

DMS Inn-Trøndelag



Statusbeskrivelse
juni 2009

Bakgrunn:

Kommunene **Inderøy, Verran, Steinkjer, Snåsa** og **Mosvik** har sammen med **Helse Nord-Trøndelag** og **Helse Midt-Norge** vedtatt å gå inn i et femårig samhandlingsprosjekt der man ønsker å realisere et distriktsmedisinsk senter (DMS) i Inn-Trøndelag.

Dette samarbeidet skal bidra til å gi innbyggerne i regionen et bedre tilbud innen helse-, rehabilitering- og omsorgstjenestene, samt sikre og bedre overgangen mellom sykehus og hjem/kommune.

Interkommunalt samarbeid med helseforetaket:

- er (utfra forprosjektet okt. 2008) et godt helsepolitisk, faglig, organisatorisk og økonomisk grunnlag for å etablere et distriktsmedisinsk senter
- befolkningsgrunnlaget i de samarbeidende kommunene utgjør ca.32.600 innbyggere, dvs ca.25% av Nord-Trøndelags befolkning

Vi ser utfordringen som ligger i den demografiske endringen; stadig flere eldre vil trenge helse- og omsorgstjenester. Samtidig som det blir flere å forsørge, blir det færre som jobber, og med den utviklingen foran oss ser vi at vi ikke kan fortsette med å betjene helse- og omsorgssektoren på samme måte som i dag. Derfor er det viktig at kommunene tar strategiske grep i dag for å møte disse utfordringene, noe som også er bakgrunnen for samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen av juni 2009 har hovedpunkter som:

- fokus på forebygging og tidlig intervensjon
- helhetlige pasientforløp
- en riktigere oppgavefordeling mellom kommunene.

Dette for å sikre gode tilbud til pasienten og en bærekraftig utvikling i det norske samfunnet. De konkrete virkemidlene og innretningene blir presentert ved framleggingen av samhandlingsreformen/meldingen 19. Juni 2009.

Virkingen av reformen vil komme først fra 2012. Utfordringen er hvordan overgangsperioden skal håndteres og finansieres.

Målsetting for DMS Inn-Trøndelag:

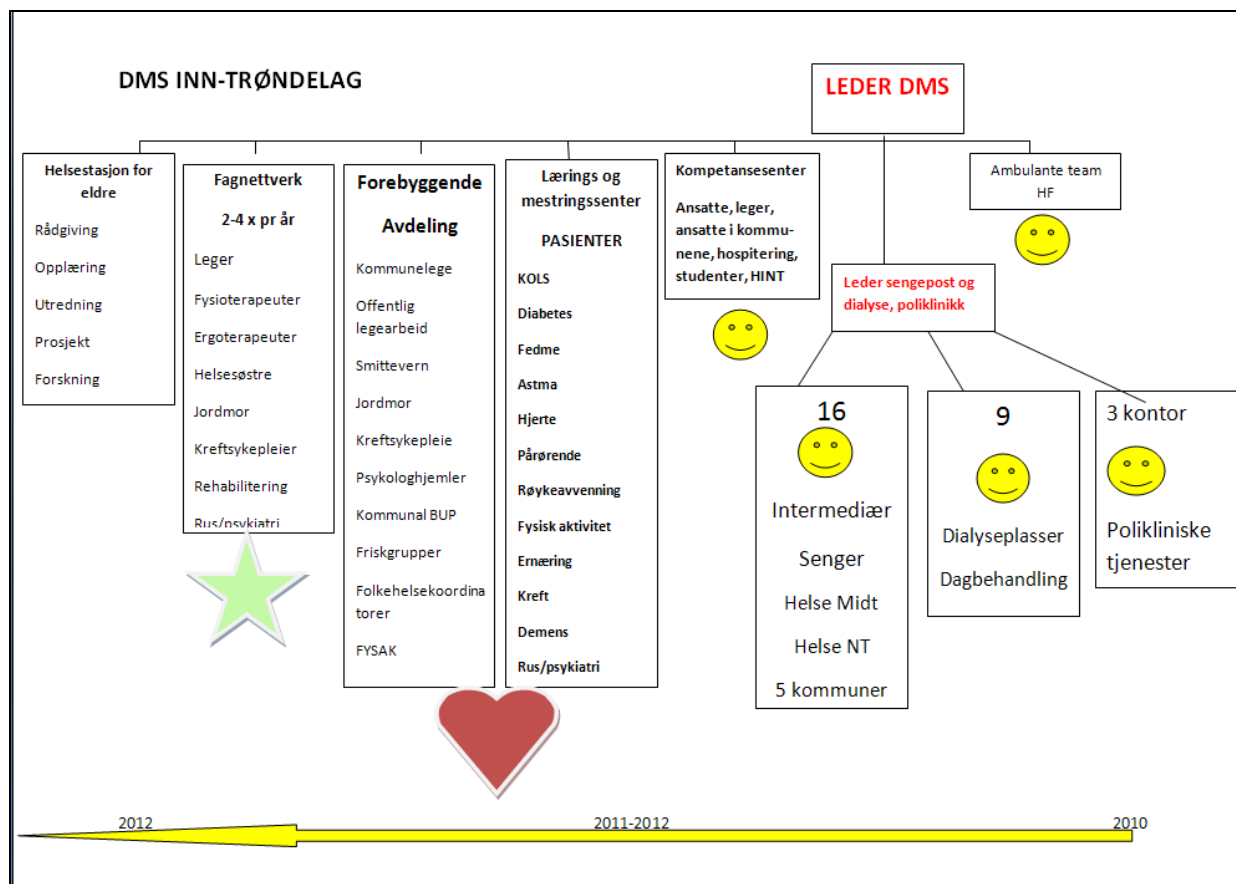
- å utforme en *helhetlig tiltakskjede* for mennesker med sammensatte og kroniske sykdommer og funksjonsreduksjon
- å skape en faglig god *samhandlingsarena* med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- å oppnå en *bedre kostnadseffektivitet* for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig.
- å gjennomføre et *modellforsøk* med et distriktsmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket

Dette skal bidra til å gjøre oss bedre i helse- og omsorgssektoren i **hele** kommunen, for alle ansatte og pasienter/pårørende. Dette gjelder for alle kommunene som deltar. *Samhandlingen skal bli et gode for pasienter, pårørende og ansatte i kommunene.*

Tilbudet i DMS'et skal gis til alle aldersgrupper; barn, ungdom, eldre. Pasienter med kronisk sykdom og pasienter med sammensatte lidelser vil få spesiell fokus.

Planlagte funksjoner/tjenester:

Det anbefales å legge opp til en faseinnføring av helsetjenester over tid (2010-2015). Dette både for å forberede tilbudene, kompetanseoppbygging og for å høste erfaringer. Det er viktig å understreke at tjenestene samorganiseres, men ikke nødvendigvis samlokaliseres. Tjenestene skal utføres så langt som mulig i nærhet til der hvor pasienten er, og fagteam vil også være aktuelle. Så langt har prosjektet anbefalt følgende tjenester som fase 1:



Her gjøres oppmerksom på retning tidsakse, samt at symbolbruken viser at ☺ er tjenester som man vil komme i gang med fra starten, ♥ er hjertesaker som går på forebygging og læring/mestring.

Helse Nord-Trøndelag har ønske om å komme raskt i gang med dialyseplasser og polikliniske tjenester i løpet av våren 2010. Videre vil det være sengeavdelingen/intermediærsenger som startes opp så snart lokalene er klare.

Organisering

En av de store utfordringene i prosjektet så langt har vært vurdering av organisasjonsmodell. Kommunene skal ha en felles juridisk enhet som skal inngå avtaler med Helseforetaket. Det er ønsket en organisasjonsmodell som sikrer likeverd mellom deltakerkommunene, skal ha politisk styring, ivareta faglighet, gi god styring av drift og utviklingsarbeid, ivareta økonomisk kontroll og effektiv ressursutnyttelse, og være en handlekraftig organisasjon. Helsesektoren omfattes av mange særlover, og det er nesten ikke erfaringer på

interkommunalt samarbeid hvor myndighet er delegert på området, samtidig som det skal være interkommunal politisk styring. Utfra vurderingene som er gjort, også med bruk av juridisk kompetanse fra bl.a. KS og Fylkesmannen i NT, er det pr. i dag bare en lovlig organisasjonsmodell; Kommunelovens §28c Vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd.

Vertskommunesamarbeid med nemnd blir anbefalt som DMS Inn-Trøndelags organisasjonsmodell i oppstartfasen, er midlertidig, og skal vurderes underveis. Det skal arbeides videre med å foreslå en mer hensiktsmessig organisasjonsmodell som hensyntar de utfordringene man har i forbindelse med interkommunalt samarbeid om helsetjenester. Det anbefales videre at Steinkjer kommune velges som vertskommune.

Lokalisering

Flere alternativ er vurdert, og det er funnet naturlig og funksjonelt riktig at lokalisering for et DMS Inn-Trøndelag knyttes til en kommunal helseinstitusjon. Utfra kostnader og tid for når klargjøring kan ferdigstilles anbefales Egge helsetun.

Økonomi

På bakgrunn av de tjenester som er anbefalt lagt inn er det utarbeidet en foreløpig kostnadskalkyle. Denne er fortsatt under vurdering. Helse Nord-Trøndelag har en vurdering av de spesialisthelsetjenestene som de ønsker lagt til DMS'et, og som i sin helhet dekkes av helseforetaket. Når det gjelder de kommunale tjenestene avhenger de av hvilke tjenester politikerne vil prioritere, og kostnadskalkylen viser et oppsett som tar med alle de foreslåtte, og kan dermed reduseres. Det samme gjelder kostnadene knyttet til administrasjon og ledelse, hvor både leder av DMS Inn-Trøndelag og en koordinator-stilling inngår, samt en del kjøp av tjenester.

Når det gjelder prosjektøkonomien har prosjektet fått støtte fra Kommunaldepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet, og skjønnsmidler fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag.

Videre prosess.

Det er utarbeidet forslag til intensjonsavtaler som skal gjelde fram til endelig avtale kan inngås på bakgrunn av kommunestyrevedtak i de enkelte kommuner, og vedtak i helseforetakenes styrer, alternativt at de opphører etter 4 måneder. Det lages et felles saksframlegg og utkast til samarbeidsavtale som fremmes for behandling etter sommerferien.

Viktig arbeid videre er **finansieringen og organiseringen** av DMS'en.

Finansieringen fordi det her er tjenester som i utgangspunktet er en "ny" kostnad for kommunene. Selv om disse tjenestene forventes å få en fremtidig positiv side for kommuneøkonomien, er det en utfordring i dagens kommunale rammer. Det må derfor søkes overgangsordninger ("brofinansiering") mellom oppstartstidspunkt og fram til reformen har økonomiske virkemidler (i 2012).

Organiseringen fordi vi i arbeidet så langt ikke finner en mulig organisasjonsmodell som godt nok ivaretar utfordringene med interkommunalt samarbeid på helsesektoren, og de ambisjoner som er for helsesamarbeidet. Det er behov for økonomisk og juridisk bistand til å utvikle en egnet organisasjonsmodell for "Helsekommunen". Samhandlingsreformen har ikke gått langt nok på dette området.