

J.nr.

Mottatt dato 22/11/11

Arkiv nr. 500

Saksb. Kn. Børger

Kopi Rolf Strøffensen

Salten Regionråd

Deres ref.:

Vår ref.:  
2010/107 /305

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Jann-Georg Falch, 75 51 29 21

Sted/dato:  
Bodø, 14.11.2011

## Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene - Finansiering

Viser til deres brev av 5. august, deres purring datert 20. oktober og brev til styreleder datert 6. november.

I brevet viser de til behandling av implementering av samhandlingsreformen i RESO Salten og opplyser at kommunene i Salten er klar til å etablere Ø-hjelpstilbud i samarbeid med Nordlandssykehuset.

I brevet viser de til at kommuner i Finnmark får over 8 mill kroner direkte over statsbudsjettet. Vi har ikke oversikt over overføringene til kommunesektoren, men antar at de med dette viser til finansiering av et utviklingsprosjekt som pågår i Finnmark, hvor HOD og Helse Nord i samarbeid med Helse Finnmark finansierer prosjektet. Prosjektet har som formål å utrede og utprøve finansieringsmodeller for sykestuer. Det er opplyst i statsbudsjettet for 2012 at dette prosjektet vil bli videreført til 2014, deretter trekkes bevilgningen tilbake og fordeles mellom de fire regionale helseforetakene basert på inntektsmodellen.

I brevet viser de til at styret i sak 69/2011 (plan 2012-2015) har satt av 20 mill kroner til samhandlingsreformen og ber om å få opplyst hvordan de 20 mill kroner er tenkt disponert. I vår plan og budsjettprosess gir styret rammer og planpremisser for budsjettarbeidet for påfølgende år i juni. Styresaken i juni er ikke en sak hvor det bevilges penger til konkrete prosjekt.

I år behandlet styret budsjett for 2012 i sitt møte 26. oktober (en måned tidligere enn vanlig), først da fattet styret vedtak om å bevilge 3,5 mill kroner til konkrete prosjekt knyttet til samhandlingsreformen og bevilge 16,5 mill kroner som kan benyttes til ulike tiltak for å bidra til at implementering av samhandlingsreformen blir vellykket. Det er ennå ikke besluttet hvilke konkrete tiltak som kan bli aktuelt å gjennomføre. Det er fortsatt flere uavklarte forhold.

For det første foreligger ikke forskriftene som skal regulere innholdet i ø-hjelpstilbudene. For det andre er det ennå uklart hvor mange slike plasser Helse Nord vil kunne inngå avtale om å etablere i 2012. Departementet opplyser at *Utbetaling av tilskudd må fordeles noenlunde jevnt geografisk per år svarende til uttrekk fra regionale helseforetak*. Dette

innebærer at vi i vår region ikke kan legge opp til en raskere implementering av reformen enn i de øvrige regionene.

I brevet ber de om å få opplyst alle tilskudd fra spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge til kommunene i landsdelen og de ber om få opplyst hvor midlene kommer fra.

Helseforetakene i vår region har i dag samarbeid med mange kommuner innenfor mange områder. Jeg kan her nevne:

- Båtambulanser
- Leie av lokaler
- Desentralisert dialyse
- Radiologi
- Utskrivningsklare pasienter
- Prehospitale observasjonsposter
- Fødetilbud
- Med mer

Felles for alle disse tiltakene er at de er kommet i stand gjennom samarbeid mellom kommuner og helseforetak med bakgrunn i at dette er økonomisk gunstig og/eller bidrar til bedre pasientbehandling.

Dette samarbeidet har pågått lengst og i størst omfang i de nordligste kommunene, Finnmark og Nord-Troms.

Som et ledd i forberedelsene til samhandlingsreformen har vi gjennomført en enkel kartlegging av hvor mye ressurser som i dag brukes på tiltak som antas å omfattes av finansierungsordningene til samhandlingsreformen.

#### Samarbeidstiltak

##### FINANSIERING

	HF	RHF	HOD	H.dir
Helse Finnmark	34 300 000	17 900 000	8 200 000	8 200 000
UNN	8 842 000	8 842 000		
NLSH	2 194 000	2 194 000		
Helgeland	9 160 000	5 000 000		4 160 000
<b>Sum</b>	<b>54 496 000</b>	<b>33 936 000</b>	<b>8 200 000</b>	<b>8 200 000</b>

Denne foreløpige kartleggingen viser at vi i 2011 finansierer ulike prosjekter for til sammen 55 mill kroner. Av dette gjelder vel 16 mill kroner et prosjekt for å utvikle og utprøve finansierungsordninger for sykestuer. Vel 4 mill gjelder konkrete prosjekt på Helgeland finansiert av Helse direktoratet.

Det er viktig å understreke at når reformen er ferdig implementert fra og med 2016 vil all finansiering fra helseforetakene av samhandlingstilbud i kommuner opphøre og inntektene til kommunene vil komme fra Kommunaldepartementet.

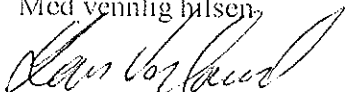
Styret for Helse Nord RHF, har gjennom behandling av budsjett 2012 lagt opp til at vårt bidrag til innføring av reformen skal gjennomføres slik:

- Tilbud som er etablert i dag og som oppfyller kravene til ø-hjelpstilbud videreføres
- ~~Øke antall plasser innenfor det måltall som følger av statsbudsjettet, dvs etablere inntil 25 % av plassene i 2012~~
- Nye tilbud etableres fortrinnsvis i kommuner med lang veg til sykehus
- Oppfordre kommunene til å samarbeide om løsning av oppgaven
- Oppfordre kommunene til å etablere kombinasjonsplasser
- Eksisterende tilbud vil fortsatt subsidieres i perioden, men tilskuddene vil gradvis trappes ned og opphøre senest 2016.

Fra og med 2016 finansieres alle de kommunale tilbudene i samhandlingsreformen av Kommunaldepartementet.

Jeg håper dette er avklarende og ser frem til et fortsatt godt samarbeid med kommunene i hele regionen.

Med vennlig hilsen,



Lars Vorland

Administrerende direktør

Kopi Styreleder her

**Primærhelsetjenesten i små og mellomstore kommuner – samarbeid og proaktiv holdning til utfordringene!**

Møte om helseøkonomi 5. desember 2011  
Kai Brynjar Hagen  
Sunnhetsoverlege i Salten

**Folkehelse**

- Forebyggende og helsefremmende tiltak - ansvar for alle sektorer på alle nivå
- Mange aktører – fragmentering?
- Kritisk gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget
- Helhetlig analyse av kostnad-nytte
- Behov for nasjonalt, evidensbasert investeringsprogram for folkehelse

Kai Brynjar Hagen, Møte om helseøkonomi Oslo 051211. 2

**Økt tjenestevolum i primærhelsetjenesten**

- I dag utføres 90 % av alle helse- og omsorgstjenester i kommunene og 10 % i spesialisthelsetjenesten
- Trenden forsterkes: flere pasienter vil bli utredet og behandlet i primærhelsetjenesten
- I snitt mer omfattende og krevende pasientbehandling i kommunen

Kai Brynjar Hagen, Møte om helseøkonomi Oslo 051211. 3

**Primærhelsetjenesten**

- FUNDAMENTET i helsetjenesten
- må utvikles på EGNE PREMISSE og
- FINANSIERES på egne premisser!

Kai Brynjar Hagen, Møte om helseøkonomi Oslo 051211. 4

**Prestisje**

- Høyt spesialiserte fagmiljøer verdsettes høyt
- Bredekompetanse verdsettes lavt

Kai Brynjar Hagen, Møte om helseøkonomi Oslo 051211. 5

**Optimalisering av pasientforløp**

- Behandlingslinjer
- Monitorering
- Analyse av pasientforløp
- Læring av erfaring
- Sikring av samhandlingskvalitet og pasientforløpskvalitet

Kai Brynjar Hagen, Møte om helseøkonomi Oslo 051211. 6

### Prehospital observasjon og behandling (PreOB)

- Erfaringer fra prosjekt i tre kommuner
- Godt mottatt hos lokalbefolkningen
- Primærlege har medisinsk-faglig ansvar
- Observasjon av pasienten ved kommunal sykepleier
- 70 % av pasientene ville ellers blitt innlagt i sykehus

Kal Brynjar Hagen, Måte om  
helsekonomi. DiU. 051211.

7

### Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHJD) i små og mellomstore kommuner

- PreOB: eksempel på utforming av ØHJD-tilbud
- Vellykket etablering og drift av PreOB i kommunene Meløy, Saltdal og Steigen
- Konseptet utvikles videre
- Andre kommuner ønsker PreOB tilpasset sine spesielle forutsetninger

Kal Brynjar Hagen, Måte om  
helsekonomi. DiU. 051211.

8

### Sykestuefunksjoner. LMS.

- Prehospital observasjon og behandling
- Korttids rehabilitering etter utskrivning fra sykehus
- Spesialfunksjoner: eks cellegiftbehandling
- Palliativ behandling
- Flere sykestuefunksjoner, gjerne i kombinasjon med ambulante spesialisthelsetjenester, vil samlet utgjøre Lokalmedisinsk Senter (LMS)

Kal Brynjar Hagen, Måte om  
helsekonomi. DiU. 051211.

9

### Helsefaglig grunnlag for ØHJD

- Må utvikles på *primærhelsetjenestens* premisser
- Er det en selvfølge?
- *Foretaksdominert*: Heise Nord RHF gir støtte til sykestuedrift, men:
  - Primærlegen må bruke ICD-10 – et diagnosesystem som hører hjemme i sykehus
  - Må rapportere til NPR på sykehusvis
  - Forberedelse til innlemming av sykestuer i spesialisthelsetjenesten?
  - RHF ønsker å overta fastlegene

Kal Brynjar Hagen, Måte om  
helsekonomi. DiU. 051211.

10

### Samhandlingsreformen lover:

- Tilgang til ØHJD for hele befolkningen (?)
- Finansiering av ØHJD til alle kommuner (?)
- Kommunal plikt til å ha ØHJD fra 1.1.2016

Kal Brynjar Hagen, Måte om  
helsekonomi. DiU. 051211.

11

### 4330 kroner pr døgn

- tilsvarer ca 1,5 mill pr år
- støtte til kommunen for drift av 1 plass ØHJD
- må søkes til HF og H.dir.
- "dobbeløst øremerking"

#### Ref:

- samhandlingsreformen
- kommuneøkonomiproposisjonen 2012
- statsbudsjett 2012

Kal Brynjar Hagen, Måte om  
helsekonomi. DiU. 051211.

12

### 0 kroner pr døgn

- HF skal først "godkjenne" kommunens søknad
- H.dir. skal deretter vurdere søknaden
- Hvis begge nåløyer passerer betaler HF og H.dir. hver sin halvpart av 4.330 kr pr døgn
- MEN det er et problem: .....

Kal Brynjar Hagen, Måte om  
helsetjenester Øst 051211

13

### Gapet mellom løfter og realiteter

- HF-et vil ikke godta mer enn ca hver femte søknad i 2012 fordi man ikke vil risikere for store utbetalinger til dette formålet
- Kommunene ønsker ØHJD
- Den 1.1.2016 har kommunen plikt til å ha ØHJD
- Med nåværende opplegg vil nær halvparten av kommunene mangle ØHJD pr 1.1.2016

Kal Brynjar Hagen, Måte om  
helsetjenester Øst 051211

14

### Kommunenes A-lag og B-lag

- A-laget: har ØHJD
  - Bedre tilbud til befolkningen
  - Bedre økonomi
- B-laget: har ikke ØHJD
  - Dårligere tilbud til befolkningen
  - Dårligere økonomi

Kal Brynjar Hagen, Måte om  
helsetjenester Øst 051211

15

### Statlige midler til kommunale helsetjenester

- Eksempel fra Nord-Norge
  - Kommuner i Finnmark får 34,3 mill årlig fra HF, RHF og HOD, pluss 8 mill årlig direkte over statsbudsjettet
  - Kommunene i Salten, Lofoten og Vesterålen får til sammen 2,2 mill årlig fra HF/RHF
- Fordelingsperspektiv på statlige helsekroner
- Forsterket utvikling til A-lag og B-lag

Kal Brynjar Hagen, Måte om  
helsetjenester Øst 051211

16

### Døgnåpen og tilgjengelig spesialisthelsetjeneste?

- Fastlegen må ha lett tilgang til å konferere med spesialist
  - Gunstigere pasientforløp
  - Ev finne alternativ til innleggelse i sykehus
- God erfaring med help-desk
  - Eksempel røntgenavd Nordlandssykehuset HF
- Mange deler av spesialisthelsetjenesten er vanskelig tilgjengelig når fastlegen har behov for kontakt

Kal Brynjar Hagen, Måte om  
helsetjenester Øst 051211

17

### Samhandlingskvalitet

- Henvisningskvalitet
- Epikrisekvalitet
- Fortløpende målinger
- Forbedringsprogram

Kal Brynjar Hagen, Måte om  
helsetjenester Øst 051211

18

### Kommunikasjonskanaler

- To whom it might concern: Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten trenger tilgang på trygge elektroniske verktøy for å kommunisere med hverandre under alle faser av pasientforløpet
- Helsesektoren må ut av den elektroniske steinalder

Kai Brynjar Hagen, Maste om  
Helsekonferanse Oslo 051211.

19

### "Utskrivningsklar"

- Definisjon "utskrivningsklar" og overholdelse av prosesskrav
- Kritisk milepæl i pasientforløpet
- Opprette eget organ for sikring av samhandlingskvalitet

Kai Brynjar Hagen, Maste om  
Helsekonferanse Oslo 051211.

20

### Kommunal medfinansiering krever kommunal kontroll/revisjon av koding

- Rapport avdekker betydelige kodefeil på mange plan
- Leger i sykehus har problemer med korrekt koding
- Kommunalt ansatt fagrevisor må ha tilgang til kontroll og revisjon av koding
- Flere kommuner kan samarbeide om dette

Kai Brynjar Hagen, Maste om  
Helsekonferanse Oslo 051211.

21

### Egenmating

- Pasienter blir av sykehusleger henvist til polikliniske kontroller selv om oppfølgingen kunne vært gjort i primærhelsetjenesten
- Ekstra utgifter for kommunen
- Kan også gi økte transportutgifter for HF

Kai Brynjar Hagen, Maste om  
Helsekonferanse Oslo 051211.

22

### Heldige kommuner

- Kommuner med god tilgang til privatpraktiserende spesialister: slipper i større grad å betale medfinansiering for pasienter i sykehusets poliklinikker eller dagbehandling
- Kommuner med kort avstand til sykehus: større mulighet for at pasienten får poliklinisk behandling framfor innleggelse

Kai Brynjar Hagen, Maste om  
Helsekonferanse Oslo 051211.

23

### Avtaler om klinisk og praktisk samhandling

- Press fra RHF/HF om mest mulig likelydende avtaler med alle kommuner
- Konkrete, praktisk-kliniske tema fortrenes til fordel for generelle erklæringer og båttevis med gode intensjoner
- Eks: utskrivningsrapport til pasienten
- Eks: melding om utskrivning kl 8-12 ma-fre

Kai Brynjar Hagen, Maste om  
Helsekonferanse Oslo 051211.

24

### Ubalanse

Spesialisthelsetjenesten preger utdanning, forskning, organisering og finansiering. Har sterk innflytelse på sentral helseforvaltning. Eies og styres av HOD. Primærhelsetjenesten styres og finansieres av mange ukoordinerte instanser: kommunen, KRD, HOD, HELFO.

Kari Brønjar Hagen, Måte om  
helseøkonomi Oslo 051211.

25

### Samhandle om samhandlingspenger?

Eksempel: budsjett Helse Nord RHF 2012:  
3,5 mill: konkrete prosjekt knyttet til samhandlingsreformen  
16,5 mill: tiltak for å bidra til at implementering av samhandlingsreformen blir vellykket.

Kommunal innflytelse på bruken av midlene?

Kari Brønjar Hagen, Måte om  
helseøkonomi Oslo 051211.

26

### Hva er spesielt for små og mellomstore kommuner ?

- Regelverket gjelder alle kommuner, uansett størrelse
- Små kommuner har større utfordringer:
  - Kostnader
  - Rekruttering
  - Sårbarhet
  - De små talis lov
- For å opprettholde nødvendig tjenestevolum, tjenestekvalitet og driftsstabilitet er små kommuner avhengig av interkommunalt samarbeid

Kari Brønjar Hagen, Måte om  
helseøkonomi Oslo 051211.

27

### Strategiske muligheter for små og mellomstore kommuner

- Trimme egen organisasjon, spesielt samarbeidet mellom omsorgstjenesten og fastlegene
- Samarbeid med andre kommuner
  - Prosjekt
  - Bilaterale avtaler på avgrenset område
  - Regionråd
  - Interkommunalt Selskap (IKS)
  - Vertskommunemodell
  - Samkommunemodell
  - Sammenslåing av kommuner

Kari Brønjar Hagen, Måte om  
helseøkonomi Oslo 051211.

28

### Primærhelsetjenesten

- FUNDAMENTET i helsetjenesten
- må utvikles på EGNE PREMISSE og
- FINANSIERES på egne premisser!

Kari Brønjar Hagen, Måte om  
helseøkonomi Oslo 051211.

29

# Kvalitet i Hjemmesykepleien

å ta i bruk ny teknologi for å heve kvalitet i tjenesten

1

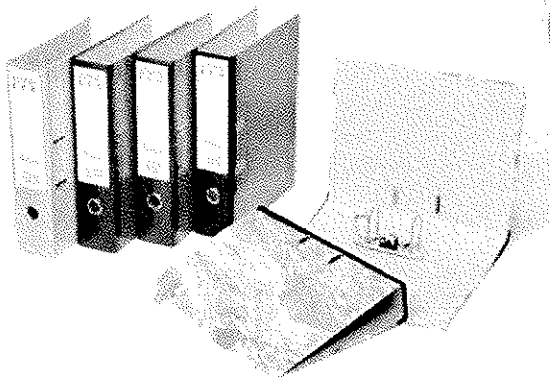
## Bakgrunn

- Behov for å få brukt vedtatte rutiner
- Forenkle oppdatering
- Signering og innsending av erklæringer fra brukere
- Kommunen definerer for første gang hva behovet er

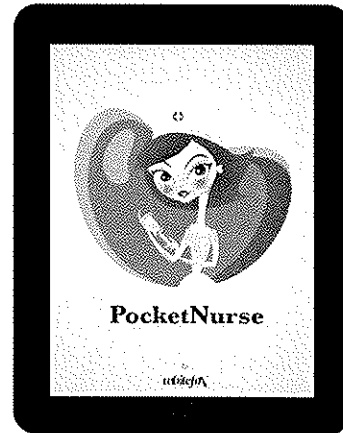
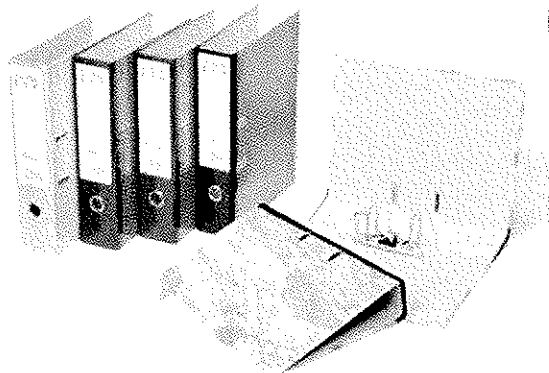
2

# Fra perm til Pad

# Fra perm til Pad



# Fra perm til Pad



3

# Om programmet

- Billigere enn det vi har
- Lett å oppdatere
- brukervennlig
- Sikker
- Gir bedre kvalitet

4

# Veien videre

- Samarbeid med utdanningsinstitusjoner
- Mål om å få dette ut til alle i Salten
- Finansiere opp ferdigstillelse
- Ordinær drift fra våren 2012

5

# Samhandlingsreform?

- Nye oppgaver ut til kommunen, større krav
- Gjøre de som skal utføre dette tryggere
- Åpenhet og større kjennskap til rutiner
- Bedre faglig kommunikasjon mellom spesialist og primær

6