

Referat – Godkjent pr 14.oktober

Møte om: **Nasjonal koordineringsgruppe for samhandlingsreformen**

Møtedato: 12.09.2012

Tilstede: Dir. Helge Eide for adm. dir. Sigrun Vågeng, KS
Direktør Gudrun Haabeth Grindaker, KS
Kommunaldirektør Bjørg Månum Andersson, Oslo kommune
Rådmann Tor Arne Gangsø, Vågå kommune
Kommuneoverlege Hege Basmo, Hamar kommune
Daniel Haga for adm.dir Gunnar Bovim, Helse Midt-Norge RHF
Jon Hilmar Iversen for Bjørn-Inge Larsen, dir. for Helsedirektoratet
Dep.råd Eivind Dale, KRd
Dep.råd Ingelin Killengreen, FAD
Anne Line Wold for dep.råd Trond Fevolden, KD
Eksp.sjef Petter Øgar, KTA, HOD, avd.dir. Maren Skaset på siste del av møtet
Tone Hobæk for eksp.sjef Cathrine Meland, SHA, HOD
Eksp.sjef Geir Stene-Larsen, FHA, HOD
Eksp.sjef Ole T. Andersen, ADA, HOD
Eksp.sjef Kari Sønderland, HRA, HOD
Eksp.sjef Frode Myrvold, EIA, HOD
Tor Åm, leder av Nasjonalt nettverk for samhandlingsreformen, HOD

Forfall: Kommunaldirektør Per Haarr, Stavanger kommune
Fylkesmann i Vestfold, Erling Lae
Dep.råd Ellen Seip, AD
Direktør for fylkeslinjen i NAV, Bjørn Gudbjørgsrud

Møteleder: Dep.råd Anne Kari Lande Hasle

Referent: Aina Strand

Observatører: HOD: Elisabeth Salvesen, Stein Johnsen, Elin Anglevik, Maren Skaset, Nina Husom, Bjørn Astad

1) Innledning og referat fra forrige møte

Referat fra møtet 13.juni godkjent.

2) Tilbakemeldinger fra gruppens medlemmer

- KS viser til at rådmennene har tatt stort ansvar for å få på plass samhandlingsavtalene. Arbeidet med avtalene har bidratt til opprydding i uklarheter i samarbeidet mellom sykehus og kommuner, og fått på plass bedre rutiner som igjen vil bidra til bedre kvalitet.
- Inngåelse av avtalene er ikke noe sluttpunkt, og fremover vil det være en stor utviklingsoppgave å implementere avtalene ute i alle tjenesteledd. Partene skal gjennomgå avtalene årlig, og kunne justere den. Helsedirektoratet har oversikt over inngåtte avtaler, og skal gjøre en årlig vurdering.
- KS viser til at det har vært stor interesse i kommunene for å søke om tilskudd til etablering av øyeblikkelig-hjelp-plasser. Opprettelsen av slike døgnplasser kan innebære behov for endringer i bygningsmassen, og det har kommet spørsmål om Husbankens regelverk for tilskudd til heldøgns omsorgsboliger er hensiktsmessig for nye behov som følge av samhandlingsreformen.
- Fra RHF'ene meldes om at det erfares uklarheter rundt etablering av øyeblikkelig hjelp-plasser. Slik regelverket for tildeling i dag er utformet, vil kommuner som søker om et begrenset antall plasser som del av en gradvis oppbygging over flere år, få utbetalt tilskuddet for alle plassene allerede fra 2012. For RHF'ene betyr det at det trekkes ut midler som ikke resulterer i et alternativt kommunalt tilbud før flere år senere, samtidig som ordningen da vil forhindre at andre kommuner som er klar til å etablere tilbud avvises fordi rammen er brukt opp. Oslo kommune planlegger å etablere 72 ØH-plasser, hvorav halvparten i 2013, som vil innebære at Oslo får de meste av tilskuddskvoten for 2013 i Helse Sør-Øst-området. Det bes om justering av retningslinjene for ordningen. Kvalitetskravene til ØH-funksjonen, og hvilken instans som skal godkjenne dem, fortolkes også ulikt.
- HOD kommenterer at det er en helhetlig plan for innrettingen av ordningen for å sikre et forsvarlig tilbud. Det jobbes med å justere regelverket for 2013 for å bidra til at flest mulig kan komme i gang med ØH-tilbudet. I ettertid har HOD sendt ut et brev til kommunene som presiserer ordningen (vedlagt).
- KS kommenterer at bestemmelsen i den nye fastlegeforskriften om at leger over 55 år kan få fritak fra legevakt vil kunne få store konsekvenser for kommunene. KS vil kartlegge dette. Det er en utfordring for kommunesektoren å få erfarne leger til legevakt, jf at dokumentasjon viser at leger med kortere erfaring henviser mer til sykehusinnleggelse. HOD kommenterte at disse utfordringene må møtes med å justere rammebetingelsene, vektlegge opplæring og organisering av legevakttjenesten.
- Når kommunene tar i mot flere utskrivningsklare pasienter samtidig som innleggelser i sykehusene øker, innebærer dette større kostnader enn forventet for kommunene. RHF'ene kommenterte at det nå er større bevissthet om at man skal ta

ned noe kapasitet, og viser til at det var usikkerhet i reformens første fase i hvilken grad kommunene ville ta i mot utskrivningsklare pasienter raskere.

- Fra kommunene erfares at utskrivningsklare pasienter er sykere enn før når de overføres til kommunene. Mens det fra RHF'ene kommenteres at det ikke er registrert slike endringer. Liggetiden før pasienten er meldt utskrivningsklar er ikke endret siden i fjor, og det er ikke registrert økning av reinnleggelser. Dette forholdet skal følges særskilt i evalueringen.
- Fra Oslo meldes at de fleste pasientene skrives ut til hjemmet eller til korttidsplasser.
- HOD orienterte om at ny fastlegeforskrift trer i kraft fra 1.1.2013. Fastlegeforskriften er et viktig virkemiddel for å tydeliggjøre kommunenes og fastlegenes ansvar, men vil ikke alene føre til ønsket integrering av fastlegene i kommunenes arbeid med samhandlingsreformen.
- For å få effekt av kommunal medfinansiering, jf. at det fra noen hold stilles spørsmål ved nivået på overføringen til kommunene, viser HOD til at det er viktig at kommunene jobber med faktorer som vil kunne påvirke forbruket av spesialisthelsetjenester og hvordan kommunene kan styrke sin forebyggende innsats. Regnskapstallene for finansieringsordningene alene vil ikke si alt om situasjonen i kommunene. At rådmennene nå kan følge henvisningspraksis og innleggelsesrate, og får dokumentert at det er store variasjoner innen og mellom kommunene, gir grunnlag for å ta tak i lokale utfordringer.
- HOD skal utrede finansieringsordninger for rus og psykisk helse. KS skal involveres i utredningsarbeidet, og KS viser til at det er viktig med enighet om beregningsgrunnlaget. KS anbefaler piloter innen rus og psykisk helse som grunnlag for å vurdere endringer i ansvar og finansieringsordninger.
- Helsedirektoratet informerte om flere av områdene som i år ble omtalt i den forvaltningsmessige følge-med rapporten, for neste år vil bli omtalt i Samhandlingstatistikken.
Linker til referanser: [samhandlingsstatistikk-2010](#) og [statusrapport](#)
- Tvisteløsningsnemnda, som ble opprettet 30.mars i år, hadde oppstartsmøte rett før sommerferien. Så langt har ingen saker blitt meldt til nemnda.

3) Orientering fra Nasjonalt nettverk

- Fra nettverket utarbeides en ukentlig oversikt over mediebildet og regionale og lokale samhandlingsaktiviteter som viser at det er høy aktivitet og mange gode resultater.
- I nettverket er også stor oppmerksomhet om etablering av øyeblikkelig-hjelp-plasser, om prosess og om kvaliteten på tilbudet, jf diskusjonen under sak 2.

- Nettverket erfarer at det er behov for å styrke dialogen lokalt og nasjonalt med bruker- og pasientorganisasjonene om omstillingene som skjer i tjenestene for å bidra til å skape trygghet om situasjonen.
- Det etterlyses også mer satsing på forebygging og folkehelse, og på IKT- hvor det er gode erfaringer når elektronisk kommunikasjon brukes.
- Nettverket viser også til at Husbankens regler for tilskudd ikke godt nok tilpasset samhandlingsreformen. HOD vil i samarbeid med KRD og KS følge opp dette.
- Nettverket erfarer også at det er behov for å gi mer informasjon til høyskolene om hva som skjer i tjenestene som følge av reformen, og om kompetanseutfordringene.

4) Elektronisk samhandling

- KS hadde en gjennomgang av innholdet i notatet om elektronisk samhandling som ble utdelt i forrige møte, i sak om st. meld om e-helse. KS er bekymret for enkelte kritiske områder av elektronisk samhandling. Spesielt ble standardisering og utbredelse av meldinger trukket frem. Generelt ønsker KS tydeligere styring på standardiseringsområdet, men også en handlingsplan med finansieringsmekanismer for å ta i bruk meldingsutveksling som kan iverksettes raskt. KS har etablert KommIT, for å styrke kommunenes samordning innen e-helse.
- HOD viser til den kommende stortingsmeldingen som etter planen skal fremlegges før jul. Det er ikke lagt opp til å redusere aktiviteten innen standardisering og utbredelse av meldinger. Det er hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven for å stille krav til bruk av elektroniske journaler og krav til standarder. HOD tar sikte på å sende et utkast til forskrift på høring i begynnelsen av 2013.

5) KS orienterer om to FoU-prosjekter

- KS har fått utarbeidet en FoU om hva samhandlingsreformen så langt har kostet kommunene når det gjelder engangskostnader og driftsutgifter.: [les om rapporten på KS' nettsider](#). Undersøkelsen underbygger også at reformen er ønsket i kommunene, og kommunene uttrykker ønske om statlig drøyt hjelp til IKT og folkehelse.
- KS arbeider også med en FoU om utskrivningsklare pasienter for å få belyst om praksis endrer seg. Tallene hentes fra NPR. Rapporten vil foreligge medio november.

6) Helsedirektoratet orienterer om status for innføring av døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og om presisering av kriteriene

- Presentasjon av Kristin Mehre, Helsedirektoratet, jf vedlegg
Det er regionale variasjoner blant de som har søkt, hvorav flest søknader er fra Midt-Norge. Det kom flere søknader enn avsatt beløp for 2012 på 131 mill kroner, og 32 kommuner med søknader på totalt 48 mill kroner overføres til 2013-tildelingen.
- Av søknadene fremgår at det satses på heldøgns sykepleiefaglig kompetanse, og bruk av legeressurser enten som tilknyttet tilbudet, bruk av legevakt og sykehjemsleger. Fastlegenes rolle er lite beskrevet. Mange vil bruke midlertidige

lokaler, og mange planlegger nye bygg. De fleste satser på gradvis oppstart, særlig større kommuner, 2/3 av søknadene planlegger å etablere ferdig tilbud i løpet av året, og dette gjelder mest mindre kommuner. 3 av 4 kommuner vil ha interkommunalt samarbeid om tilbudet.

- Det er behov for å tydeliggjøre at tilbudet skal etableres i samarbeid mellom to likeverdige parter, og at man må ha dialog om etablering og hvordan man skal sikre kvalitet, spesielt forsvarlig legetjenester.
- Helsedirektoratet vil justere veilederen, i samarbeid m partene. Blant annet bør funksjonskravene og spesialisthelsetjenestens veiledningsansvar tydeliggjøres. Det skal også beskrives ulike pasientforløp og hvilken type kompetanse som kreves for ulike tilstander, f eks ved kreftpalliasjon. Det bør også lages et kommunikasjonsopplegg for å få frem endringer i oppgaver og roller for det medisinskfaglige personellet og pasienter/brukere.
- KS kommenterer at slik tydeliggjøring ikke må forstås som detaljstyring, men reflektere presiseringer kommunene faktisk etterspør.
- For Midt-Norge, hvor man har kommet langt i planleggingen av ØH-tilbud, oppleves det uheldig at man ikke får kommet i gang med etableringen i henhold til planene. Man ville foretrukket å få tatt ut sin del av kvoten raskere, og ikke være avhengig av en regionvise vekting og innfasing over fire år.
- Tilgang på legetjenester og responstid ved forverring av pasientens akutsituasjon oppleves ikke å være godt nok beskrevet i mange av prosjektene. Her bør også spesialisthelsetjenestens ansvar for veiledning fremgå.

7) Orientering om arbeidet med st.meld. om kvalitet og pasientsikkerhet, v/ Marit Lie, HOD

- Orientering jf vedlagte ppt.pres.
- Meldingen skal bidra til en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste, og skal bidra til ytterligere åpenhet og oppmerksomhet om avvik.
- I diskusjonen kom det innspill om at det er viktig å lykkes med mer brukerstyring i helse- og omsorgstjenesten. Meldingen bør omfatte fastlegene og deres betydning for den totale kvaliteten. Sett fra et brukerperspektiv er den fragmenterte spesialisthelsetjenesten med spesialiseringer, med grenspesialisering og ulike avdelinger og poster, uoversiktlig og kan true kvaliteten. Meldingen bør også etterspørre hva slags kompetanse som trengs i kvalitetsforbedring.

8) Orientering om oppfølging av st.meld om rusmiddelpolitikken, v/Kari Grette, HOD

- Kort orientering om St.meld om helhetlig rusmiddelpolitikk, jf. vedlagte pres.
 - Meldingen bygger på samhandlingsreformen med mer vekt på forebygging og tilbud i kommunene. Selv om området ikke er omfattet av de finansielle virkemidlene ennå, er denne gruppen av dem som mest har behov for samhandlingsreformen.
- I meldingen varsler også regjeringen at den vil gradvis innføre de økonomiske virkemidlene i samhandlingsreformen innen rusbehandling og psykisk helsevern.

9) Eventuelt

Ingen saker.

Neste møte holdes 24.oktober kl. 10.00

Møteplan:

	Tentative forslag til tema – kan bli justert underveis:
12. september kl 1400-1600	
24. oktober kl 1000-1145	• Orientering om 2.tertial-tallene om kommunal medfinansiering • Arbeidet med nasjonal tverrsektoriell folkehelsestrategi • Orientering om st.meld om innovasjon i helse- og omsorgssektoren • Orientering om status lovpålagte samarbeidsavtaler v/Hdir
12. desember kl 1400-1600	• NFR: følge-evalueringen av samhandlingsreformen • Samarbeid KD-HOD-KS om å styrke grunnutdanningene for helse- og omsorgsfag • Utvikling av rehabiliteringsfeltet • Psykisk helse og samhandlingsreformen, herunder utskrivningsklare i psykisk helsevern
	Faste punkter på hvert møte vil være • Orientering og tilbakemelding fra gruppens medlemmer • Orientering fra Nasjonalt nettverk for samhandlingsreformen • Aktuelle saker

Landets kommuner, RHF og HF

Deres ref

Vår ref
201103888-/JVP

Dato
12.10.2012

Fordelingen av midler til etablering av øyeblikkelig-hjelp-døgntilbud i kommunene for 2012

Helse- og omsorgsdepartementet viser til omtale i Prop 1 S (2011-2012) hvor det fremgår at det tas sikte på å innføre en plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig-hjelp-døgntilbud fra 2016. Tilbudet skal fullfinansieres, og midler skal overføres gradvis fra spesialisthelsetjenesten til kommunene i perioden 2012 til 2015. For 2012 er dette beløpet 262 millioner kroner. Halvparten av beløpet kommer som øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet, og den andre halvparten skal komme som bidrag fra regionalt helseforetak. Avtaler mellom kommuner og helseforetak ligger til grunn for utbetaling fra direktoratet. Kommuner får tilskuddsmidler fra direktoratet når avtale er inngått og fra regionalt helseforetak når tilbudet er etablert.

Det har kommet henvendelser fra både kommuner, helseforetak og RHF til Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet om hvordan halvdelen som skal gå fra RHF/helseforetakene til kommunene skal utbetales, herunder hvor mye som skal utbetales og når utbetaling skal skje. Departementet vurderer at det er behov for en presisering. Det er viktig å sikre at alle får lik informasjon, både gjennom Helsedirektoratet og i departementets styringslinje overfor sykehusene.

Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor gjøre følgende presiseringer knyttet til ordningen for 2012:

1. *Dersom tilbudet er i drift før 1/7, skal kommunene få utbetalt bidrag fra RHF/helseforetakene fra driftsstart*
2. *Dersom tilbudet er i drift etter 1/7- 2012, utløses ikke midler fra RHF/helseforetakene i 2012.*

3. Partene kan avtale en gradvis innfasning av bidraget fra regionalt helseforetak

Dette er i tråd med tidligere informasjon om ordningen, men er en tydeliggjøring av finansieringen for 2012.

Departementet har bedt Helsedirektoratet vurdere endringer i regelverket for 2013 basert på erfaringene i 2012.

Med vennlig hilsen


Anne Kari Lande Hasle e.f.
departementsråd


Petter Øgar
ekspedisjonssjef

Kopi:
Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon
Helsedirektoratet
Fylkesmennene



Nasjonal koordineringsgruppe

Vår referanse:

Arkivkode:

Saksbehandler:

Deres referanse:

Dato:

08.06.2012

Elektronisk samhandling - notat om kritiske områder i forhold til implementering av samhandlingsreformen

Elektronisk meldingsutveksling

Det har over en 10-årsperiode vært gjennomført flere nasjonale IKT-satsinger for å få til elektronisk samhandling mellom aktørene i sektoren. Dette har bidratt til at elektroniske pasientjournaler er godt utbredt, helsenettet er etablert, standarder er utviklet og nasjonale prosjekter for gode samhandlingsløsninger er iverksatt.

Mange resultater er oppnådd, men gevinster er ikke fullt ut realisert, og målene er ikke nådd på alle områder. Spesielt gjelder dette elektronisk meldingsutveksling der det er avdekket et komplekst samhandlingsbilde med mange aktører og gjensidig avhengighet på mange områder. Til dels ser vi også en umoden teknologi og organisatoriske utfordringer hvor samtidighet hos ulike aktører er et viktig suksesskriterium.

Samhandlingsreformen stiller krav til økt og bedre kommunikasjon mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Elektronisk meldingsutveksling er en forutsetning for å få til en effektiv samhandling mellom aktørene. Meldingsutveksling om utskrivningsklare pasienter er et eksempel på dette, og manglende elektroniske meldinger har tvunget helseforetak og kommuner til å investere i gårdsdagens teknologi; faksmaskiner.

Gjennom en FoU-rapport om «Kostnader og gevinster ved elektronisk meldingsutveksling» har PWC, på oppdrag fra KS, utredet kostnader og gevinster knyttet til elektronisk meldingsutveksling mellom kommuner og fastleger. Rapporten viser at mellomstore og store kommuner kan forvente investeringskostnader i intervallet 1,1 million til 2 millioner kroner for å gå i gang med elektronisk meldingsutveksling. De store kommunene kan forvente årlige drifts- og vedlikeholdskostnader i området 0,75 til 1,3 millioner kroner. Samtidig peker rapporten på et betydelig potensiale for å hente ut gevinster ved å samhandle elektronisk. Elektronisk meldingsutveksling vil føre til betydelig økt kvalitet på helsehjelp, økt pasientsikkerhet, bedre tilgjengelighet og effektivitet, økt kapasitet og bedre samhandling. I budsjettundersøkelsen som KS gjennomførte i januar i år, svarer kun 7 % av kommunene at de har tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling. 29 % av kommunene svarer at de planlegger

å ta i bruk elektronisk meldingsutveksling i løpet av 2012. Å ta i bruk elektroniske meldinger har vist seg å være svært krevende spesielt for små aktører i sektoren. Det er svært få kommuner som er i gang med elektronisk meldingsutveksling med helseforetak, og et særlig kritisk punkt er elektroniske legemiddellister. KS mener at kommunene trenger betydelig drahjelp i tiden for å komme i gang og for å fullføre implementeringen av meldinger,

For å bistå kommuner har Norsk Helsenett opprettet regionale, koordinerende enheter med ansvar for bistand til alle kommuner innenfor et geografisk område. Enkelte kommuner innenfor områdene Nord, Midt, Vest, Sør og Øst har påtatt seg rollen som veileder og hidrar med teknisk og organisatorisk kompetanse til de andre kommunene som vil gå i gang med meldingsutveksling. KS/kommunesektorens representanter i Nasjonal koordineringsgruppe håper dette vil bidra til å få et stort antall kommuner i gang, men ser behovet for ytterligere videre satsing på meldingsutbredelse. Veiledningsarbeidet er krevende og bør styrkes de kommende årene for å få den ønskede effekten.

For å lykkes med meldingsutbredelse i kommunene er det helt nødvendig med en kompetanseheving blant annet innenfor personvern og informasjonssikkerhet (NORMEN). Norsk Helsenett har som mål å bidra til at utøverne har kjennskap til sikker håndtering av pasientinformasjon ved bruk av elektroniske verktøy i helse- og omsorgssektoren. KS har et godt samarbeid med Norsk Helsenett.

Standardisering

Bestillinger overfor leverandører av nye meldinger og endringer i meldinger skal i prinsippet bestilles av den enkelte bruker/virksomhet. De store virksomhetsområdene, eksempelvis RHF, har samordnet seg og fordeler ansvar for hvilke leverandører og systemer det gjøres bestillinger hos. I forhold til systemleverandører til kommuner, legekontor, tannleger, fysioterapeuter er det ikke etablert noe enhetlig bestillingssystem.

Det viser seg å være utfordrende å få leverandørene til å etterleve de standardene som er utviklet. I praksis er det slik at kommunene må kjøpe en meldingstjener for hvert fagsystem, og det representerer en stor utgift både ved innkjøp og i drift. KS/kommunenes representanter i Nasjonal koordineringsgruppe mener det er behov for å starte en koordinert satsing i forhold til leverandørene for å sørge for at alle løsningene både innenfor primær- og spesialisthelsetjenesten kan samhandle i henhold til intensjonen. Vi er kjent med at Norsk helsennett vil ha en koordinerende rolle her, men vi forventer at kommunesektoren involveres.

Det er også nødvendig å arbeide videre med utviklingen av standardiserte meldinger. I dette ligger både det å videreutvikle og forvalte de standardene som allerede er i bruk og det å etablere nye. I tillegg er det nødvendig å sikre at adresseregistret fungerer godt mot alle parter i henhold til behov, herunder også fylkeskommunene (tannhelsetjenesten). For å dekke de behov kommunal sektor har for revisjon av eksisterende meldinger og at det utvikles nye meldinger i henhold til sektorens behov, er det avgjørende at kommunesektoren involveres i dette arbeidet.

Hva bør staten gjøre?

KS/kommunesektorens representanter i Nasjonalt nettverk har tidligere meldt at elektronisk samhandling er et kritisk område for å lykkes med samhandlingsreformen. I tillegg til det gode arbeidet som gjøres av Norsk Helsenett og som KS deltar i, er det nødvendig med flere overordnede tiltak fra staten for å få en trygg og raskere gjennomføring.

- Staten må ha en tydelig strategi for meldingsutveksling og en konkret handlingsplan for ytterligere utbredelse av meldingsutveksling
- Staten må vise sterk styring og finansieringsvilje med økte bevilgninger, prosjektmidler mv i forhold til investeringer på teknologi som understøtter elektronisk meldingsutveksling, og en tydelig gjennomføringsplan med tidsplan
- Staten bør gi kommunene drahjelp for å komme raskere i gang, og det er av stor betydning at det må gjøres et nasjonalt løft på meldingsutbredelse.
- Staten må sørge for å videreføre støtten rundt Norsk Helsenett sitt program Meldingsutbredelse og de nå etablerte regionale kompetanseorganisasjonen som både sitter med kompetanse og det videre ansvar sammen med NHN for utbredelse av elektroniske meldinger i kommunesektoren.
- Staten må sørge for at det utarbeides en plan for kompetanseheving på blant annet følgende områder: i gang setting, informasjonssikkerhet, personvern og generell opplæring av helsepersonell som skal være brukere av systemene
- Staten må ha en klar offentlig IKT-strategi som styrer aktivitet og setter rammer for leverandørene
- Staten må stille tydelige krav til utarbeidelse av kravspesifikasjoner og standardiserte felles plattformer for e-helse
- Staten bør etablere en sentralisert bestillingsordning rettet mot de tjenesteområder som ikke har en naturlig felles "bestiller" (kommuner, legekantor, tannleger, fysioterapeuter).

Hva gjør KS

Hovedstyret i KS har vedtatt det skal etablere et eget ikt-program, kalt KommIT. Kommunene går sammen for å koordinere it-satsingen i kommunal sektor og mot staten.

Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Nasjonal koordineringsgruppe for
samhandlingsreformen

12.september 2012

Avdelingsdirektør Kristin Mehre
Omsorgsavdelingen, Helsedirektoratet

Bakgrunn - Helsedirektoratets ansvar og rolle

- Helsedirektoratet har ansvar for:
 - veiledningsmateriell
 - forvaltning av halvparten av midlene som skal overføres kommunene i løpet av perioden (etablert egen tilskuddsordning).:
- Hovedkriterium tilskuddsordning: At det foreligger undertegnet samarbeidsavtale med HFet med konkrete og forpliktende planer om oppstart i søknadsåret.
 - dersom kriteriet er oppfylt utløses et på forhånd beregnet tilskuddsbeløp i sin helhet til kommune
 - ikke koblet til aktivitet/innfasing eller oppstartstidspunkt 1. januar året.
- Dersom søknadsbeløpene samlet overskrider RHFenes andel av den totale budsjettbevilgning, gjøres en prioritering etter planlagt oppstartstidspunkt.
 - En slik prioritering er gjort i 2012 (Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge)

Bakgrunn, forts...

- Helsedirektoratets tilskuddsordning utgjør halvparten av de midlene som skal overføres til kommunene fram mot 2016. Den andre halvparten finansieres direkte fra helseforetaket. Innfasing/ overføring av disse midlene må avklares mellom avtalepartene.
- Husbanken:
 - investeringstilskudd knyttet til øyeblikkelig hjelp-plikten håndteres innenfor ordningen til heldøgns omsorgsplasser. Tilskuddsordningen kan benyttes av kommuner som ønsker å bygge ut sin kapasitet av heldøgns plasser for ø-hjelp tilbud så lenge prosjektene for øvrig er i samsvar med ordningens krav.

Kort status – søknader i 2012

- 144 kommuner har søkt og starter opp i 2012
 - over en tredjedel av landets kommuner - budsjettmessig forutsetning var en fjerdedel per år.
- Store regionale variasjoner, nesten halvparten av kommunene i Helse Midt har søkt, men kun 11 pst av kommunene i Helse Vest.
- 3 av 4 kommuner skal etablere tilbud sammen med andre kommuner

	Antall kommuner	Andel av totalt antall kommuner i regionen	Andel som har søkt sammen med andre kommuner
Hele landet	144	33,6	75,7
Helse Sør-øst	71	41,3	88,7
Helse Vest	9	10,6	22,2
Helse Midt-Norge	40	47,6	77,5
Helse Nord	24	27,3	54,2

Kort status, forts...

- Budsjettbevilgning for 2012 var 131 mill kroner
- Totalt er det søkt om 178,7 mill, nær 48 mill mer enn budsjettert
- 32 kommuner får sine søknader overført til neste år
 - 22 fra Helse Sør-Øst og 10 fra Helse Midt-Norge
- Disse søknadene har prioritet i 2013
- Pga regionale rammer utbetales samlet kun 123,7 mill kroner

	Antall kommuner som har søkt	Totalt søknadsbeløp for 2012	Budsjett-ramme 2012	Antall kommuner som får tilskudd	Utbetalt tilskudd i 2012
Hele landet	144	178 651 000	131 000 000	112	123 693 500
Helse Sør-øst	71	101 445 500	73 176 600	49	73 012 000
Helse Vest	9	20 296 500	26 396 500	9	20 296 500
Helse Midt-Norge	40	45 016 000	18 562 700	30	18 492 000
Helse Nord	24	11 893 000	12 864 200	24	11 893 000

Organisering, kompetanse og utbygging

- **Organisering**

- 75 pst av kommunene planlegger interkommunale løsninger (2012)
- samlokalisering med sykehus
- tilbud i sykehjem
- lokalmedisinsk senter
- samlokalisering med legevakt
- eller ulike kombinasjoner av disse

- **Kompetanse**

- heldøgns sykepleiefaglig kompetanse
- egne leger tilknyttet tilbudet, tilsynsleger i sykehjem, bruk av legevaktressurser kveld/natt/helg.
- fastlegenes rolle?

- **Utbygging**

- mange planlegger trinnvis oppbygging
- midlertidige ordninger, mer samlokalisering (f.eks LMS) på sikt

Tilskudd vs. faktisk aktivitet

- Nær 2/3 av søknadene som er innvilget i 2012 oppgir konkrete planer om et ferdig utbygd tilbud innen utgangen av 2012.
- Dette gjelder i hovedsak søknader fra mindre enkeltkommuner.
- 12 av søknadene (fra tilsammen 39 kommuner) planlegger gradvis innfasing.
- Dette er større kommuner og større kommunesamarbeid som til sammen utløser 71,9 mill kroner i tilskudd i år (58 pst av samlet utbetalt tilskudd).
- Alle, bortsett fra tre søknader, har imidlertid oppgitt konkrete planer om å være ferdig utbygd i løpet av 2013.

Faglig forsvarlighet og kvalitet på tilbudet

Skal sikres gjennom underskrevet avtale mellom kommune og helseforetak

- Det skal være enighet om pasientkategorier
- Det skal være enighet om personellbehov og tilgjengelighet:
 - Tilstedeværelse av sykepleier 24 timer i døgnet
 - Daglig legetilsyn og døgnberedskap med avklart responstid - organisering av legetjenesten
 - Veilederen: Kommunen må ta stilling til om det medisinsk faglige ansvaret i øyeblikkelig hjelp døgntilbudet skal dekkes av lege på legevakt, sykehjemslege, fastlege eller annen kommunalt ansatt lege. Uavhengig av hvordan kommunen velger å organisere legetjenesten, må det sikres at forhold som kontinuitet, tilgjengelighet og kompetanse er vurdert opp mot kravet til faglig forsvarlighet. I organisering av legetjenesten må det tas høyde for at akutte situasjoner og endringer i pasientens tilstand, i mange tilfeller stiller krav til kort responstid
- Det skal være enighet om kompetanse, opplæring og hvordan kommune og sykehus skal samarbeide
- Det skal være enighet om utstyrsbehov

Utfordringer knyttet til faglig forsvarlighet og kvalitet på tilbudet

To likeverdige parter

- Tilbudet skal bli til ved et samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Avtalene skal utarbeides gjennom dialog og felles planlegging.

Organisering av legeressursene:

- Noen etterlyser tydeligere krav til legedekning og responstid
- Har oppstått uenighet mellom kommune og helseforetak ift bruk av legevakt: responstid og robusthet – kommunen mener det er godt nok, helseforetakene mener det IKKE er godt nok. Avtaler er IKKE undertegnet

Fastlegenes rolle og deltagelse i planlegging og gjennomføring

- Ut fra søknadene er det vanskelig å si hvor mye fastlegene er involvert i planleggingen av tilbudet

Sykestue vs. øyeblikkelig hjelp tilbud

- Er det fortsatt problemer knyttet til dette?

Helsedirektoratet etablerer en egen faggruppe høsten 2012 for å drøfte anbefalinger til revisjon, endring og tiltak videre. Aktuelle tema:

- Tydeliggjøre funksjonskrav – hva må personalet i ordningen faktisk kunne gjøre
- Tydeliggjøre foretakenes veiledningsansvar
- Gi tydeligere anbefalinger knyttet til robuste og faglig forsvarlige løsninger, f.eks knyttet til spørsmål om:
 - legeressurser/fastlegenes rolle
 - responstid
 - minimumskrav til organisatoriske løsninger
- Definere ulike pasientforløp, som grunnlag for å etablere et tilbud som integreres på en god måte i den øvrige akuttmedisinske kjede.
- Endre tilskuddsordningen fra 2013?
 - Noe mer basert på faktisk innfasing, uten at forvaltningen av ordningen blir mer kompleks.
- Etablere gode systemer for registrering for å følge med på utviklingen.
- Bedre informasjonsflyten - kommunikasjonsplan

Mer informasjon

Veiledningsmateriell:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell/Publikasjoner/veiledningsmateriell-for-kommunenes-plikt-til-hjelp.pdf>

Tilskuddsordning:

<http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/etablering-og-drift-av-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-i-kommunene.aspx>

Spørsmål:

oyeblikkelighjelptilskudd@helsedir.no



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet

Nasjonal koordineringsgruppe 12 . September 2012

Marit Lie, prosjektleder

Rammer for arbeidet

- Stortingsmelding skal dekke hele helse- og omsorgstjenesten
- Følge opp føringer i samhandlingsreformen Nasjonal helse- og omsorgsplan
- Samordnes med stortingsmelding om IT i helse- og omsorgssektoren
- Legges frem i løpet av 2012



Bred prosess

- Dialogmøter med pasient-, fag- og profesjonsorg., regionale helseforetak, etater og departementer
- Felles møte med arbeidstaker- og arbeidsgiverorg. i sektoren
- Innspill på egen nettside
- En rekke andre skriftlige innspill

[Hjem](#) | [Om nettsiden](#)



Kvalitet og pasientsikkerhet



Melding til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet



Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen

Regjeringen skal legge frem stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i 2012. Meldingen skal dekke hele helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er en rød tråd i samhandlingsreformen. Reformen trådte i kraft 1. januar, og den skal innføres gradvis.

Stortingsmeldingen skal danne grunnlaget for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i tiden som kommer. Vi skal utvikle trygge og sikre tjenester som tar godt vare på brukere og pasienter, og som yter god service.

Vi inviterer deg til å bidra i arbeidet med meldingen. Det kan du gjøre ved å sende oss innspill om temaene på denne nettsiden:

- Hva er god kvalitet for deg?
- Hva er god service?
- Hva skal til for å få bedre flyt og sammenheng i tjenestetilbudet?
- Hvordan måle og belønne kvalitet?
- Hvordan skal tjenestene bli tryggere og sikrere?
- Hvordan få økt overlevelse og bedre resultater?
- Hvordan skape kultur for læring og forbedring?
- Hvordan sikre god kvalitet og pasientsikkerhet når ny kunnskap og nye løsninger skal tas i bruk?

Vennlig hilsen

Anne-Grete Strøm-Erichsen
Helse- og omsorgsminister

Litt om tjenesten

På denne nettsiden kan du komme med innspill stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet. Vi forbeholder oss retten til å fjerne innlegg fra å fjerne innlegg, for eksempel innlegg som bryter med personvernet. Vi vil ikke besvare eller kommentere innlegg.

Tema

- Hva er god kvalitet for deg?
- Hva er god service?
- Hva skal til for å få bedre flyt og sammenheng i tjenestetilbudet?
- Hvordan måle og belønne kvalitet?
- Hvordan skal tjenestene bli tryggere og sikrere?
- Hvordan få økt overlevelse og bedre resultater?
- Hvordan skape kultur for læring og forbedring?
- Hvordan sikre god kvalitet og pasientsikkerhet når ny kunnskap og nye løsninger skal tas i bruk?

Siste kommentarer

- Sykepleier i hjemmetjenesten til Hvordan skal tjenestene bli tryggere og sikrere?
- Eli Å til Hvordan måle og belønne kvalitet?
- Anonym 76 til Hva er god kvalitet for deg?
- Gunnar til Hvordan sikre god kvalitet og pasientsikkerhet når ny kunnskap og nye løsninger skal tas i bruk?
- Harald Kjekshus til Hva skal til for å få bedre flyt og sammenheng i tjenestetilbudet?

Ansvarlig redaktør: Ingrid Vigerust Nettdirektør: Andreas Keus.
Kvalitet og pasientsikkerhet kjører WordPress og bygger på Connections Reloaded.

Tjenesten har høy kvalitet

- Norge kommer godt ut av internasjonale sammenligninger på overlevelse etter hjerteinfarkt, hjerneslag og flere kreftsykdommer
- OECD har kåret Norge til ett av verdens beste omsorgsland
- Men, 16 prosent av pasientoppholdene på norske sykehus førte til skade i 2011
- Vi skårer dårligere på brukeropplevd kvalitet enn sammenlignbare land

Utfordringer

- Mangelfull risikovurdering og for dårlige avvikssystemer
- For store variasjoner i kvalitet og pasientsikkerhet
- Samhandlingsutfordringer er i for stor grad overlatt til den enkelte avdeling og ansatt
- Rekruttering av kvalifisert personell vil være en utfordring framover, spesielt i omsorgstjenesten

Budskap i meldingen

- En tjeneste av god kvalitet setter pasienter og brukeres behov i sentrum
- Kvalitetsarbeidet må skje ute i virksomhetene
- Systematisk kvalitetsarbeid er et lederansvar på alle nivåer
- Sentrale helsemyndigheter har ansvar for å etterspørre resultater og legge til rette for kvalitetsforbedring gjennom tiltak på samfunns- og systemnivå

Et fremtidsrettet brukerperspektiv

- Prinsippet om aktiv medbestemmelse skal ligge til grunn for utforming av tilbudet til den enkelte
- Behov og forventinger hos pasient, bruker og pårørende skal være utgangspunkt for beslutninger og tiltak
- Pasient og bruker skal få informasjon og støtte til å delta i beslutninger
- Pasientens og brukerens verdier og preferanser skal legges til grunn for utforming av tilbudet



Måling og åpenhet

- Informasjon til befolkning og beslutningstakere om kvaliteten på tjenestene
- Grunnlag for pasienter og brukeres valg av tjenester
- Nødvendig for kvalitetsutvikling og forbedringsarbeid
- Gjør det mulig å vurdere om det er samsvar mellom ressursinnsats og kvalitet



Nasjonale virkemidler

- Styringsdialogen med RHF-ene
- dialogen med KS
- Pasientsikkerhetskampanjen
- Økonomiske insentiver for kvalitet og pasientsikkerhet
- Faglige retningslinjer og andre virkemidler for å redusere uønsket variasjon
- Utvikling og publisering av indikatorer på kvalitet
- Forskning, innovasjon og utdanning





HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Se meg!

Ny stortingsmelding om rusmiddelpolitikk



Hvorfor stortingsmelding?

- Alkoholforbruket øker
- Overdosetallene er altfor høye
- Doping synes å øke
- Skader andre
- Tidligere innsats
- Mer helhetlig og kvalitativt bedre hjelp



En helhetlig rusmiddelpolitikk

- Forebygging og tidlig innsats
- Innsats for pårørende og mot passiv drikking
- Økt kompetanse og bedre kvalitet
- Hjelp til tungt avhengige – redusere overdosedødsfall
- Samhandling i alle ledd



Tilgjengelige og helhetlige tjenester

- Stor variasjon i hjelpebehov
- Et bredt hjelpetilbud, MEN fragmentert, manglende samhandling og kontinuitet, brudd
- Integrerte tjenester eller "særomsorg"?
- Lokalt forankret tilbud, samtidighet i tjenestetilbud over tid



Samhandlingsreformen

- Gjelder også mennesker med rusproblemer
- Tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning
- Samarbeidsavtalene omhandler også rus
- Økonomiske virkemidler for rusbehandling og psykisk helsevern skal innføres gradvis



De finansielle virkemidlene

- Det tas sikte på en gradvis innfasing av kommunal medfinansiering og betaling for utskrivningsklare pasienter så snart det lar seg gjennomføre
- Det utredes videre om plikten for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgntilbud også skal omfatte rus og psykisk helse
- Andre rammer og rammebetingelser for rus og psykisk helsevern sammenlignet med somatikk
- Naturlig å innhente synspunkter fra KS både før beslutning tas og etter at beslutning er tatt i de økonomiske beregningene



Veien videre...

- Stortingsmeldingen ble lagt fram 22. juni 2012
- Tidspunkt for behandling i Stortinget ikke klart
- Opptrappingsplanen utløper i 2012
- Avløses av strategier innen folkehelse, overdoser og kompetanse + samhandling

