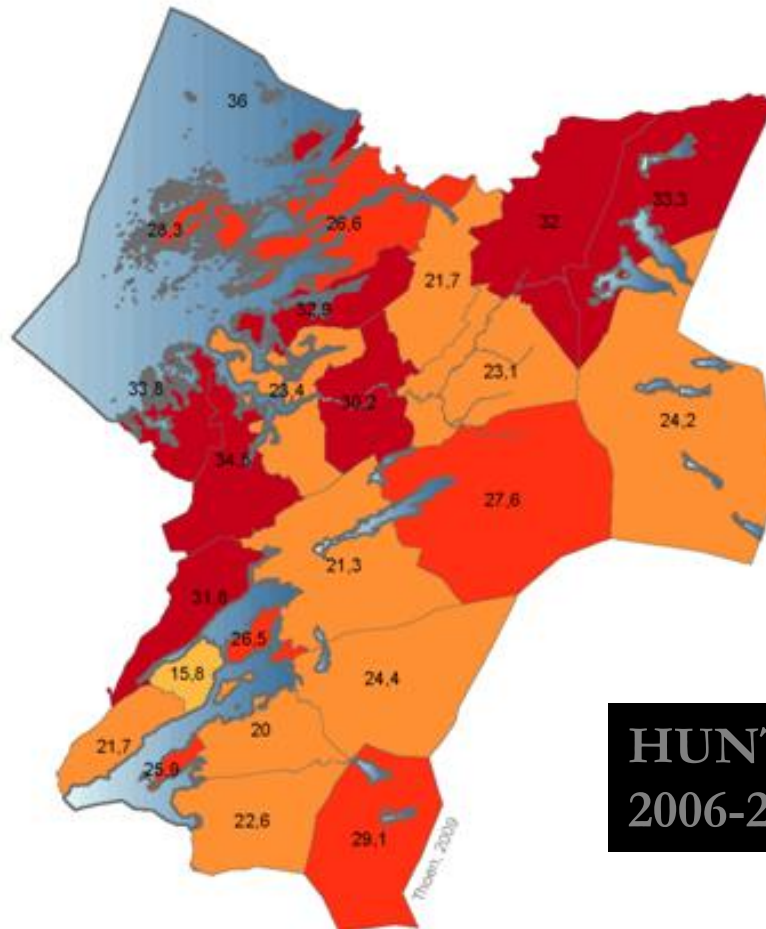
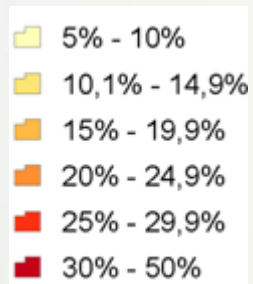
- Tjenesten utvikler seg raskt, og strategiske valg må jevnlig oppdateres fram mot 2030. En rekke faktorer er drivere for utviklingen av kommune- og spesialisthelsetjenesten:
 1. Demografi,
 2. Sykdomsforekomst og pasientstrømmer
 3. Pasientrollen i endring
 4. Medisinsk og teknologisk utvikling – kunnskaper
 5. Kvalitet – volum
 6. Samhandling, avtaler, politiske føringer
 7. Oppgavedeling, funksjonsdeling
 8. Rekruttering, tilgjengelige ressurser
 9. Det økonomiske grunnlaget

Rammebetingelsene!

- Forekomsten av fedme
- (BMI >30) blant menn (30-69 år) i Nord-Trøndelag

HUNT
NTNU

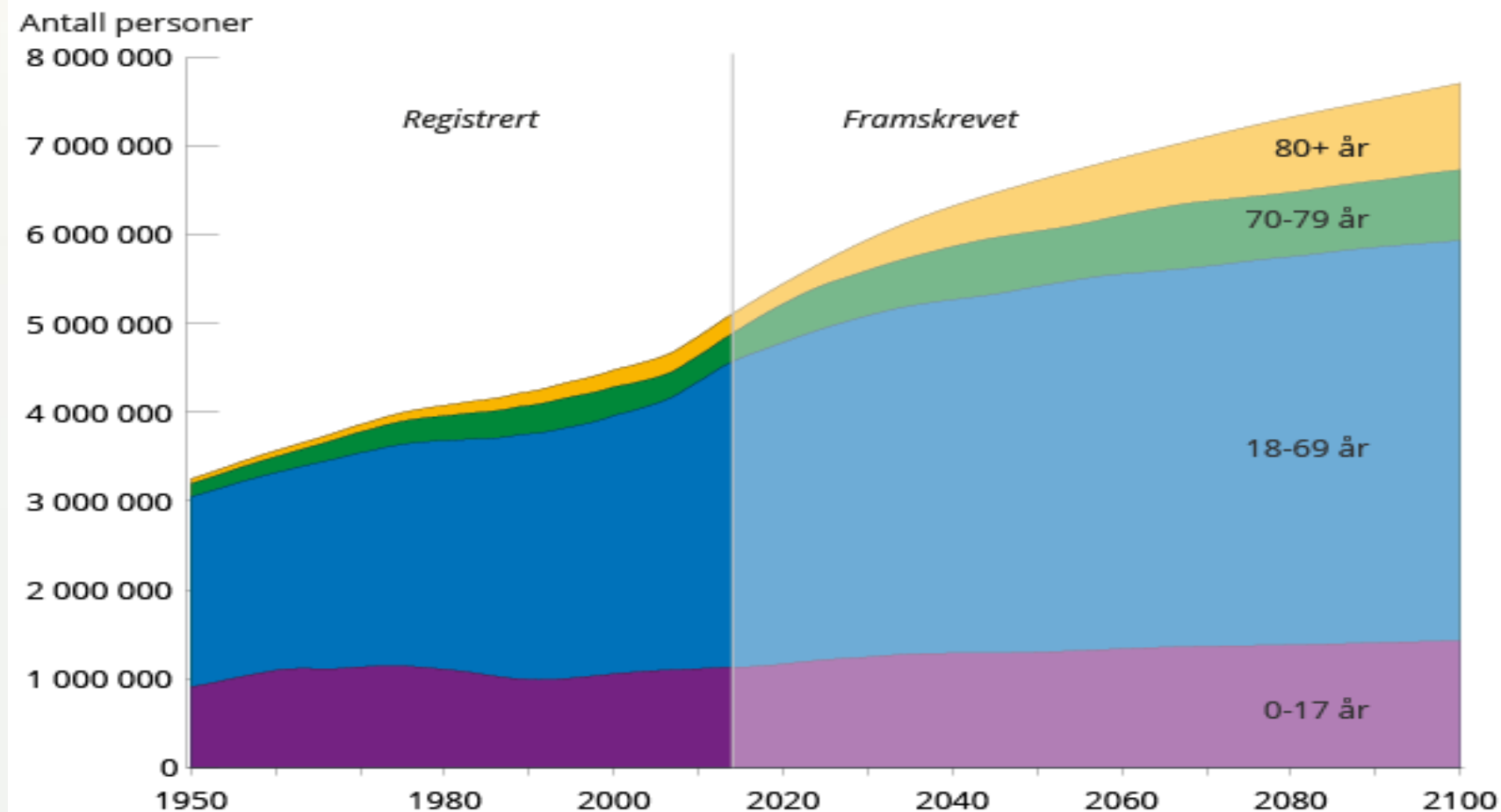
Kristian Midthjell
Jostein Holmen
Steinar Krokstad
2010



HUNT 3
2006-2008

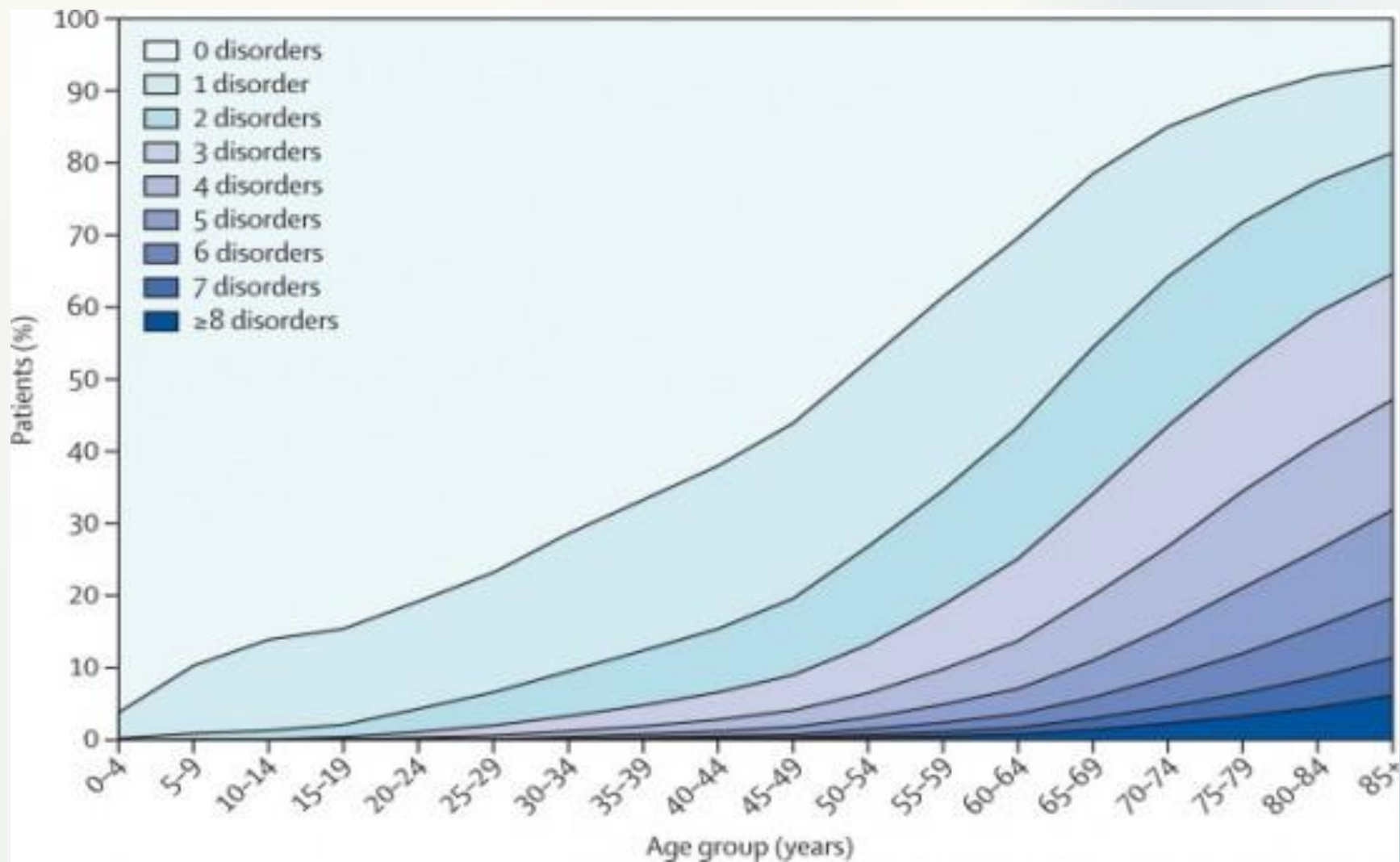
Rammebetingelsene!

Figur 4. Folkemengde i fire aldersgrupper, registrert og framskrevet i mellomalternativet (MMMM)

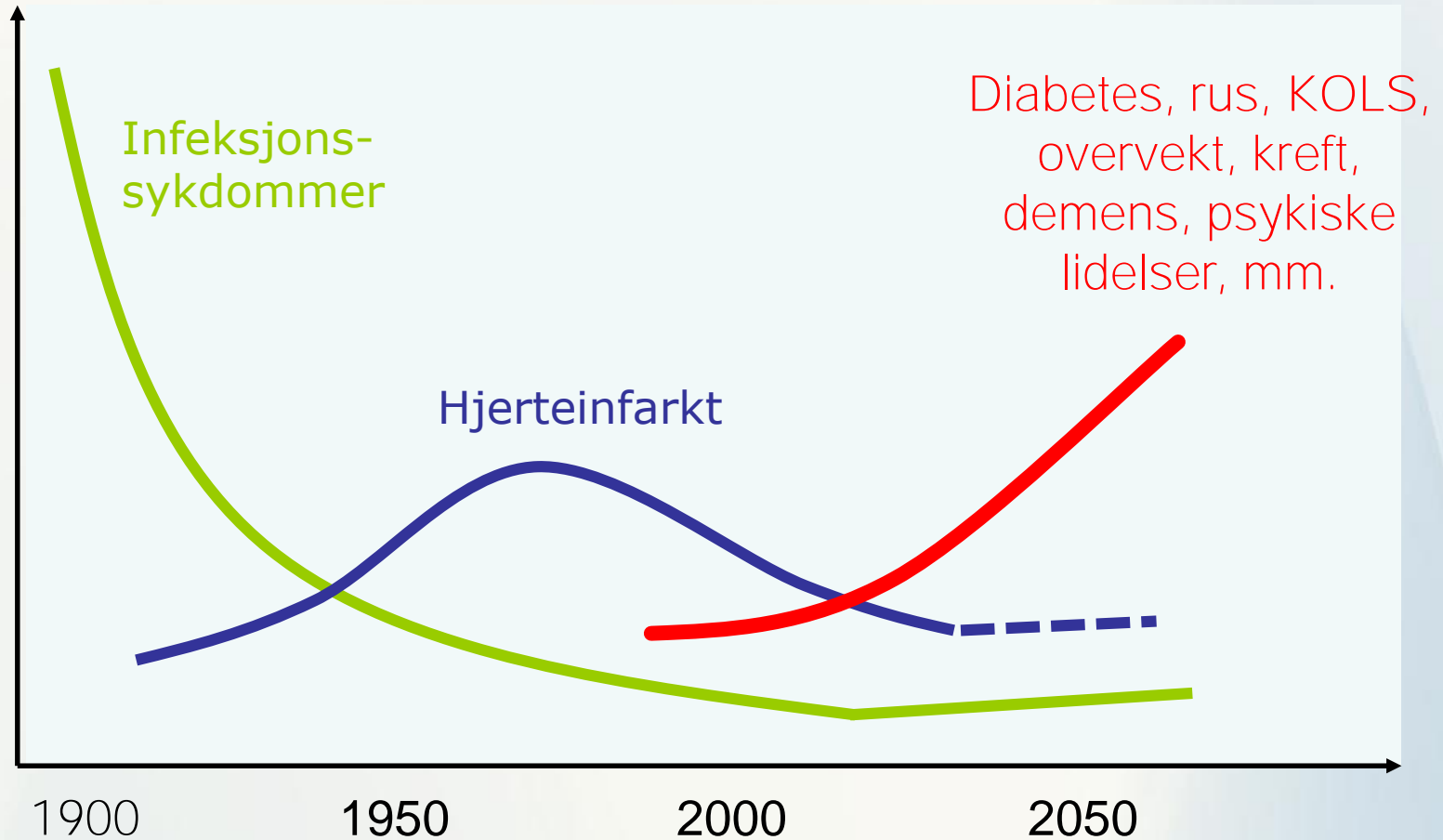


Kilde: Statistisk sentralbyrå.

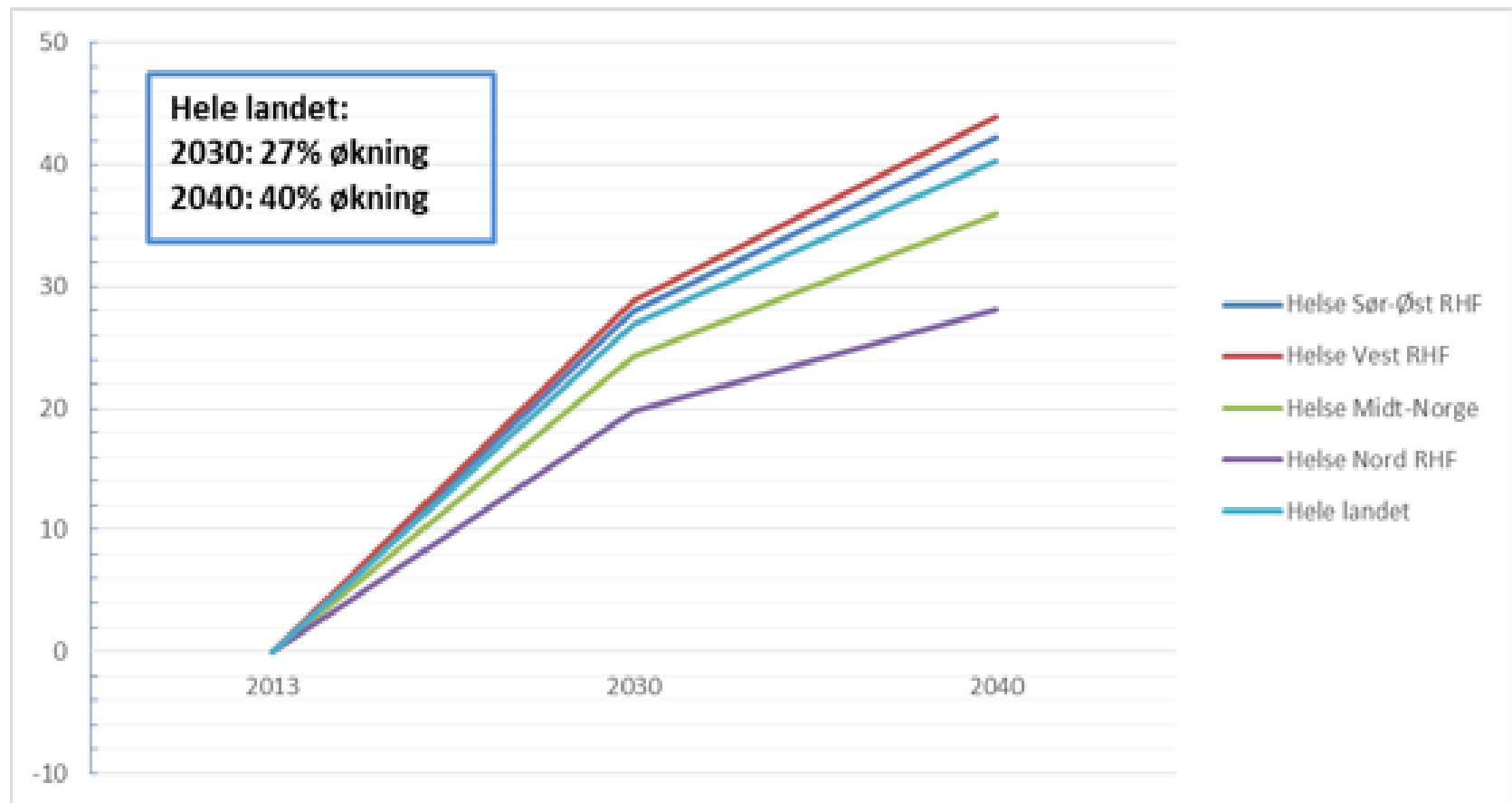
Rammebetingelsene!



Rammebetingelsene!

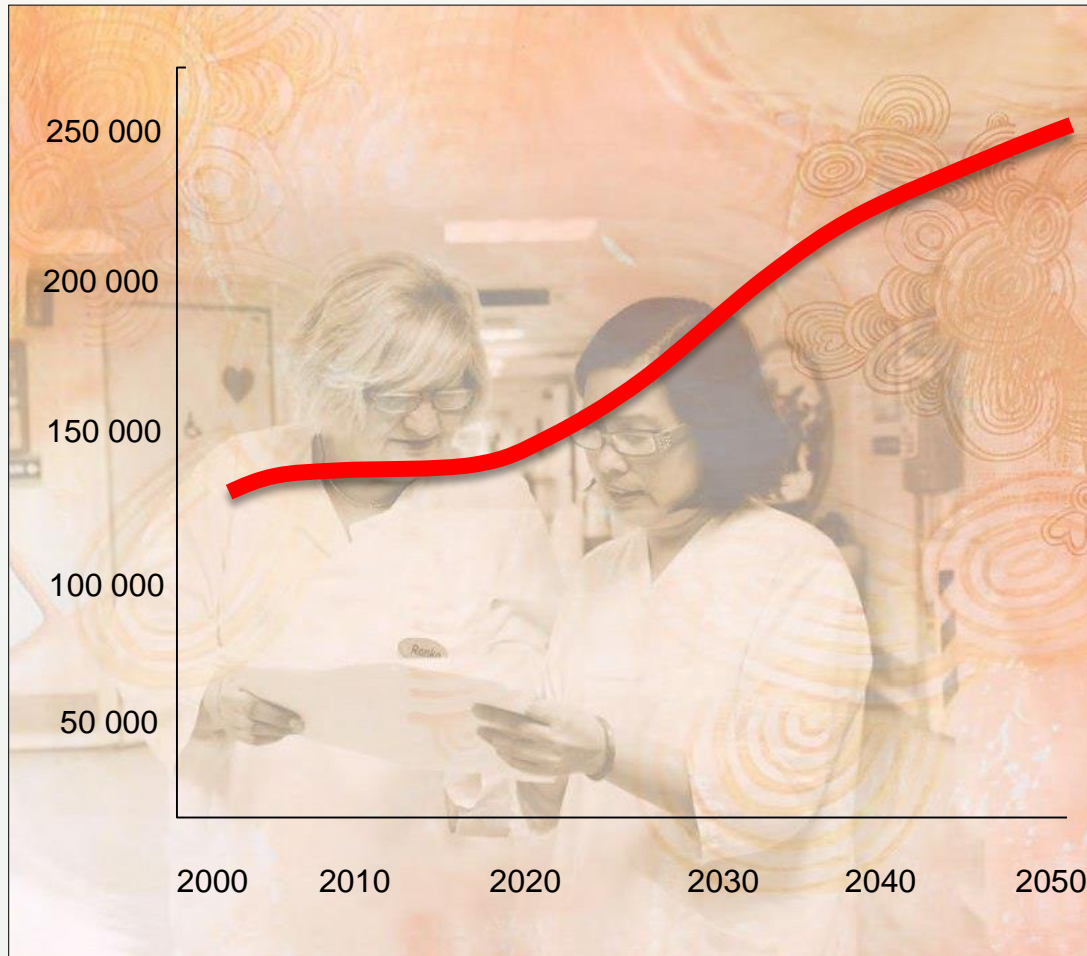


Rammebetingelsene - spesialisthelsetjenesten!



Statistisk sentralbyrå, middelalternativ for befolkningsframskriving

Rammebetingelsene kommunene!



- Årsverk

- 2005: 110 000

- 2030: 165 000

- 2050: 230 000

Rammebetingelsene!



Samhandlingsreformen

Stortingsmelding nr.47 (2008-2009) lagt frem i juni 2009,
vedtatt i Stortinget 27. april 2010, Trådt i kraft 1. januar 2012



Målene

- Dempe veksten i behovet for helse-tjenester
- Sikre prioritering og koordinering av helsetjenestene
- Optimalisering av arbeidsfordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten etter **LEON-prinsippet**

Helsesektoren – et velferdsSYSTEM

Antall individer

Helsefremming

- Kommunehelsetjenesten frigjør ressurser gjennom bedret helse, økt egenmestring og styrket innsats fra nettverket

LEON-prinsippet, KØH & UKP

- Kommunehelsetj. tar over enkelte oppgaver som i dag gjennomføres i spesialisthelsetj., men som faglig sett ikke krever spesialistkompetanse (oppgaveglidning)

Økt behov for helsetjenester

- Demografi
- Endret sykdomsbilde
- Folkehelseutfordring
- Økte rettigheter

Nettverk
Egenmestring

Kommune

Sykehus

Kompetansekrav

Teknologisk og faglig utvikling

- Teknologien forbedres
- Faget utvikles
- Behandlingsmetoder endres

Krav om utviklingsplan fra HSØRHF:

Foretaksmøtet viste til at det nå foreligger en første versjon av veileder for helseforetakenes utviklingsplan. Veilederen inneholder anbefalinger om prosess i forhold til ulike interessenter og om risiko-, sårbarhets- og mulighetsanalyse som skal legges til grunn.

Foretaksmøtet la til grunn at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med veilederen. Arbeidet skal skje i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører. Utviklingsplanene for de ulike helseforetak må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Som ledd i arbeidet med utviklingsplaner skal helseforetakene utarbeide en kommunikasjonsplan. Som oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan presiserte foretaksmøtet følgende føringer for arbeidet med utviklingsplanene:

- Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.
- Sykehus som i dag har akuttkirurgisk tilbud, skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienter gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.
- I forbindelse med helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner skal de regionale helseforetakene gjennomgå basestrukturen for luftambulanser i Norge.
- Det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.
- Arbeidet med avklaring av akuttfunksjoner skal være gjennomført innen 1. april 2017.



Kommunen er grunnfjellet i norsk helsevesen

- Kommunene må gi befolkningen nødvendig helsehjelp
 - Fastleger og legevakt
 - Helsesøster og skolehelsetjeneste
 - Folkehelsearbeid og helsefremming
 - Sykehjem og hjemmetjenester
 - Psykisk helsetjeneste
 - Øvrige helse- og omsorgstjenester
- Når en pasient er ferdigbehandlet – eller ikke kan nyttiggjøre seg behandlingen i spesialisthelsetjenesten – skal pasienten returnere til kommunen (LEON-prinsippet)

Hvordan omstiller SSHF seg for fremtiden?

Utviklingsplan 2030 og Strategiplan 2018-2020

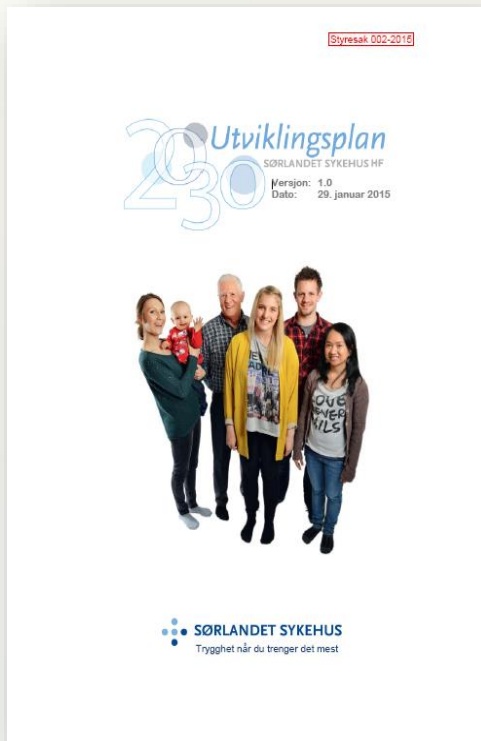
○ Respekt ○ Faglig dyktighet ○ Tilgjengelighet ○ Engasjement



SSHF:

Oppdatert Utviklingsplan 2030 og Strategiplan 2018-2020

- I løpet av 2017 må SSHF
 - ha en fullført utviklingsplan 2030 og
 - en oppdatert strategiplan for perioden 2018-2020.
- To planarbeid som kan sammenstilles...
 - Hvorfor og hvordan dette kan gjøres?



an 2030 og styrevedtak

002-2015 Utviklingsplan 2030

Vedtak

1. Styret tar framlagte prosjektrapport for Utviklingsplan 2030 til orientering.
2. Styret vil videreutvikle en driftsmodell for SSHF med tre sykehus i helseforetaket og med hovedsykehus i Kristiansand. Delregionale senterfunksjoner som PCI og ICD skal videreføres i tråd med gjeldende føringer fra Helse Sør-Øst RHF.
3. Styret forventer at direktøren legger frem Utviklingsplan 2030 for endelig behandling i styret når nasjonal helse- og sykehusplan foreligger.
4. Styret er bekymret for behandlingskapasiteten innen intensiv/intermediær, og ber direktøren, i dialog med Helse Sør-Øst RHF, starte en idéfaseutredning om hvordan kapasitetsbehovet kan dekkes.
5. Større endringer i tilbudet innen psykisk helse skal skje i god samhandling med kommunene og brukerne. Styret ber direktøren ta initiativ til en felles plan for SSHF og kommunene i Agder på feltet psykisk helse og rus.

Nasjonal helse- og sykehusplan



Vi har....



Hva nå...?

Krav om utviklingsplan fra HSØRHF:



Foretaksmøtet viste til at det nå foreligger en første versjon av veileder for helseforetakenes utviklingsplan. Veilederen inneholder anbefalinger om prosess i forhold til ulike interessenter og om risiko-, sårbarhets- og mulighetsanalyse som skal legges til grunn.

Foretaksmøtet la til grunn at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med veilederen. Arbeidet skal skje i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører. Utviklingsplanene for de ulike helseforetak må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Som ledd i arbeidet med utviklingsplaner skal helseforetakene utarbeide en kommunikasjonsplan. Som oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan presiserte foretaksmøtet følgende føringer for arbeidet med utviklingsplanene:

- Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.
- Sykehus som i dag har akuttkirurgisk tilbud, skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienter gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivarettatt.
- I forbindelse med helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner skal de regionale helseforetakene gjennomgå basestrukturen for luftambulanser i Norge.
- Det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.
- Arbeidet med avklaring av akutfunksjoner skal være gjennomført innen 1. april 2017.

Kapittel 6 i veilederen:

6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste (Hvordan vil vi ha det og hva må vi gjøre?)

6.1 Pasientens helsetjeneste - brukertilfredshet
6.2 Pasientbehandling - faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring
6.3 Oppgavedeling og samhandling
6.4 Bemanning og kompetanse
6.5 Forskning og innovasjon
6.6 Økonomi
6.7 Teknologi og utstyr
6.8 Bygg

**Endring i akuttfunksjoner.
Saker som skal avklares innen
01.04.2017 jf. Foretaksmøte HSØ (mai)
og SSHF (juni).**

- Akuttkirurgi i Flekkefjord
- Kirurgisk virksomhet i SSHF
- Slagbehandling

Møte med ordførerne

SSHF ønsker å diskutere følgende med kommunene:

- Samforståelse av premissene av arbeidet?
- Hvordan kan de som arbeider med framskrivning i kommunene bli involvert i arbeidet, slik at kommunene og SSHF har et samstemt framtidsbilde på befolkningsutvikling og endringsfaktorer?
- Målbilde og tiltak må utarbeides for 8 tema (kap 6. ref veileder). Kan dette gjøres i for eksempel 2 større samlinger med alle involverte interessenter, eller med konkrete arbeidsgrupper for hvert tema?
- Hvilke tema i kapittel 6 ønsker kommunene involvering/informasjon?
- Hvordan involvere fastlegene?
- Informasjon vs. involvering underveis i arbeidet?
- Høring
- Annet?

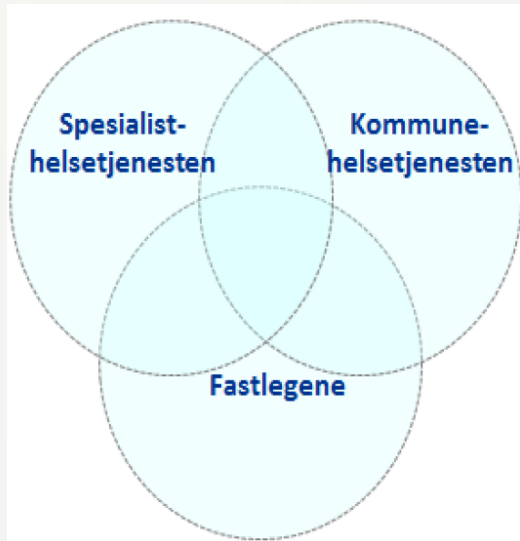
Hva er kommunenes omstillingsbehov?

Referanse til kommunehelsetjenestens omstilling i lys av omstillingen i helsevesen.

Omstillingsbehov i lys av samfunnsutviklingen!

- Sterkere koordinering og integrering av alle deler av kommunehelsetjenesten (inkl. fastlegene)
- Samhandle om utviklingen av pasientens helsetjeneste
- Økt fokus på kvalitet og systematisk forbedringsarbeid
- Kompetanse- og kapasitetsheving
- Folkehelsearbeid og forebygging
- Mottak av utskrivningsklare pasienter (UKP)
- Videreutvikling av kommunal øyeblikkelig hjelp døgnoophold (KØH)

Fastlegene



- Fastlegene spiller en viktig rolle i utvikling av fremtidens helsetjeneste
- Dialog kommune - fastlege - HF
 - Ingen «styringsmulighet» og er det egentlig styring som er behovet???
 - Behov for avklaring av felles forventninger og mulighetsrom (pågående prosjekt i OSS-regi)
 - Vanskelig... uavklart...



Kommunale helse og omsorgstjenester

Antall nasjonale kvalitetsindikatorer pr. nov. 2016

	Totalt antall KI i NKI-systemet per 25.8.2016	Nye NKI 24.11.16	Reviderte NKI 24.11.16	NKI utfase 24.11.16	Antall KI som publiseres 24.11.16	Totalt antall KI NKI-systemet per 24.11.2016
Somatisk helse generelle	11				9	11
Somatisk helse fagspesifikke	81	9			53	90
Psykisk helse og rus generelle	22				21	22
Psykisk helse og rus fagspesifikk	4				3	4
Kommunale helse- og omsorgstjenester	24				1	24
Legemidler	4					4
Akuttmedisinske tjenester	4				4	4
SUM	150	9			91	159



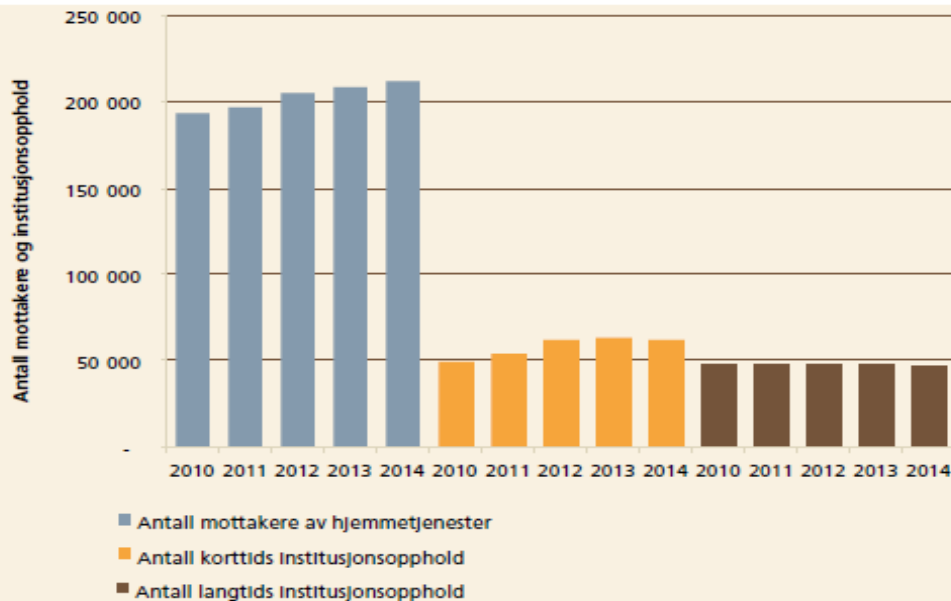
Kommunale helse- og omsorgstjenester



- [12 åringer med mest karies](#)
- [18 åringer med dårligst tanntilstand](#)
- [18 åringer uten karies](#)
- [Antall innbyggere per tannlege](#)
- [Antall innbyggere per tannlegespesialist](#)
- [Antall innbyggere per tannpleier](#)
- [Andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC](#)
- [Andel egenmeldt og legemeldt sykefravær blant ansatte i pleie og omsorgstjenesten](#)
- [Andel egenmeldt sykefravær](#)
- [Andel legemeldt sykefravær](#)
- [Andel personell med fagutdanning fra høyskole/universitet i PLO](#)
- [Andel personell med fagutdanning fra videregående skole i PLO](#)
- [Andel årsverk i brukerrettede tjenester med fagutdanning](#)
- [Beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 mnd](#)
- [Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 mnd](#)
- [Bistand til å delta i arbeid og utdanning](#)
- [Bistand til å delta i kultur, organisasjonsarbeid og fritid](#)
- [Hjelp til å reise til og fra arbeid og utdanning](#)
- [Hjelp til å reise til og fra organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter](#)
- [Kommunale årsverk i psykisk helse- og rusarbeid](#)
- [Legetimer per beboer i sykehjem](#)
- [Mottakere av habilitering og rehabilitering i hjemmet med individuell plan](#)
- [Mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon med individuell plan](#)
- [Sannsynlighet for re-innleggelse av eldre 30 dager etter sykehusinnleggelse, per kommune](#)
- [Ventetid helsetjenester i hjemmet](#)
- [Ventetid på dagaktivitetstilbud](#)
- [Ventetid på støttekontakt](#)
- [Ventetid på sykehjemsplass](#)

Kvalitets- og forbedringsarbeid

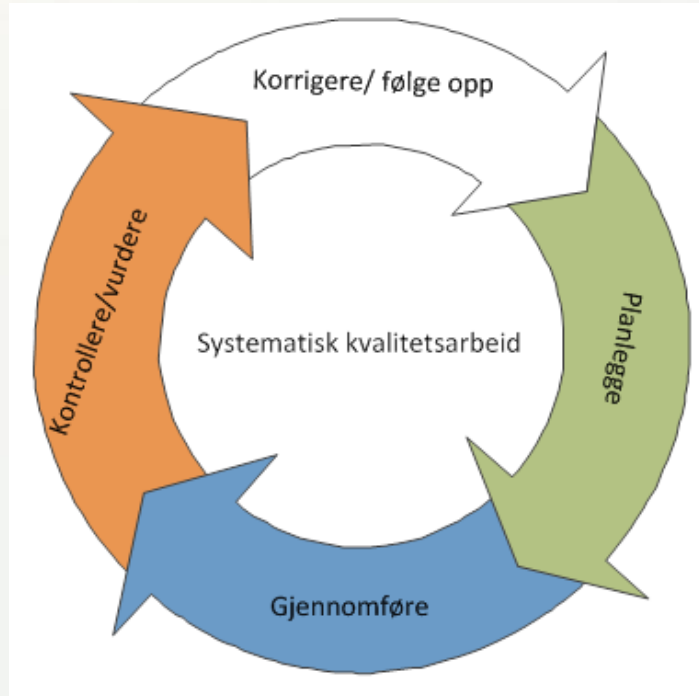
Figur 2 Antall mottakere av hjemmetjenester og antall Institusjonsopphold, 2010–2014



Kilde: Helsedirektoratet

- Riksrevisjonen 2015:
 - Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene
- Helsetilsynet 2015:
 - Feil ble sjeldent meldt fra om fordi avvikssystemet ikke var kjent eller lite brukervennlig

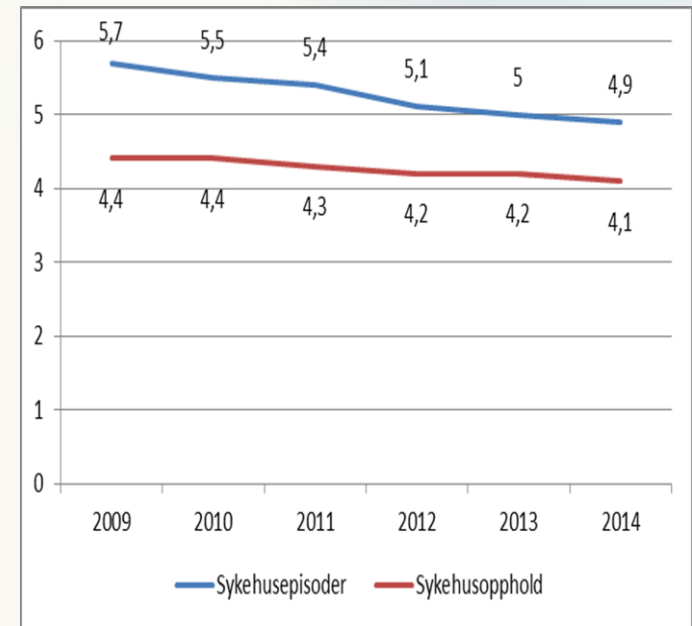
Kvalitets- og forbedringsarbeid



- Vi må tenke kvalitet i alt vi gjør
- Vi må arbeide med systematisk forbedringsarbeid på felles arenaer
- Eksempler fra på forbedringsarbeid hvor SSHF og kommunene samarbeider
 - Læringsnettverket for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke
 - Samhandlingsmeldingen for psykisk helse og rus
 - Oppfølging av tilsyn og avviksmeldinger relatert til samhandling

Effekt av UKP

- Generell reduksjon i liggetider (episoder):
 - Minus 0,1 dag per år
 - Minus 0,15 dag ekstra fra 2011 til 2012 (Samhandlingsreformen)
- Reduksjon sterkere for utvalgte grupper der pas er definert som utskrivningsklare
 - KOLS/astma: -4,7 (obs)/ 0,0 (pred)
 - Hjertesvikt: - 5,6 (obs)/ -0,7 (pred)
 - Hoftebrudd: -4,6 dager (obs)/ -1,3 (pred)
 - Slag: -5,6 dager (obs) /-0,9 dager (pred)
- Ingen signifikante økninger i reinnleggelsesrater generelt
- Rus & psykiatri ???



Kommunal øyeblikkelig hjelp døgn (KØH)



- Pasientgrupper hvor kommunen kan gi et like godt eller bedre tilbud sammenlignet med sykehus
 - Kjent diagnose, eller kjent behandling ved forverring som kan behandles forsvarlig utenfor sykehus
- Handler om 3 ting i ny kommunerolle:
 1. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten kommer tidligere inn i sykdomsforløpet for å redusere behovet for innleggelser i spesialisthelsetjenesten
 2. Videreutvikling av kommunale helsetilbud og kompetanse
 3. En oppgaveoverføring i samsvar med samhandlingsreformens intensjon (LEON), der kommunene overtar oppgaver de kan utføre forsvarlig

eHelse og kommunene

- U4Health – TELMA
- DIPS app'er
- EPJ i legevakt
- Felles plattform:
 - Velferdsteknologi
 - Telemedisinjournal
 - Felles journalløsninger – en innbygger – en journal

Silostrukturert arbeidsdeling



- Hemmer dialog
- Hemmer innovasjon
- Hemmer koordinering
- Hemmer prioritering
- Hemmer pasientsikkerhet
- Hemmer kvalitetsutvikling

Hva er annerledes ????



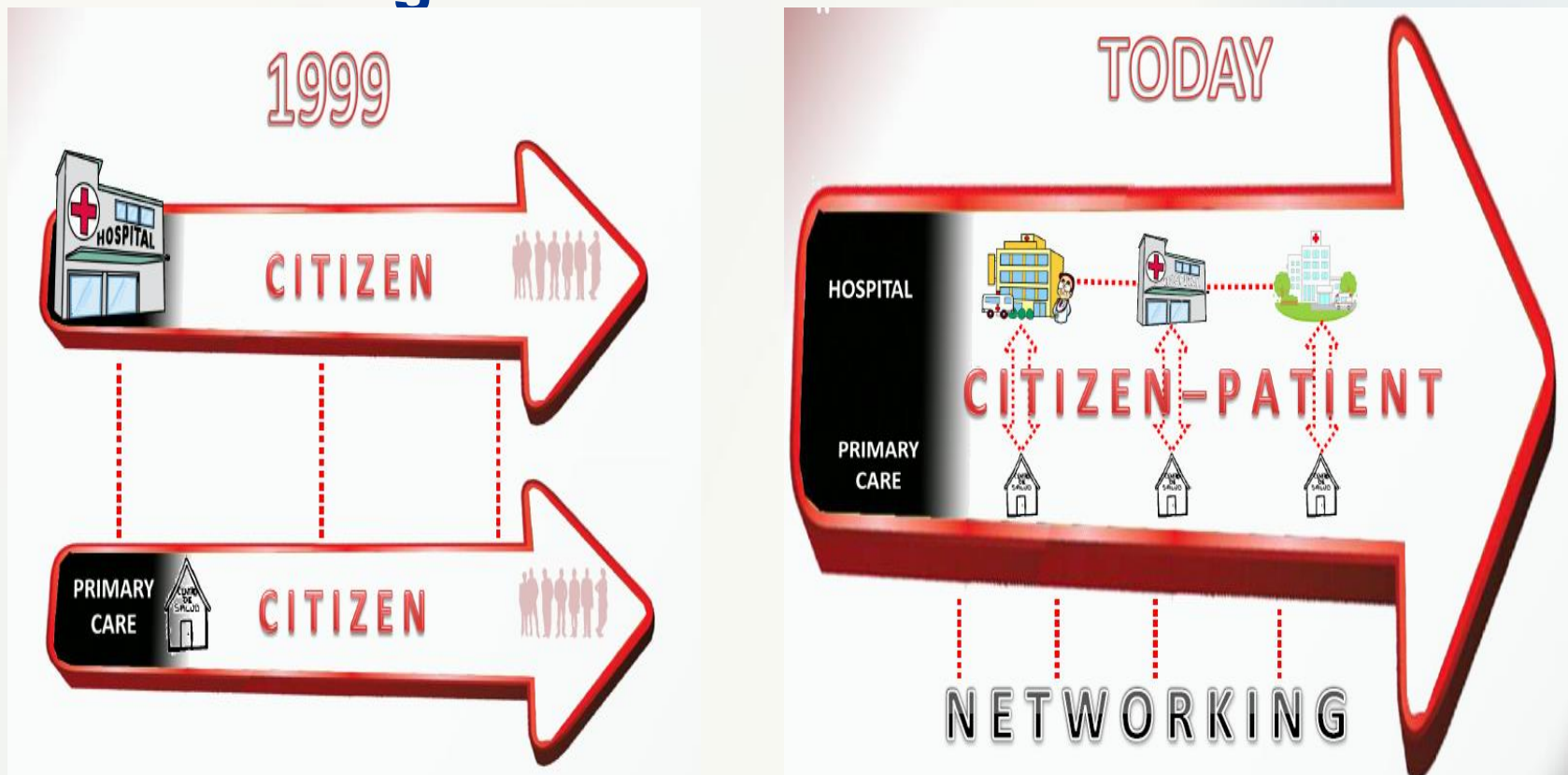
THE RIBERA SALUD MODEL

Utfordring; «Population Health Management»

- Eldre befolkning
- Økt antall pasienter med flere kroniske sykdommer = storforbrukere av helsetjenester
- HSØ: 10 % av befolkningen forbruke
 - 64 % DRG
 - 67 % liggedager
 - 31 % av opphold
 - 35 % prosedyrer



Integrert modell; fra to forvaltningsnivåer til ett.....



Struktur

- 4 Sykehus – opptaksområde 150 000 – 260 000
- Sykehusene har 15 – 41 helsesentre for allmennpraktikere samt noen spesialiteter (pediatri og spesialiteter nødvendig for å håndtere kronikere) med utstrakt samarbeid med spesialister på sykehusene samt tilgang på radiologi og lab.

Felles elektronisk pasientjournal

- Felles elektronisk pasientjournal (EPJ)
- All kommunikasjon mellom primær og spesialisthelsetjeneste foregår i EPJ – epikriser og rapporter er dermed overflødig.
 - alle legene i behandlingsskjeden har tilgang
 - pasienten har tilgang via e portal – (proaktivt)

Bruk av sanntidsdata

- Sanntids monitorering av data, inklusiv indikatorer for kvalitet og tilgjengelighet samt kostnad per pasient – også på kirurginivå
- Informasjon fra EPJ brukes sammen med annen informasjon til å beregne endringer i behov for ulike helsetjenester ved endret befolkningstall (sesongavhengig)

Pasientbehandling

- Egne kliniske programmer for de store kronikergruppene for å unngå at de blir storforbrukere av helsetjenester (KOLS, Diabetes, Hjertesvikt, Muskel – skjelett plager) – disse programmene håndteres i hovedsak av fastlegene i samarbeid med sykepleiere
- De fleste kontroller utføres av allmennpraktikere
- 24/7 callsenter med erfarne sykepleier tilgjengelig for pasienter med kroniske lidelser
- ”Home care unit” med 3 lege- og 5 sykepleierårsverk som baser virksomheten på hjemmebesøk av pasienter med kroniske tilstander/andre spesielle behov inklusiv omsorg ved livets slutt

Annet

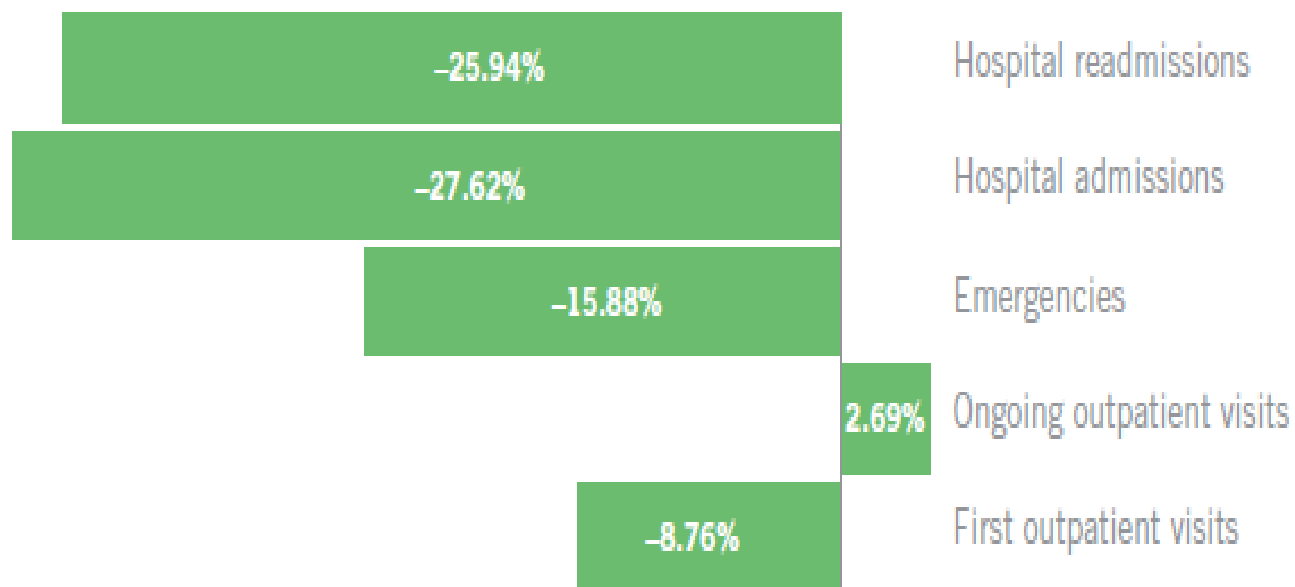
- Finansiering; per capita – ikke aktivitetsbasert.. (+ turister; forsikring)
- Driver til 25 % lavere kost enn landsgjennomsnittet i Spania
- Avlønning: fastlønn (80 %) + insentivbasert bonus (20 %)
 - Implementering av overordnede strategier
 - Indikator kvalitet og kvantitet og bunnlinje.
 - Legene er i større grad insentivbasert – opp til 40 % av lønnen, MEN økt volum for kirurgene utløser ingen bonus.
- Offentlig privat samarbeid – eies av børsnotert selskap (ikke PE...)
 - Stabilt eierskap – maks 7,5 % utbytte årlig – overskytende må reinvesteres

Færre innleggelser – reinnleggelser – polikliniske konsultasjoner

Source: Reinventing Chronic Care Management for the Elderly. Mark B. McClellan – Brookings Institution. April 2015.



Service changes 2012-2014



✿ 91% of the patients show their satisfaction with the health care provided.

✿ 94% do not know the Alzira Model.



*The citizen is not concerned
about WHO manages the hospital,
but HOW it is managed.*

Veien videre i Spania:

- Hvorfor implementeres ikke modellen i andre spanske regioner: jfr helseminister i Valencia; politics and unions.....

Pasientens helsetjeneste



- Juss egner seg dårlig til å regulere arbeidsfordelingen i helsetjenesten
- Fagmiljøer og brukere må utarbeide løsninger sammen