

Dato: 26. februar 2018  
Saksbehandler: Anne Marie Flovik  
Klinikk/avdeling: Kommunehelsesamarbeidet

## Saksfremlegg

### Felles ansvar – samtidige tjenester FAST

Møte	Saksnr.	Møtedato
Overordnet samarbeidsutvalg	2018-3	12. mars 2018

#### Ingress

Vestre Viken og kommunene har begge et krav om å arbeide for å sikre pasientene helhetlige og sammenhengende pasientforløp av god kvalitet. OSU vedtok 19. september 2016 at det skal utarbeides forslag til tiltak og modeller som skal sikre dette. Det skal legges et særskilt fokus på overgangene mellom inn- og utskrivninger i sykehus for pasienter med store og sammensatte behov, som er i behov av et koordinert tjenestetilbud fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten

Flere rapporter viser at om lag ti prosent av de syke bruker om lag to tredeler av ressursene i spesialisthelsetjenesten. Flere av disse pasientene har et sirkulært pasientforløp der de stadig er inn og ut av sykehuset. Skreddersydde tiltak for disse pasientene kan ha et større potensial for kvalitetsheving og sparing enn tiltak som rettes mot mindre ressurskrevende pasienter.

#### Forslag til vedtak

Vestre Viken HF og kommunene etablerer samarbeidprosjektet FAST for oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov. FAST skal bygge på sentrale føringer og lokale erfaringer og hente grunnelementer fra VIP-prosjektet i Helse Stavanger. FAST er et samarbeid mellom somatiske sykehus og helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Det etableres en arbeidsgruppe på tvers av kommuner og helseforetak som utarbeider en prosjektplan. Forslag til prosjektplan legges frem for Overordnet samarbeidsutvalg (OSU) i september 2018. Prosjektplanen skal inneholde forslag til organisering, framdriftsplan og finansiering.

## Forslag til prosjekt Felles ansvar- samtidig tjenester

### Innledning

Samarbeidsavtalene mellom Vestre Viken og kommunene beskriver at vi har som mål å tilrettelegge for helhetlige og sammenhengende pasientforløp av god kvalitet. OSU vedtok 19. september 2016 at det skal utarbeides forslag til tiltak og modeller som skal sikre dette. Det skal legges et særskilt fokus på overgangene mellom inn- og utskrivninger i sykehus for pasienter med store og sammensatte behov, som er i behov av et koordinert tjenestetilbud fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Bedre samhandling mellom kommuner og sykehus, og mellom ulike enheter i sykehuset og i kommunene, var en uttalt målsetning da Samhandlingsreformen ble innført i 2012. Pasientene skulle sikres rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste – tilpasset den enkelte pasient.

Det har vært et fortløpende utviklingsarbeid for å bedre samhandlingsutfordringene, både nasjonalt og lokalt. Likevel er tilbakemeldingene fra pasienter, pårørende og tjenestene at samhandling fortsatt byr på store utfordringer. Konsekvensen av manglende samarbeid blir at tjenestene oppleves som fragmenterte og at vekslingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen blir utfordrende. Manglende samarbeid fører også til svikt, som feil i medikamentlister, mangelfull og/eller uriktig informasjonsutveksling og hyppigere reinnleggelser.

FAST (Felles ansvar- Samtidige tjenester) planlegges som et samarbeidsprosjekt hvor kommunene og sykehusene i fellesskap blir enige om arbeidsformer som bidrar til en helhetlig tilnærming til pasienter med store og sammensatte behov. Dette er pasienter hvor tilstanden ikke kan forklares ut fra enkeltfaktorer som diagnose eller avgrenset funksjonsproblem<sup>1</sup>, men må forstås ut fra pasientens helhetlige situasjon. Fellestrekk er at de ofte er i behov av samtidig oppfølging fra kommunen og spesialisthelsetjenesten og at de har mange sykehusinngelger. Prosjektet skal lage kriterier for å bli definert som FAST-pasient og retningslinjer for samarbeidet.

Målsettingen med FAST er å lage mer langsiktige planer for om mulig å bedre ressursbruken, til beste for pasienten, pårørende og helsetjenesten. Det vil føre til at pasientene opplever økt medvirkning, forutsigbare forløp når helsetilstanden endrer seg, færre innleggelser i sykehus, riktig legemiddelbehandling og tettere oppfølging utenfor sykehus.

### Grunnlagsdokumentasjon

- **I Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av Samhandlingsreformen (2016)** pekes det på at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er godt nok. Behovet for å utveksle informasjon har økt, blant annet som følge av at flere og sykere pasienter skrives ut fra sykehusene til oppfølging i kommunene. Det ser ut til at koordinator og individuell plan bare i begrenset grad bedrer koordinering mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- **I Helsetilsynets rapport 1/2016, Samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen**, avdekkes alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune. Svikten knyttes til manglende overføring av informasjon og mangler

---

<sup>1</sup> Helsedirektoratet, Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov

ved innholdet, samt at lovpålagte samarbeidsavtaler ikke er godt nok innarbeidet ved en rekke virksomheter. Pasienter får for lite informasjon om behandlingen på sykehuset og hva som skal skje når de kommer hjem.

- **Resultater etter en nasjonal undersøkelse om pasienterfaringer med norske sykehus i 2015, PasOpp (publisert 2017)**, viser at nesten en fjerdedel av pasientene er lite fornøyd med hvordan sykehuset har samarbeidet med fastlegen, hjemmetjenesten eller andre tjenester.
- I dokumentet «**Utviklingsplaner for helseforetakene – strategier, planer og regionale føringer (Helse Sør-Øst 2016)**» står følgende: «Pasientene rapporterer om mangler knyttet til utskrivningen og sykehusenes samhandling med helse- og omsorgstjenesten og fastlegene. Pasientenes behov for samtidige og fleksible tjenester skal være styrende for tjenesteutviklingen».
- [Oppdragsdokument 2018 Helse Sør-Øst](#) understreker foretakenes ansvar for å utvikle gode pasientforløp i samarbeid med kommunene: «Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det må etableres gode arenaer og systemer for informasjonsutveksling, veiledning og kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene.»
- [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#) er en oppfølging av St. meld. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste» der regjeringen foreslår tiltak for mer strukturert oppfølging av pasienter og brukere med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester.

## Lokalt arbeid og erfaringer

Helhetlige pasientforløp beskriver pasientens forløp gjennom en sykdomsperiode der helse- og omsorgstjenesten både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten er involvert. Vestre Viken tok i 2015 initiativ til et prosjekt for diagnosespesifikke pasientforløp med vekt på KOLS, hoftebrudd og alkohol og helse. Pasientforløpene er utarbeidet i samarbeid med pasienter og kommunene, og beskriver forløpet fra hjem til hjem. Det er utarbeidet mye informasjonsmateriell om diagnoser og forløp, som skal være oppdatert og tilgjengelig for befolkningen og helsepersonell. Prosjektet har vært vellykket. FAST kan ses på som en videreføring for å utvikle systemer for pasienter som har flere aktive sykdommer i tillegg til den diagnosespesifikke.

Vestre Viken HF har i etterkant av arbeidet med de diagnosespesifikke pasientforløpene etablert læringsnettverk i prosjekt Trygg utskrivning. Målet er å styrke pasienter og pårørende sin medvirkning i utskrivningen og å forbedre sykehusenes systemer ved utskrivning gjennom utskrivningsplan, medikamentgjennomgang og legemiddelsamstemming, utreisedokumenter, utskrivningssamtale og sjekklister for utreise. FAST vil bygge på resultatene fra Trygg utskrivning.

FACT. Vestre Viken HF har besluttet å inngå et samarbeid med kommunene om etablering og drift av FACT-team. Kommune- og spesialisthelsetjenesten skal ta et felles og samtidig ansvar for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Teamene skal settes sammen på tvers av forvaltningsnivåer, på tvers av tjenestetyper, på tvers av rapporteringssystemer og på tvers av fagtradisjoner for å møte pasientene, både i stabile og ustabile perioder. Modellen er utprøvd i mange land med gode resultater for målgruppen, også i Norge. Evalueringer fra FACT-team viser at mange av pasientene har store og sammensatte behov. FAST vil bruke kunnskap og erfaring fra FACT for å bedre

samhandlingen rundt pasienter med store og sammensatte behov som trenger helsehjelp fra kommunene og de somatiske sykehusene samtidig.

## Vurdering

Vestre Vikens visjon er å skape pasientens helsetjeneste (Høringsutkast til Utviklingsplan 2035 Vestre Viken). Et av delmålene for å nå visjonen er å skape trygge og helhetlige pasientforløp, sammen med pasientene og kommunene. Sårbare pasienter og pasientgrupper skal vies særskilt oppmerksomhet.

Flere rapporter viser at ti prosent av de syke bruker om lag to tredeler av ressursene i spesialisthelsetjenesten. Flere av disse pasientene har et sirkulært pasientforløp der de stadig er inn og ut av sykehuset. Skreddersydde tiltak for disse pasientene kan ha et større potensial for kvalitetsheving og sparing enn tiltak som rettes mot mindre ressurskrevende pasienter. For å kunne utarbeide tiltak, må vi vite mer om hvilke pasienter dette er.

Reinnleggelser innen 30 dager er en nasjonal kvalitetsindikator som kan si noe om både kvaliteten på sykehusbehandlingen, kommunikasjonen mellom sykehus og kommune/fastlege og oppfølgingen etter utskrivelse. Det er relativt stor variasjon mellom kommunene i helseområdet når det gjelder antall reinnleggelser fra 11,6 Gol og Nore og Uvdal til 17,0 % for Drammen kommune. Det er et felles mål å redusere uønskede innleggelser.

«[Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)» viser til en rekke pasientgrupper som kan omfattes av denne betegnelsen. Det vises til personer med muskel-, skjelett og smerteproblematikk, personer med behov for samtidige tjenester knyttet til både psykisk helse, rus, somatisk helse og psykososial fungering, eldre med flere diagnoser, personer med kroniske sykdommer og tilstander, personer med innvandrerbakgrunn og barn, unge og familier som følges opp av barnevernet. Målgruppene i FAST bør avgrenses i prosjektperioden. Det foreslås at eldre med flere diagnoser og personer med kroniske sykdommer og tilstander inkluderes først. Behovet for en ytterligere avgrensing, f.eks. i forhold til antall reinnleggelser pr år, må utredes videre i planleggingen av prosjektet. Det bør utarbeides inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Utskrivningsfasen er viktig for alle pasienter i et helhetlig pasientforløp. Disse pasientene krever imidlertid et mer omfattende system, som sikrer en bedre tilrettelagt oppfølging både innad i kommunene, innad på sykehusene og i vekslingsfeltet mellom sykehus og kommuner. Helse Stavanger er i gang med et interessant prosjekt, VIP (very important patients), der kommunen og spesialisthelsetjenesten tar et felles og samtidig ansvar for en utpekt pasientgruppe. Pasientene får, gjennom en samordnet beslutning på tvers av sykehus og kommuner, merkelappen VIP – og dette «gullkortet» utløser en rekke tiltak både ute i kommunene, ved sykehusene og i samhandlingen rundt pasientene. I ustabile perioder skal pasientens hjelpebehov raskt imøtekommes, enten det gjelder tjenester fra spesialisthelsetjenesten eller kommunen.

Både diagnosespesifikke pasientforløp og Trygg utskrivning bidrar til å heve kvaliteten på tilbudet pasientene får, kanskje først om fremst fra spesialisthelsetjenesten – men også fra kommunene. Begge satsningene er imidlertid i hovedsak rettet mot å sikre sentrale delelementer fra deltjenester og handler i mindre grad om selve *samhandlingen* mellom deltjenestene (les sykehus og kommune). Pasientforløpene er diagnosespesifikke, men for en stor andel av pasientene er det ikke en enkelt diagnose alene som utgjør hovedutfordringen – men det samlede funksjonsnivået, der flere diagnoser inngår på samme tid. Kommunene (og sykehusene) møter pasienter med mange ulike

diagnoser, og må i stor grad forholde seg til pasienten med en faglig tilnærming som er funksjonsorientert. Det er også disse pasientene, de multisyke, som oftest befinner seg i overgangen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten og som dermed blir mest sårbare ved manglende samarbeid.

I oppdragsdokumentet, der Helse Sør Øst klargjør hva som skal legges til grunn når helseforetakene utarbeider utviklingsplaner<sup>2</sup>, pekes det på behovet for å finne løsninger for helsetjenester som er i grenseflaten mellom flere nivåer. Det fremheves at dette kan handle om nye arbeidsformer og utvikling av tjenester i samhandling med kommune. Videre vektlegges det at pasientenes behov for samtidige og fleksible tjenester skal være styrende for tjenesteutviklingen. I «Utviklingsplan 2035 for Vestre Viken HF» er det ingen konkrete strategier (med unntak av FACT i psykisk helsevern) som synes å imøtekomme behovene til pasienter med store og sammensatte behov som trenger at spesialisthelsetjenesten og kommunen tar *et felles og samtidig ansvar*.

### **Forslag til vedtak**

Vestre Viken HF og kommunene etablerer samarbeidprosjektet FAST for oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov. FAST skal bygge på sentrale føringer og lokale erfaringer og hente grunnelementer fra VIP-prosjektet i Helse Stavanger. FAST er et samarbeid mellom somatiske sykehus og helse- og omsorgstjenestene i kommunene.

Det etableres en arbeidsgruppe på tvers av kommuner og helseforetak som utarbeider en prosjektplan. Forslag til prosjektplan legges frem for Overordnet samarbeidsutvalg (OSU) i september 2018. Prosjektplanen skal inneholde forslag til organisering, framdriftsplan og finansiering

---

<sup>2</sup> Utviklingsplaner for helseforetakene – Strategier, planer og regionale føringer (Helse Sør Øst)