



SAKSDOKUMENT

Utvaksaksnr	Utval	Møtedato
	Komite for drift	

Samhandlingsreforma - synspunkt på høyringsnotat

Samandrag av saka:

I denne saka vert det gjort greie for Fjell kommune sine synspunkt på dokument Helse – og omsorgsdepartementet har sendt ut på høyring som ei oppfølging av samhandlingsreforma. Som bakgrunnsinformasjon for saka vert det vist til vedlegg. Rådmannen har i sine merknader konsentrert seg mest om saksområde der kommunen har røynsler å trekkja på etter omfattande samhandling med nabokommunar og Helse Bergen.

Innstilling:

Komiteen sluttar seg til rådmannen sitt framlegg til uttale.

Straume, den 28.12.2010

Steinar Nesse
Rådmann

Dokument vedlagt saka:

KS sitt saksframlegg til hovudstyret av 25.11.2010
Rapport frå prosjektet "Betre saman" - Oppsummering

Saksopplysningar:

Regjeringa sende 18.10.2010 desse helsedokumenta ut på høyring med svarfrist 18.01.2011:

- Ny lov om kommunale helse – og omsorgstenester (tidlegare Lov om sosiale tenester, Lov om kommunehelsetjenester og Lov om folkehelse)
- Ny lov om folkehelse
- Grunnlaget for ny nasjonal helse – og omsorgsplan

Dei 2 nye lovene og arbeidet med den nye nasjonale helse – og omsorgsplanen er ei oppfølging av Stortingsmelding 47 ”Samhandlingsreforma – Rett behandling - på rett sted - til rett tid”. Siktemålet er å utvikla helsetenester som heng betre saman. Det vert eit auka fokus på

- å førebyggja sjukdom
- å gi betre helsetenester der folk bur
- å hindra unødig bruk av sjukehus

Regjeringa ber om synspunkt på dei nemnde dokumenta. I ei pressemelding av 18.10.2010 vert det framheva at ein særleg ønskjer tilbakemelding på tre viktige tiltak:

1) Kommunene skal få pengar til å betale for pasienter som er ferdig behandlet på sykehus, slik at de kan komme heim til kommunen i stedet for å ta opp plasser på sykehuset.

2) Kommunene får pengar til å betale en andel av kostnadene for enkelte pasientgrupper som legges inn på sykehus. Slik vil kommunene få mulighet til å forebygge eller gi tilbud i kommunehelsetjenesten fremfor at pasienter legges inn på sykehus.

3) Kommunene og sykehusene får plikt til å inngå avtaler, blant annet for å vurdere om det vil være lønnsomt å gå sammen om å etablere nye behandlingstilbud i kommunene.

KS har gjort ein god innsats med å leggja til rettes for kommunane sitt arbeid med høyringa. Det er laga eit omfattande notat som følgjer vedlagt. Døme på tema frå notatet er ansvarsfordeling, oppgåver og plikter, finansiering og gjennomføring av reforma.

Vurdering:

Høyringsmaterialet er ganske omfattande. Rådmannen har funne det rett i størst mogeleg grad å avgrensa uttalen frå Fjell kommune til område der vi har kompetanse bygd på røynsler med gjennomførte samhandlingsprosjekt det siste tiåret. Uttalen er organisert slik at vi først kommenterer synspunkt på samhandling mellom helseføretak og kommunar for så å ta opp nokre få andre element i reforma.

Fjell kommune har lenge sett behovet for ei samhandlingsreform og helsar henne meir enn velkomen. Altfor lenge har dei ulike deler av helsetenesta fått høve til å leva sine egne isolerte liv innanfor sine rammer. Den politiske erkjenninga av at denne tidsepoken no er over banar veg for ei ny framtid til gagn for både pasient og samfunn. Vi går interessante helsetider i møte!

I 2009 laga Helse Bergen og kommunane Askøy, Fjell, Sund og Øygarden ein rapport som sette rammene for skiping av eit sams lokalmedisinsk senter. Rapporten vart kalla ”**Betre saman**” og det er det deler av samhandlingsreforma handlar om..... om å gjennomføra tiltak saman med andre partnarar som er betre for pasienten og til ein lågare samfunnskostnad.

1. Synspunkt på samhandlingstiltak helseføretak – kommunar

Dei nemnde partnarane og Fjell kommune har røynsle a) knytt til utgreiingsarbeid (prosjekt "Betre saman", prosjekt lindrande behandlingseining på Askøy, prosjekt Jordmorheim i Fjell), b) til drift av ei intermediær avdeling i eitt år, c) nært samarbeid med Helse Bergen innan psykiatri og ambulansedrift m.v. samt samarbeid med private avtalespesialistar. Nedanfor prøver vi å oppsummera røynslene våre og samanstill dei med høyringsnotatet. Eit samandrag av rapporten "Betre saman" følgjer vedlagt som bakgrunnsinformasjon.

- **Samhandling:** Den mest viktige hendinga var at 4 kommunar og Helse Bergen sette seg ned ved same bord for **saman å drøfta** seg fram til kva tiltak som vil gagna pasientar/innbyggjarar mest. Ein sterk vilje til å finna ei sams løysing må vera til stades; det er det fundamentale.
- **Avtalar:** Utgreiingsarbeidet enda opp med ein signert avtale mellom partane slik regjeringa no legg opp til. Det er viktig at ein slik avtale sikrar tiltaket stabile rammevilkår over tid uavhengig av økonomiske bråttstjorar. Ein annan form for avtale som også bør nemnast er den Helse Bergen, Haraldsplass og dei 22 opptakskommunane har gjort om samarbeid. Kommunane har så gruppert seg i 4 samarbeidsutval med regelmessige møte med helseføretaket. Kommunane og Helse Bergen har også sett ned ei sams gruppe som skal laga eit strategidokument i høve samhandlingsreforma.
- **Fordelingsnøkkel:** Økonomisk fordeling av utgifter var det siste temaet vi tok opp i utgreiingsarbeidet. Her søkte vi i prosjekt "Betre saman" ekstern hjelp for å få ei mest mogeleg uavhengig rettesnor for fordelinga. Vi enda opp med ei god "hestehandlar løysing" – 50% på kommunane og 50% på helseføretaket. Mellom kommunane vert utgiftene fordelte etter folketalet. Når det gjeld utgiftsfordelinga for den planlagde lindrande behandlingseininga er det førebels ikkje konkludert. Her har det vist seg at medisinsk statistikk ikkje er utfyllande nok til å gi ei rettesnor for fordeling. Fordelingsnøkkel som er nemnd i høyringsnotatet er ganske vagt formulert: *"En vanlig modell er at partene (kommunene, helseforetak og regionale helseforetak) betaler en 1/3 hver . . ."*. Fjell kommune vil tilrå ei tydelegare formulering enn dette og at partane så gjennom forhandlingar har høve til å avvika frå den tilrådde fordelingsnøkkel utifrå lokale tilhøve. Ein slik tydeleg tilrådd nøkkel vil avstemma partane sine forventningar og skapa eit godt grunnlag for vidare samhandling.
- **Betalingsformer:** I det intermediære pilotprosjektet som ein del av prosjekt "Betre saman" har vi gjort det val at Helse Bergen og kvar kommune kan betala utgifter på to måtar: a) ved å låna ut ein sjukepleiar (hospitering) til prosjektet i ein tidsavgrensa periode og b) i form av kontantar. Alternativ a kan gjennomførast ved omprioritering i eigen organisasjon og samstundes sikrar det kompetanseoverføring på ein tenleg måte. Vi har så god røynsle med denne ordninga at andre bør kopiera ho!!
- **Investering:** Vi har gjort det val at Fjell kommune som vertskommune for det lokalmedisinske senteret skal vera byggherre og ta opp lån. Askøy får same rolle for den lindrande behandlingseininga. Kapitalkostnaden vert så fordelt mellom partane i samsvar med fordelingsnøkkel. Dette er ein enkel modell med tydeleg ansvarsplassering. Vi finn det mindre aktuelt at helseføretaket skal stå for investeringa. Unntaket vil vera i dei høve samhandlingstiltak vert lagt til lokalsjukehus. Kva så med statlege støtteordningar til investeringa? Det finst støttetiltak for omsorgsbustader og sjukeheimar, men lokalmedisinske senter står ikkje på husbanken si liste over støtteverdige tiltak. Her har staten ei utfordring.

- **Drift:** Driftskonseptet er også enkelt: Fjell kommune er ansvarleg for drifta, men det er etablert ei driftsgruppe der alle partar tek del. Prinsipielle saker vert løfta opp til ei administrativ og fagleg styringsgruppa som stod for utgreiingsarbeidet. Slik sikrar vi god forankring og kontinuitet. Ein annan viktig fordel med denne organisasjonsforma er at drift på natt og helg på enkelt vis kan kombinerast med nærliggjande kommunal driftseining. Dette er overlag viktig for å kunna halda kostnadene på eit akseptabelt nivå.

Høyringsnotatet understrekar at kommunane bør ha stor fridom til sjølv å velja organisasjonsform. Fjell kommune støttar dette. Samstundes er det grunn til å åtvara mot ei byråkratisering t.d. ved val av selskapsløysingar. Vi meiner at samhandlingsprosjekt i hovudsak er ei fagleg utfordring for å sikra høg kvalitet i tiltaket. Selskapsløysingar kan lett føra til eit skifte i fokus samstundes som vaksamarbeid med nærliggjande tenester vil kunna føra til ei byråkratisering med skriftlege avtalar, pengeoverføring etc.

- **Observasjonssenger:** Vi har til no ikkje etablert observasjonssenger – dei 4 sengene kjem først når det nye lokalmedisinske sentret står ferdig. Vi trur for vår del at desse sengene vil verta ein viktig faktor for å hindra innlegging på sjukehus. Ein viktig føresetnad vil vera å få legevakta og fastlegane aktivt med i prosjektutviklinga i forkant. Kanskje vil det i så måte vera ein god ide å etablere eit lokalt prosjekt om betre samhandling mellom sjukehus og legevakt/fastlegar i høve til innlegging.
- **Lokalisering:** Spørsmål om lokalisering kan ofte føra til lokal usemje. Det vil vera viktig at aktørane har pasienten sine behov mest i fokus ved særleg å leggja vekt på reiseveg og fagleg kompetase. I tillegg må ein søkja løysingar der ein samlokaliserer tenester til gjensidig nytte både for å utnytta lokalitetar og fagmiljø.
- **Førebygging – og meistringssenter:** Vi planlegg å etablere eit lokalt lærings og meistringssenter og kanskje vert det omdøpt til eit førebygging- og meistringssenter. Vi har tru på å samla kompetanse innan folkehelsearbeid i eit nettverk og at senteret skal fungera som ei ”kraftkjelde”.
- **Røntgen:** Pasienttryggleik vert eit viktig element for å få det lokalmedisinske senteret til å bli fullt ut akseptert mellom folk flest. Slik tryggleik vert skapt av dugande fagfolk og godt diagnostisk verktøy m.a. røntgen. Ei løysing som Helse Bergen med økonomisk støtte frå Helse Vest no utgreier, er å etablere eit røntgenlaboratorium som kan gi polikliniske tenester til ein større befolkningskonsentrasjon samstundes som det lokalmedisinske sentret sine behov vert dekkja.
- **Folketalet:** Dei 4 kommunane har totalt snart 60.000 innbyggjarar. Dette er eit høgt tal i norsk samanheng. Likevel har vi i periodar strevd med å fylla dei 6 intermediære sengene det første driftsåret. Sengekapasiteten er rett nok avgrensa til etterbehandling av ortopediske og nevrologiske pasientar. I planlegginga av den lindrande behandlingseininga har vi enda opp med 4 senger som etter ei tid kan utvidast til 6. Vi trur at folketalet må vera bra stort for å utvikla eit lokalmedisinsk senter med høg fagkompetanse på å hindra sjukehusinnlegging og til etterbehandling av sjukehuspasientar. Di mindre folketal – di meir ”kommunale” pasientar vil få plass i tiltaket, trur vi. Utfordringa for mange kommunar og helseføretak vert difor å finna smarte kombinasjonsløysingar.
- **Desentraliserte tiltak:** Høyringsnotatet handlar også om desentraliserte spesialistpoliklinikkar. Vi har positiv røynsle med å lokalisera fleire avtalespesialistar til det kommunale helsesenteret. Her held også BUP Fjell til og det er utvikla eit nært

fagleg samarbeid med kommune-psykologane. Det er i særleg grad bygd på sams fagleg plattform der begge nyttar dei same anerkjente internasjonale behandlingsprogramma. Dette har ført til utvikling av eit særst positivt samarbeidsklima med gode pasientresultat. Nyleg har dessutan Helse Bergen etablert ei avdeling for dialyse på dagtid lokalisert til Straume bu – og servicesenter. Her får pasientar frå Fjell og nabokommunane tilbod om dialyse i flotte og rolege omgivnader. Innsparingar i pasienttransport finansierer faktisk det meste! Dette er eit godt døme på kva som kan flyttast ut frå sjukehus. Tilbakemeldingane frå pasientane er også svært positive.

Vi er difor samde i det som står å lesa i høyringsnotatet om at deler av det som vert utført på sjukehus i dag med fordel kan flyttast ut. For det må gjerast for å skapa nok kapasitet til å ta imot ein veksande pasientpopulasjonen. Men tiltaka må ha høg fagleg kvalitet slik at pasienten kjenner seg trygg og vel ivareteken.

- **Nytte:** Vi vonar å kunna koma i gang med ei evaluering av den intermediære avdelinga neste år med vekt på samfunnsnyttan. Men alt no ser vi døme på den konkrete nytten pasienten har av opphaldet og at sjukehuset får frigjort kapasitet. Vi ser også at kommunane får ein nytteeffekt i form av auka kompetanse og det faktum at ca 90% av pasientane vert skrivne ut etter 7 dagar på avdelinga til eigen heim og ikkje til vidare institusjonsopphald. Mange av desse pasientane ville utan dette tilbodet blitt sendt frå sjukehus til 3 veker korttidsopphald på sjukeheim eller alternativt vorte verande lenger på sjukehus. Dette har overtydd oss om at vi er på rett spor.
- **Effektivitet i avgjerder:** I høyringsnotatet går det fram at dei regionale helseføretaka saman med kommunane skal kartleggja mogelege kostnadseffektive samarbeidsprosjekt til erstatning for dagens sjukehusbehandling. Konklusjonane skal innarbeidast i eit plan – og meldingssystem. Fjell kommune legg til grunn at kartlegginga skal gjerast saman med det lokale helseføretaket og ikkje med det meir fjerne regionale helseføretaket. Vi vil også åtvara mot byråkratisering av avgjerder knytt til samhandlingsprosjekt i helseføretaka. Fjell kommune har vore imponert over kor kjapt Helse Bergen har teke standpunkt til prosjekt – slik må det også verta i framtida!

2. Synspunkt på andre tilhøve

Fjell kommune er samd i at kommunane bør få eit finansielt ansvar for utskrivingsklare, somatiske pasientar med verknad frå 01.01.2012. Samfunnsmessig er det viktig å nytta sjukehusressursar på behandling og ikkje til på unødvendige opphald. Men gjennomføringa må gjerast i tett dialog mellom føretak og kommunar. Eitt tiltak som i så måte bør vurderast er å laga ei sjekklister over kva ein ferdigbehandla pasient er.

Staten føreset ei økonomisk overføring til kommunane for å sikra gjennomføringa. I høyringsnotatet vurderer staten to modellar a) øyremerking av midlar til dei kommunar som har utskrivingsklare pasientar og b) overføring via inntektssystemet. Fjell kommune meiner at inntektssystemet må nyttast og at øyremerking vil vera ei uheldig favorisering av dei som ikkje har prioritert ”rett”.

Fjell kommune er samd i at kommunal medfinansiering på avgrensa område kan påverka etterspurnaden etter spesialisttenester. Men å knyta avgrensinga opp til alder over 80 år finn vi for vår del å vera ei dårleg løysing. For ein kommune å driva t.d. førebyggjande helsearbeid for berre dei over 80, er noko vi ikkje kan tenkja oss. Førebygging er eit langsiktig arbeid, ikkje kortsiktig. Vi har langt meir tru på den andre løysinga i notatet;

nemleg ei avgrensing knytt til medisinske diagnosar uavhengig av alder. Ei medfinansiering kan lett enda opp som ei unødig byråkratisering. Dette faremomentet må vera i høgsetet når ordninga vert meisla ut i detalj.