

6/2012

Evaluering av Samhandlingsprosjektet Sunnhet i Salten og RESO Salten



Av: Lindis Sloan, KUN Senter for kunnskap og likestilling



Senter for kunnskap
og likestilling

www.kun.nl.no

Evaluering Sunnhet i Salten/RESO Salten

Lindis Sloan

KUN senter for kunnskap og likestilling

REVIDERT MANDAT FOR SUNNHET I SALTEN, november 2011¹:

1. Salten Regionråd viderefører helseprosjektet Sunnhet i Salten som skal:

- **Sørge for at Salten får en felles stemme i den videre utforming av innholdet i samhandlingsreformen.**
- **Kartlegge ressurser, aktiviteter og utfordringer i den enkelte kommune, og Salten-kommunene i mellom.**
- **Etablere samarbeidsarenaer med Nordlandssykehuset som legger til rette for likeverdighet i gjennomføringen av samhandlingsreformen og i fellesskap forhandle om de avtalene som ligger til grunn for videre samarbeid.**
- **Informere og kvalifisere politikere, administrasjon og helsepersonell om reformen og initiere kompetanseutviklingstiltak.**

2. Prosjektet går over to år, fram til 1. juli 2012. Prosjektet evalueres ved avslutningen, og videreføring av arbeidet drøftes.

3. Styringsgruppen består av:

- 2 Politikere**
- 1 rådmann**
- 1 helse og sosialsjef**
- 1 kommunelege**
- 1 med kompetanse fra psykiatri eller rehabiliteringsfeltet**

Styringsgruppen utpekes av AU. Styringsgruppen utarbeider forslag til prosjektplan som godkjennes av AU.

4. Det er opprettet en prosjektlederstilling i Salten regionråd. Det søkes ekstern finansiering til stillingen, evt. kombinert med felles finansiering fra kommunene i Salten.

5. Røst og Værøy deltar i prosjektet.

6. Iverksetting av tiltak i den enkelte kommune og mulig organisering av dette inngår i denne omgang ikke i prosjektet, men prosjektet bør fremme forslag til hvordan en skal jobbe videre med denne saken.

¹ Opprinnelig mandat vedtatt november 2009.

Om evalueringen

Denne evalueringen er utført av KUN senter for kunnskap og likestilling på oppdrag fra Salten Regionråd (SR). Det ble sendt ut anbudsforespørsel i juni 2012, KUN leverte tilbud og fikk oppdraget i konkurranse med andre.

Første møte med oppdragsgiver (representert ved Heidi Robertsen, Kjersti Bye Pedersen og Kai Brynjar Hagen) var 15. august 2012, man ble enige om framdriftsplan i henhold til tilbudet og avklarte hvordan oppdragsgiver ønsket at prosessen skulle gjennomføres.

Det ble sendt ut spørreskjema (se vedlegg) via Questback, administrert av SR. Skjema ble sendt ut til ca 70 e-post-adresser, til bl.a. helseforetaket, regionrådsmedlemmer, medlemmene i styringsgruppen, kommuneoverleger, helsesjef og andre i Saltenkommunene som har vært involvert i arbeidet med Samhandlingsreformen. Da rapporten ble skrevet var det kommet inn 40 svar, en svarprosent på 56,3. De som har svart er imidlertid godt kjent med prosjektet og har gitt engasjerte og grundige svar, så tross forholdsvis lav svarprosent anser vi å ha fått god tilbakemelding.

I tillegg har det vært gjennomført personlige intervju (på telefon eller ansikt til ansikt) med et utvalg på 8 aktører fra prosessen. Disse ble valgt ut av oppdragsgiver, som spesifisert i anbudet. Disse er til dels sitert anonymt i rapporten, dels med navn. Alle sitater er sjekket med sitert person.

Rapporten overleveres Salten Regionråd med ønske om lykke til i det viktige arbeidet med å sikre innbyggerne i Saltenkommunene de best mulige helsetjenestene, på alle nivåer fra folkehelse til kommunehelsetjeneste til spesialisttjenester.

Steigen, oktober 2012

Lindis Sloan

Historikk

Samhandlingsprosjektet Sunnhet i Salten (SSS) ble vedtatt som et to-årig prosjekt med opprinnelig sluttdato 30.6.12, senere utvidet. Saksframlegg, møtereferat, innlegg på konferanser og annen info finnes på regionrådets hjemmeside www.salten.no

Styret for SiS har tatt opp saker av felles interesse for de 12 samarbeidende kommunene. Samhandlingsreformen har vært tema på møter i regionrådet og på Saltentinget. Arbeidsutvalget har avgjort hvor mye tid som avsettes til dette hver gang.

Styringsgruppen har vært sammensatt av representantene for kommunene, og variert noe i løpet av de to årene prosjektet har pågått. Rolf Steffensen var styreleder for SSS inntil 31.12.2011 og var da samtidig leder for RESO Salten. Han ble erstattet av Hild-Marit Olsen, som igjen ble erstattet av Finn Obert Bentsen.

Kai Brynjar Hagen har vært ansatt i 60% stilling fram til oktober 2012. Han har hatt tittel sunnhetsoverlege, og har vært invitert til ulike møtefora i de fleste kommunene, vanligvis kommunestyret eller administrativ prosjektgruppe, og har hatt kontakt med politikere, administratorer og helsepersonell. Det er tatt initiativ til gjennomføring av konferanse om samhandlingsreformen og konferanse om rehabilitering. Han har deltatt og hatt innlegg på flere nasjonale konferanser og følger PreOB-prosjektet videre.

Lindis Sloan v/KUN gjorde i 2010 en kartlegging av ressurser i den enkelte kommune som forberedelse til innføringen av samhandlingsreformen. Denne finnes også tilgjengelig gjennom SRs hjemmeside.

RESO Salten og Samhandlingsprosjektet Sunnhet i Salten har vært svært tett sammenknyttet.

RESO Salten ble etablert i februar 2010 som et samarbeidsorgan. Deltakerne var Nordlandssykehuset (NLSH) HF og Saltenkommunene Beiarn, Bodø, Fauske, Gildeskål, Hamarøy, Meløy, Saltdal, Steigen og Sørfold. I tillegg deltok Tysfjord, Værøy og Røst siden disse også sogner til Nordlandssykehuset.

Det ble utarbeidet vedtekter for RESO Salten som ble anbefalt av Salten Regionråd og vedtatt i kommunene.

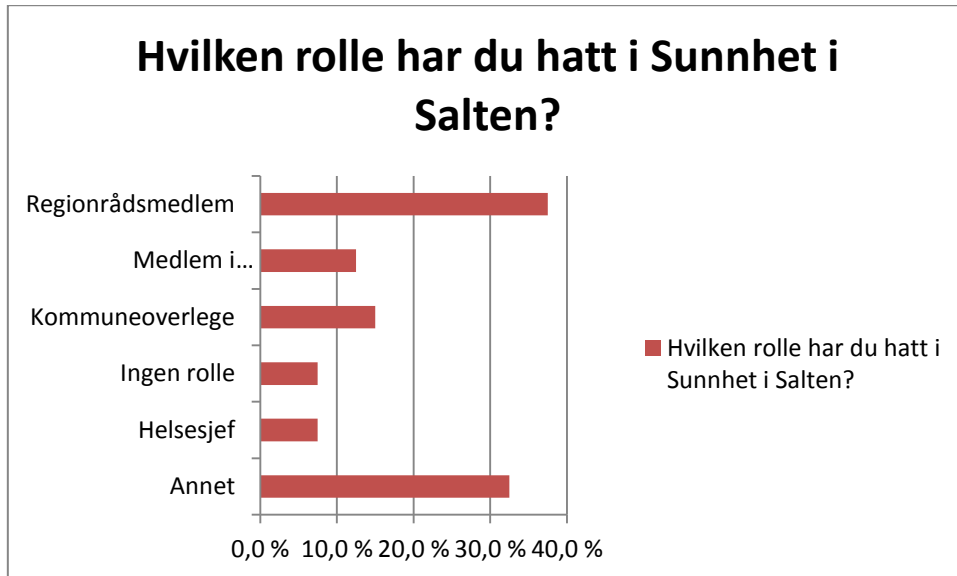
Salten Regionråd oppnevnte kommunenes representanter i organet med vara. Prosjektleder i SiS samt Helse- og Miljøtilsyn Salten IKS (HMTS) fungerte som sekretariat på vegne av SR. Katalin Nagy fra HMTS anslår at det har vært brukt 15-20% stilling på dette arbeidet i tillegg til prosjektleders 60% stilling i SiS.

Arbeidsutvalget for RESO Salten, supplert med noen flere medarbeidere fra begge sider, har forhandlet om et forslag til de fire avtalene som var krevd inngått mellom kommunen og helseforetaket innen 31.1.2012. RESO Salten gjorde vedtak om anbefalte avtaletekster og formidlet disse til kommunene.

RESO Salten ble etablert for to år, med mulighet for forlengelse. NLSH sa opp avtalen i februar 2012, med seks måneders oppsigelsestid.

Om spørreundersøkelsen og intervjuene

Det ble sendt ut en forespørsel om å delta i undersøkelsen ved å svare på et webbasert spørreskjema i Questback. 71 invitasjoner gikk ut og 40 svar kom inn, noe som gir en svarprosent på 56,3.



Blant de 33% som har svart "annet" i grafen over er det bl.a. medlemmer av lokale prosjektgrupper, arbeidsgruppe, RESO, sekretariat og en som oppgir å arbeide i Nordlandssykehuset. 79,5% av de som svarte har også svart at de i en eller annen form vært involvert i avtaleprosessen mellom helseforetak og kommuner i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen.

Av de som svarte på spørreskjemaet svarte 29 svarere, 72,5%, at de kjente innholdet i mandatet for Sunnhet i Salten. Ni stykker, eller 22,5%, kjente ikke innholdet. 82% av de som svarer på spørreskjemaet oppgir at de kjenner innholdet i samarbeidsavtalen til RESO Salten.

I tillegg er det utført åtte intervjuer med deltakere i prosessen, utpekt av oppdragsgiver. De ble valgt ut fra et ønske om en jevn fordeling på fagområde (medisin/politikk/administrasjon) og geografi samt rolle i prosjektarbeidet. Disse er i liten grad direkte sitert i rapporten, men er behandlet som anonyme informanter. Der noen er sitert direkte har de fått lese og godkjenne utsagnet.

Sunnhet i Salten

Bakgrunnen for oppstarten av samhandlingsprosjektet Sunnhet i Salten var innføringen av "Samhandlingsformen". Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) la linjene med store visjoner om en helhetlig reform som skulle ta inn over seg de store demografiske utfordringene man står foran, særlig i kommunehelsetjenesten. Disse tilsier et økende behov for mer differensierte helse- og omsorgstjenester, framfor alt i samspeilet med spesialisthelsetjenestene. Reformen skulle svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester, og på store samfunnsøkonomiske utfordringer.

Det opprinnelige fokuset i samhandlingsprosjektet er også i tråd med dette – det ble utført en ressurskartlegging med vekt på nåtidsbilde (finnes på Salten Regionråds hjemmeside) og man så også på muligheten for større samarbeidsprosjekter i regionen (f.eks. et koordinert legevaktsamarbeid i regionen). Det største fokuset ble etter hvert på de avtalene som skulle inngås mellom kommunene og helseforetaket innen januar og juni 2012.

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om må svare på hva de så som bakgrunnen for samhandlingsprosjektet: 66,7% sa seg enig i "Bekymring for at samhandlingsreformen ville legge mange nye oppgaver til kommunen, derfor viktig for kommunene å stå sammen." "Bekymring for at sykehuset/helseforetaket har en sterkere maktstilling enn kommunene, derfor viktig for kommunene å stå sammen." Var det 73,9% som sa seg enig i. Også andre hensyn ble vektlagt: "Sette fokus på, og jobbe med felles faglige utfordringer i kommunene knyttet til reformen." "Stå samlet rundt økonomiske konsekvenser av reformen." "Ønske om å dra nytte av hverandres ulike kompetanse og erfaringer." "Kommunene hadde også behov for å bli kjent med hverandres helse - og omsorgstilbud for å kunne legge grunnlag for et sterkere interkommunalt samarbeid."

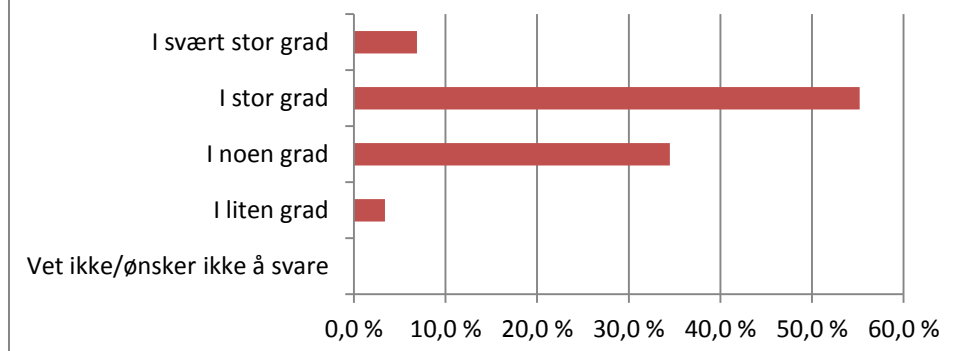
De to årene samarbeidsprosjektet har pågått har vært turbulente år. Man har gått fra store visjoner om folkehelse på alle nivåer, med ideer for nye samarbeidsløsninger i regionen, til å være mer eller mindre utelukkende fokusert på samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetaket.

Den gjennomgående meningen i intervjuene er at Sunnhet i Salten og RESO Salten har vært en tydelig og kompetent stemme, felles for kommunene i Salten, i møtet med Helseforetaket.

Lofoten og Vesterålen har hatt andre ståsteder og andre løsninger, og har ikke hatt "noen bedre prosess eller bedre utfall enn det man kan vise til i Salten", for å sitere en av de intervjuede.

Av de som svarte på spørreskjemaet, svarte 72,5%, at de kjente innholdet i mandatet for Sunnhet i Salten. Ni stykker, eller 22,5%, kjente ikke innholdet. På spørsmål om i hvilken grad de synes mandatet er oppfylt, svarte 6,9% "i svært stor grad", 55% (16 stykker) "i stor grad", og ytterligere 35% "i noen grad". Kun én svarer mente at mandatet "i liten grad" var oppfylt.

I hvilken grad syns du Sunnhet i Salten-prosjektets mandat er oppfylt? %



I kommentarene ligger det meldinger om at **intensjonene har vært bra, visjonen og mulighetsrommet var til stede, men det ble "for stort fokus på avtaler" og "mandatet ble for krevende i forhold til avsatte ressurser"**. Det er tydelig at SiS sees som aktiv og deltakende i prosessen rundt avtaleutarbeidelse, og har fungert etter hensikten i den sammenheng, selv om grenselinjene mot RESO Salten med dette ble noe uklare (se under).

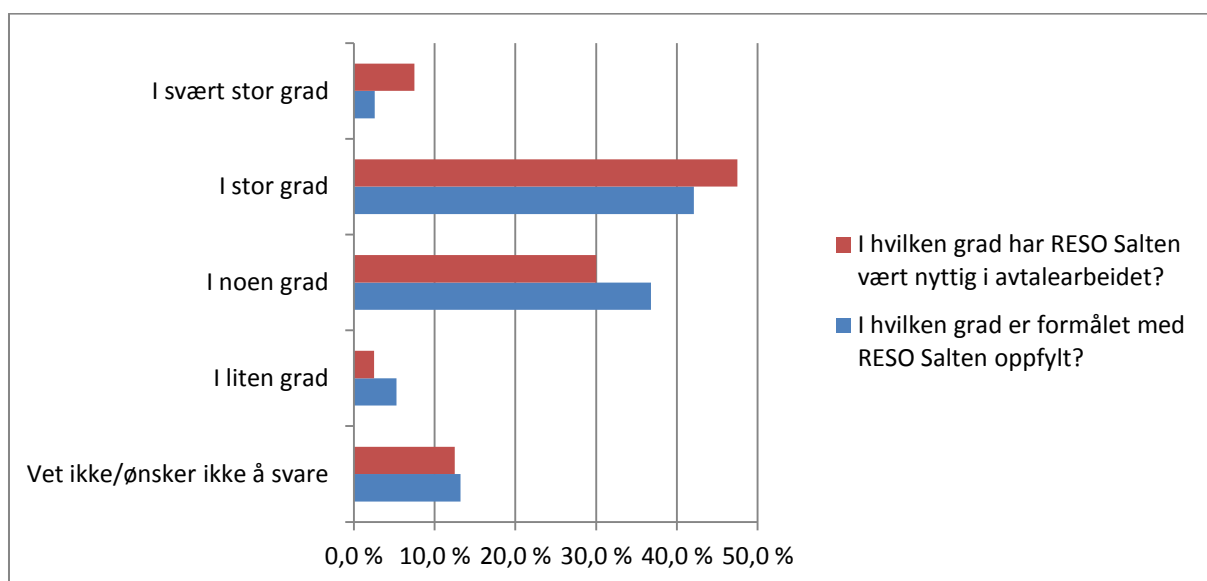
Prosjektleder, Sunnhetsoverlege Kai Brynjar Hagen, får gjennomgående svært gode skussmål i intervjuene. Hans rolle ble ikke berørt i spørreskjema, så all informasjon kommer her fra de utpekte intervjuobjektene. Hans vanskelige rolle som ansatt i Helseforetaket (i permisjon) er nevnt av flere, men det understrekes samtidig at "hans lojalitet har vært helt og fullt til kommunene og til prosjektarbeidet". Han berømmes også for faglig dyktighet og visjon og idealisme, men det nevnes av noen at han "kanskje har hatt litt for mange hatter i dette". Også de som sier dette understreker imidlertid at han har vært "ryddig på det også", men at et større mangfold av innfallsvinkler muligens kunne ha vært enn styrke.

Katalin Nagy fra HMTS får også gjennomgående ros for ryddig og god styring i prosjektarbeidet, men som hun selv påpeker har det ikke vært satt av nok ressurser til arbeidet i forhold til det som ble faktisk oppdragsmengde.

RESO

82% av de som svarer på spørreskjemaet oppgir at de kjenner innholdet i samarbeidsavtalen til RESO Salten. 79,5% av de som svarte har også i en eller annen form vært involvert i avtaleprosessen mellom helseforetak og kommuner i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen.

Kun én av svarerne synes at RESO Salten har oppfylt sitt mandat "i svært stor grad", men 42% "i stor grad" og 37% "i noen grad". Kun to svarere, 5%, anser at mandatet "i liten grad" har blitt oppfylt. På det direkte spørsmålet om RESO Salten har vært "nyttig" i prosessen med avtaleinngåelsen, svarer 7,5% "i svært stor grad", 47,5% "i stor grad" og 30% "i noen grad".



Kommentarene i spørreskjemaene viser at mange har hatt et inntrykk av usikker rollefordeling mellom Sunnhet i Salten og RESO Salten. En del påpeker at det er "overlappende mandat", og at det har vært for lite informasjon tilbake til kommunene.

Dette korrigeres imidlertid i intervju, hvor flere av svarerne påpeker at denne informasjonen har gått ut, men at det er "tung materie" som man må arbeide for å tilegne seg. I spørreskjemaet svarer 57,5% ja på at de har mottatt informasjon fra prosjektgruppen som har vært til nytte i det daglige arbeid, 35% nei. Det er ikke gjort noen analyse av hvilken gruppe svarere som har mottatt relevant informasjon og ikke, til det er datamaterialet for lite.

Noe av problematikken rundt manglende forskjell utad på SiS og RESO skyldes kanskje at det i stor grad var de to samme personene – Katalin Nagy fra HMTS og Sunnhetsoverlege Kai Brynjar Hagen – som har opptrådt i omtrent samme roller i begge fora.

Inntrykket man sitter igjen med etter intervjuene, er at de som har vært aktive deltakere i selve prosessen har et mye klarer bilde av rollefordeling og ansvar, og også av hvordan prosessen har vært gjennomført.

Eierskapet til RESO i kommunene later noe tilbake å ønske, og i planlegging av veien videre er nok økt forankring det viktigste punktet slik intervjuobjektene ser det.

Forhandlinger og forholdet til helseforetaket:

I forhandlingene som ble gjennomført mellom kommunene og helseforetaket skulle man innen 31. januar ha ferdig samarbeidsavtaler som blant annet skulle omfatte enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgave hvert av behandlingsnivåene er pålagt ansvaret for. Videre retningslinjer for innleggelse på sykehus og for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.

Innen 1. juli skulle man ha inngått samarbeidsavtalene som helhet, og man skulle da bl.a. ha avtaler som inneholder retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering osv, beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, samt avtaler om forskning, utdanning, praksis, læretid, IKT-løsninger og forebygging.

Et gjennomgående poeng både i spørreskjemasvar og i intervjuene er at prosessen i RESO var svært krevende. Man har tydelig hatt ulike forventninger fra helseforetakets og kommunenes sider.

Der man fra kommunesiden så dette som reelle forhandlinger hvor man skulle legge premissene for en ny fordeling av ansvar og oppfølging og planlegge folkehelse fra bunnen opp, har det vært NLSH HF sin oppfatning at man "ikke lokalt skulle legge premisser for en ny og lokal fordeling av ansvar og oppfølging mellom sektorene. Derimot skulle man benytte avtalene til å tydeliggjøre det delvis videreførte og delvis nye, lov og forskriftsmessige grunnlag for oppgavefordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Og man skulle gjennom de konkrete avtaler for de ulike områdene avtale mer detaljert den praktiske ivaretagelsen av de oppgavene som omfatter begge parter. Dette med et særlig fokus på at pasienters behov for sammenhengende tjenester skulle bli godt ivaretatt."

Denne ulikheten i innstilling i utgangspunktet ligger nok også under når Paul Martin Strand, Adm. Dir. NLSH HF (Bodø, Lofoten og Vesterålen) mener at RESO har fungert "rimelig greit på sine premisser", men likevel ikke hensiktsmessig ut fra hvordan prosessen burde vært.

Strand viser til at det var inngått en "Avtale om samarbeid og etablering av et overordnet samarbeidsorgan mellom kommunene Beiarn, Bodø, Fauske, Gildeskål, Hamarøy, Meløy, Røst, Saltdal, Steigen, Sørfold, Tysfjord, Værøy og Nordlandssykehuset HF av februar 2011" (RESO-avtalen.), han siterer direkte:

"I formål for avtalen pkt 3 heter blant annet 'Avklare saker av prinsipiell, administrativ, faglig og økonomisk karakter, samt gjensidig informasjonsutveksling', og 'godkjenne retningslinjer for samarbeid der det er nødvendig og formålstjenlig', og 'avgjøre uenighetssaker'. Og i pkt 5 'Avtaleområder og samarbeidsfora', heter det at partene gjennom RESO skal 'utarbeides egne samarbeidsavtaler/retningslinjer for samarbeid mellom kommunene og NLSH på de områder der lov/forskrift krever dette'.

Etter NLSH HF's oppfatning medførte innføringen av Samarbeidsavtalen at lov/forskrift ble endret slik at det ble krav om avtaler på 10 nye avtaleområder. I henhold til RESO avtalen pkt 5 skulle slikt arbeide da foretas mellom partene og i RESO. NLSH HF ble imidlertid tidlig orientert om at kommunene likevel ikke ville ivareta sin partsrolle gjennom representasjon i RESO men ved organet 'Sunnhet i Salten' som NLSH HF ikke har noen avtalemessige forhold til. NLSH HF oppfattet dette da slik at kommunene ikke ville etterleve ansvarsområder og organisering av partsforhold slik disse er gitt i RESO avtalen, og at denne avtalen da i realitet var oppsagt " (mail av 22. oktober 2012).

Strand understreker i intervjuet at dette på ingen måte handler om personer eller profesjonalitet, men at det var "meget skuffende å registrere at når partene for første gang virkelig ble 'syretestet' på å bruke organet RESO i utviklingen av samarbeidsforhold, og i tråd med avtalen bak opprettelsen av organet, så velger kommunene likevel bort å la seg partsrepresentere i RESO slik RESO-avtalen hadde som forutsetning. Dette medførte betydelig usikkerhet gjennom hele avtaleprosessen og det reiser alvorlige betenkeligheter rundt bruk av RESO som organ."

Disse betenkelighetene deles av flere i intervjuene og i spørreskjemaet. Prosessene har vært "for raske, og for mye styrt av Helse Nords behov" og "Samarbeidsklimaet ikke alltid godt".

Det nevnes gjentatte ganger at man har sett forhandlingene som styrt av ulike maktforhold, og ulikeverd mellom forhandlingspartene er gjennomgående det som trekkes fram som negativt i prosessen.

Dette må sees i sammenheng med at man var i en presset situasjon tidsmessig, med den grunnleggende bekymringen fra kommunesiden som later til å være kommunenes manglende følelse av eierskap i RESO. De som var i gruppen og de nærmeste rundt, som har kunnet følge prosessen, rapporterer mye bedre på dette enn de mer perifere. Dette ligger vel i samarbeidsavtalens og forhandlingenes form, men bør kunne legge føringer for videre samarbeid i tettere demokratisk styrt form.

Veien videre:

Den følelsen av avmakt og ulikeverd som er gjennomgående i diskusjonen om hvorfor samarbeidsprosjektet Sunnhet i Salten kom i gang, og i prosessen med forhandlinger med helseforetaket, videreføres når man skal se for seg veien videre. Det grunnleggende spørsmålet blir hvordan man kan sikre at arbeidet gir en best mulig hverdag, pasienthverdag og brukeropplevelse for innbyggerne i Saltenkommunene.

Avtaleverket som ligger til grunn for samarbeid mellom kommuner og helseforetak skal vedtas i kommunestyret, og det å sikre tilstrekkelig informasjon og medvirkning på det demokratiske nivå blir en hovedutfordring. Kommunene har i dag mange oppgaver og de folkevalgte har mye å sette seg inn i, det er allerede stort press på deres tid. Hvordan kan man sikre at dette gjennomføres i en prosess som på den ene siden er arbeidseffektiv og rasjonell, samtidig som man sikrer at kommunene faktisk har den innsikt og det utbyttet de trenger?

Det kommer kommentarer i spørreskjemaundersøkelsen om at kommunene mottar regninger fra helseforetaket som ikke er spesifisert, at de helt mister oversikten over egne utgifter og hvorvidt eventuelle forebyggende tiltak faktisk har effekt. For små kommuner i områder med store geografiske avstander, som Salten definitivt har, kan samarbeid over kommunegrensene resultere i at pasienter blir fraktet over store avstander mellom ulike tjenestetilbud. Er dette i strid med intensjonen om at pasienten skal behandles på laveste effektive nivå, eller er det en nødvendig konsekvens av reformen?

Finansieringen av det pålagte øyeblikkelig hjelp-døgntilbudet nevnes av flere som et område hvor det er særlig stor usikkerhet og motstridende informasjon i omløp – er dette iverksatt av noen som mangler praktisk kunnskap om forholdene i distrikts-Norge?

En side er utfordringene, men det understrekes også at endringer i tjenestetilbudet kan være en mulighet til å jobbe kreativt og systematisk med ansvarsforhold og kvalitetssikring. Om det opprettes flere kommunale foretak, interkommunale foretak og aksjeselskap for å kunne møte utfordringene vil man måtte sikre systemer for styring og innrapportering i eierkommunene. Hva blir for eksempel kommunerevisjonens oppgaver i forhold til private leverandører av tjenester, til helseforetaket og til egne helseleverandører?

Det foreslås i både spørreundersøkelse og intervju at man kan vurdere å opprette en kontrollenhet som reviderer pasientforløp, felles revisjonsordning for medfinansiering, kvalitetssikring av tjenester mm.

Ulike tema eller problemstillinger for revisjon bør kunne drøftes og danne grunnlag for et kommuneinitiert samarbeid som kan gi "stordriftsfordeler" uansett hvilken form et slikt samarbeid får. Arbeidsoppgavene kan inkludere forhandlinger, kvalitetssikring og oppfølging av eksisterende avtaler, informasjonsarbeid til kommunene og andre parter. Det som virker som det grunnleggende er at dette

- Ikke bør være et prosjekt, men en fast og varig etablering
- Bør legges under et eksisterende organ, her er Helse- og miljøtilsyn Salten IKS og Salten Regionråd nevnt som mulige plasseringer.
- Inkluderer en vurdering av hvilken fagkompetanse som er den nødvendige, om det er medisinsk faglig kompetanse eller jus/økonomi som blir sentralt.
- Inneholder en klar økonomisk avtale, at det er avklart forutsigbare og tilstrekkelige rammer for finansiering av arbeidstid og aktiviteter.

Samarbeid mellom to eller flere kommuner

En klar melding er at kommunene "må stå sammen", at man gjennom samarbeid kan trekke på felles ressurser og også sammen være en sterkere forhandlingspartner.

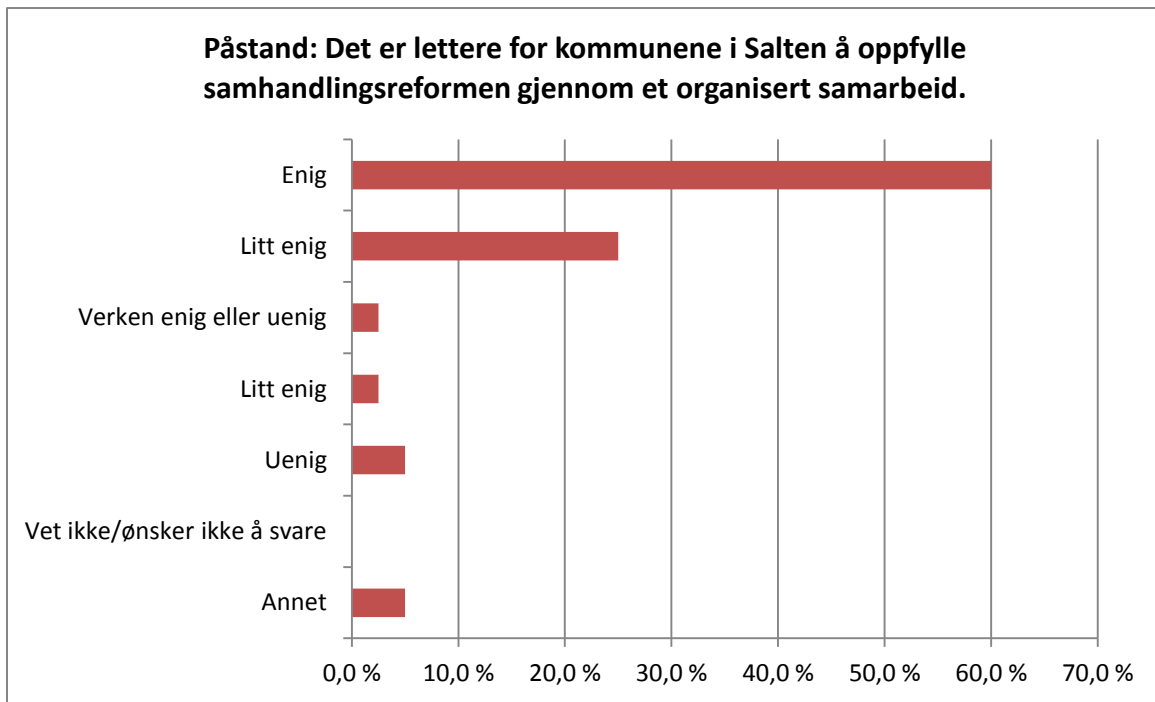
Nærmere 70% av svarerne på spørreskjemaet mener at samhandlingsprosjektet Sunnhet i Salten i stor eller i noen grad har ført til en styrking av Saltenkommunenes evne til samarbeid.

Men særlig én kommentar fra spørreskjemaet gir gjenlyd i det andre har sagt i skjema og intervju:

Kommunene er gjennom [samhandlingsprosjektet Sunnhet i Salten] på vei til å samarbeide i større grad rundt avtaler med sykehuset. Men fokus har vært for mye på faglig innhold og for lite på oppbygging av nye fora og linjer i kommuneorganisasjon. Hva må til av prosesser, fora, nye linjer for at samarbeidet skal bli en kraft opp mot sykehusorganisasjonen [?]

Dette understreker den usikkerhet og til dels uklarhet innføringen av samhandlingsreformen har medført. Man har lagt pasientforløp og pasienthverdag i samme skuff som kommuneøkonomi, og det har vært sammenblanding på politisk, medisinskfaglig, økonomisk/juridisk og administrasjonsfaglig nivå. De ulike ansvars- og fagområdene har ikke vært skilt på et forståelig sett, og man har dermed skapt frustrasjon og til dels uheldige føringer for videre samarbeid.

Men viljen til og ønske om samarbeid er stort. I spørreskjemaet sa 85% seg enig eller litt enig i påstanden om at det vil være lettere for Saltenkommunene å oppfylle samhandlingsreformen dersom kommunene har et organisert samarbeid med hverandre.



Det later imidlertid til at man er usikre på hvordan man ønsker at dette samarbeidet skal foregå, og hvem som skal ha hvilket ansvar. At man lar hver enkelt kommune forhandle på egen hånd, uten noen form for koordinering, er ikke foreslått av noen. Det er imidlertid en kommentar i spørreskjemabesvarelse om at "Bodø kommune forbeholder seg retten til å ha et direkte samarbeid med Nordlandssykehuset på alle områder. Dette fordi vi har mange pasienter, vi er vertskommune mv." Dette er sammenfallende med måten Helseforetaket i dag arbeider spesielt mot sine 3 vertskommuner, men bør heller ikke utelukke Bodø kommunes deltakelse i et eventuelt samarbeid.

At det etableres et samarbeid med Kommunesektorens Organisasjon (KS) som en sentral aktør, hvor kommunene deltar ved administrasjon/politisk nivå. Dette kan understøtte at hver enkelt kommune forholder seg til sykehuset som avtalepartner, men at man trenger en faglig rådgivning/samarbeidsløsning av en eller annen sort. Dette kan sees i sammenheng med forslaget om at det opprettes et kontrollorgan eller revisjonssamarbeid, muligens etter inspirasjon fra løsningene man har kommet fram til på Helgeland, se under.

Det nevnes også i en kommentar at man er blitt for fokusert på Helseforetak og kommuner, at man med dette overser alle de frivillige, ideelle, private og også statlige aktørene som bidrar i dag. Hvordan kan disse bringes inn i samarbeidet, om ønskelig?

RESO/OSO – Samarbeid kommunene-foretakssiden

Når det gjelder samarbeidet mellom kommunene og helseforetaket er det to forslag som later til å ha omtrent like stor oppslutning. Enten at man viderefører RESO ved nytt vedtak, og arbeider etter noenlunde samme rammer som i det RESO man har hatt, eller at det opprettes et overordnet samarbeidsorgan (OSO) for alle kommunene som sogner til Nordlandssykehuset. Dette er modellen som brukes i flere andre helseforetak, og vil

forenkle prosessen for sykehuset ved at de da kun må forholde seg til én forhandlingspartner i stedet for tre RESO som i dag. I tillegg nevnes det at man eventuelt i tillegg kan opprette flere arbeidsgrupper med representanter fra de ulike kommunene slik at involvering av fagmiljøene i kommunene blir sterkere.

Direktøren for Nordlandssykehuset, Paul Martin Strand, svarte i intervjuet at primært ønske fra helseforetakets side er å få ett organ å forholde seg til, et overordnet samarbeidsorgan (OSO) slik andre foretak i Helse Nord har som forhandlingspartner. Deres argument er at etableringen av tre lokale RESO'er for NLSH HF istedenfor ett OSO var en prøveordning innvilget for to år av HN RHF. Strand forteller i mail av 22. oktober at "Når man nå hos NLSH HF har begynt å egnevaluere, kommer det opp momenter mot videreføring som går på at

- Saltenkommunene ønsket ifb med Samarbeidsavtalene likevel ikke å benytte RESO som annet enn et praktisk tilretteleggende organ, dvs man lot ikke kommunenes representanter i RESO stå som representanter for kommunenes parts interesser,
- NLSH HF har ansvar for likebehandling av alle kommuner som sogner til NLSH HF å ha tre ulike RESO'er som primært er opptatt av å fremme hensyn for distriktsmessige lokale tilpasninger er en samarbeidsstruktur som bygger lite opp under dette,
- NLSH HF har ansvar for å ha en faglig, kvalitativt og kvantitativt best mulig organisering av spesialisthelsetjeneste tilbudet i helseforetaket uavhengig av andre distriktsmessige implikasjoner for vertskommunene. Vektingen av dette forhold blir for svak når de enkelte distrikters interesser ikke blir balansert ut av helhetshensyn fremmet av andre kommuner i andre distrikt,
- tre RESO'er , med ett for Salten og Verøy, ett for Lofoten og ett for Vesterålen, fremmer ikke det interkommunale samarbeidet om primærhelsetjenesten eller PLO sektoren mellom kommunene som sogner til NLSH HF."

Erfaringer fra andre regioner:

På Helgeland hadde man i utgangspunktet etablert et OSO, men fant at avstanden mellom kommunene og OSO og arbeidet som ble gjort der med helseforetaket ble for stort.

Man endret dermed prosessen, og nedsatte et forhandlingsutvalg på kommunenivå som utarbeidet avtaler, i nært samarbeid med fag- og administrasjonsnivå i de aktuelle kommunene.

Helseforetaket nedsatte et tilsvarende utvalg. Linda Løvaas, økonomisjef i Rana kommune, som ble intervjuet i forbindelse med evalueringen, sier at så lenge samhandlingsprosessene var i OSO ble avstanden mellom avtalearbeidet og pasientforløpene for stor, og dette gjorde at man endret prosessen underveis. Prosessen er nærmere beskrevet i rapport fra Løvaas av 31.1.12, som ligger som vedlegg 2. Som resultat av disse erfaringene er man på Helgeland nå i ferd med å endre vedtektene for OSOet her slik at OSO går tilbake til sin opprinnelige intensjon som et strategisk organ.

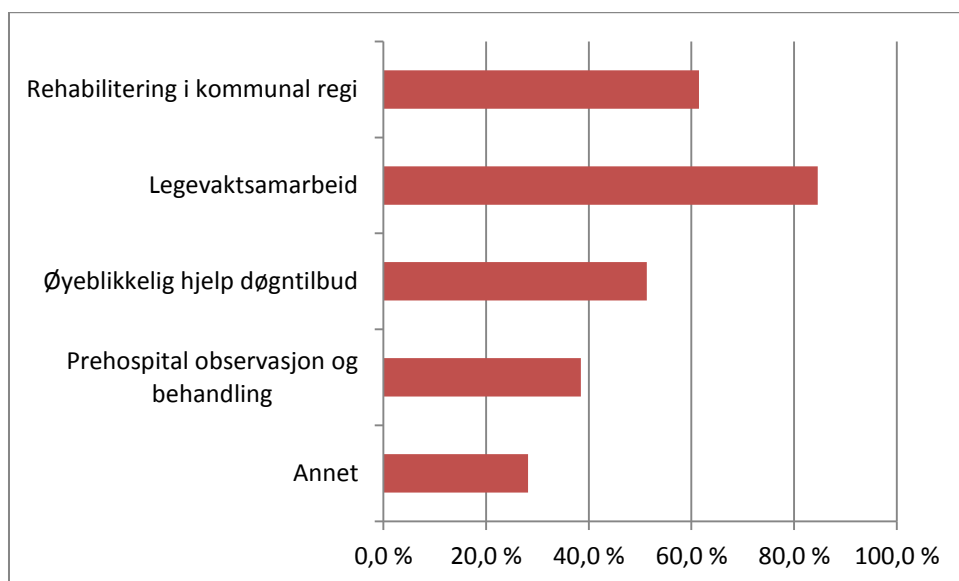
Fra saksframlegget om endring av OSO's vedtekter (Rana Kommune, arkivnr 10/420 – 10):

"Det har vist seg gjennom samhandlingsforhandlingene at Helgelandskommunene ved å stå sammen får god gjennomslagskraft. Evaluering i etterkant viser at store felles saker, som håndtering av samhandlingsreformen, er hensiktsmessig og verdifull for kommunal sektor å samle seg rundt. Hvordan Helgelandskommunene har håndtert samhandlingsreformen har blitt lagt merke til også nasjonalt. Så langt forhandlingsutvalget bekjent har ingen andre kommuner hatt så stor innflytelse på forhandlingsprosessen som kommunene på Helgeland. Det er også gjort politiske vedtak i de fleste kommunene på Helgeland som støtter videre arbeid gjennom et felles Forhandlingsutvalg der dette er nødvendig og hensiktsmessig også framover. Erfaringene fra samarbeidet sett fra kommunenes side er udelt positive, selv om arbeidet har vært, og kommer til å bli, arbeidskrevende. Det vurderes imidlertid at arbeidsbelastningen ligger i samhandlingsreformens natur, og ikke i samarbeidsformen som er valgt for å klare å imøtekomme reformen. "

Muligens bør man i det videre arbeidet med å finne samarbeidsform i Salten/Nordlandssykehusets nedslagsfelt se til Helgeland, og vurdere å bruke disse løsningene som eksempel til etterfølgelse.

Andre samarbeidsområder

I Questback-undersøkelsen ble det stilt spørsmål om det var andre helsefaglige områder man så det naturlig å samarbeide om i Salten, med en del foreslåtte områder.



Av "annet" ble det nevnt folkehelse, velferdsteknologi, analysearbeid, folkeopplysning, kompetanseheving, interkommunal jordmortjeneste (beredskap og følge). Psykisk helse, herunder sterkt skjermet enhet, ble også nevnt av flere. Dette kan og bør utredes nærmere i videre undersøkelser, med medisinsk og administrativt faglig ansvarlige fra kommunene som prosjektgruppe.

Vedlegg 1:

Fra prosjektleders notat av februar 2012:

PROSJEKTETS AVSLUTNINGSFASE

Samhandlingsprosjektet Sunnhet i Salten avsluttes 31.7.2012. Det må i god tid før dette tas stilling til eventuell videreføring av samarbeid mellom kommunene om helse- og omsorgstjenester. Dette forutsetter en strategisk analyse av nåværende situasjon og framtidig utvikling. Kommunene møter med det nye regelverket vesentlig økte krav til kvalitet, kompetanse og ressurser. Det må vurderes hvilke områder som kan gi god avkastning ved effektivt samarbeid mellom kommuner. Samarbeidsformer kan etableres over et spekter fra funksjonelle nettverk mellom selvstendige enheter til organiserte interkommunale selskap eller samkommune på bestemte områder. En "interkommunal opprydding" i regionen kan skape nye og spennende muligheter.

I Norge ytes 90 % av all helse- og omsorgstjeneste i kommunene, bare 10 % i sykehusene. Primærhelsetjenesten er det erklærte fundamentet i helsetjenesten. Men hvordan er maktstrukturene? Hvem er premissgiverne? De regionale helseforetakene preger utdanning, forskning, organisering og finansiering. De har sterk innflytelse på den sentrale helseforvaltningen i Helse- og omsorgsdepartementet. De er bedrifter/foretak som har store frihetsgrader og milliardbudsjetter.

Samhandlingsprosjektet Sunnhet i Salten ble opprettet av kommunene for å stå sterkere i forhold til samhandlingsreformen. Det er lagt et grunnlag for implementering av reformen, samarbeid innen kommunen, mellom kommuner og i forhold til spesialisthelsetjenesten. Målet må være å optimalisere ethvert pasientforløp. Det er en stor utfordring videre framover å sørge for at alle aktører i forløpet samhandler.

Stadig større deler av pasientforløpet foregår i kommunen. Kommunen og kommunens tjenesteutøvere trenger derfor rammebetingelser for utvikling av systemkvalitet og faglig kvalitet. Regelverk og økonomi er blant de viktigste rammebetingelsene.

Regelverk

Høringsutkastet til ny fastlegeforskrift har omfang som en reform, men uten at berørte fastleger og kommuner har fått delta i prosessen med utarbeidelsen. Det regionale helseforetaket har uttrykt ønske om å overta fastlegene.

Samarbeidet mellom foretakene og departementet er tett. Prosess og innhold i forskriftsutkastet framstår som et forsøk på statlig detaljert lovregulering av nøkkelfunksjoner i kommunen. Regelverk er en viktig rammebetingelse.

Kommunehelsetjenesten og allmenntilleggsmedisin må kreve mulighet for utvikling på egne premisser, slik det er på de aller fleste andre samfunnsområder. Dersom maktubalansen mellom stat og kommune ikke bedres på dette området kan det bety en undergraving av samhandlingsreformens mål.

Kommunene må stå vesentlig tettere sammen for å møte disse utfordringene.

Økonomi

Statlig finansiering av øyeblikkelig hjelp døgnplass i kommunen med knapt 1,5 mill kr årlig var beskrevet i samhandlingsreformen og ble bekreftet i mail fra HOD. Søknadsprosedyren er omstendelig: først til HF, så til Helsedirektoratet, disse bidrar med hver sin halvpart av beløpet. Optimismen var stor i Salten, tre kommuner var godt i gang med PreOB sykestuefunksjon som passer godt inn i definisjonen av slik døgnplass. Flere

andre kommuner hadde ønske om å starte opp tilsvarende, det er et godt tilbud til befolkningen og staten finansierer driften. Men Nordlandssykehuset HF vil i 2012 ikke støtte andre enn de tre kommunene som allerede har denne funksjonen. Dette av hensyn til egen økonomi.

Kommunenes økonomi vil imidlertid bli betydelig forverret for de som ikke har døgnplass for øyeblikkelig hjelp: de må påregne mange flere sykehusinnleggelses som utløser krav om medfinansiering, samt eventuell betaling for utskrivningsklar pasient. Med statlig "hjelp" splittes kommunene i et A-lag og et B-lag. Var det i samsvar med samhandlingsreformens intensjoner?

Kommunesamarbeid i Salten

Bedring av kommunenes rammebetingelser i forhold til regelverk og økonomi bør følges opp på politisk nivå.

På en rekke funksjonsområder er det betydelig potensial for bedre tjenestetilbud til befolkningen og samtidig større kostnadseffektivitet. Eksempelvis utredes felles legevaktformidling og felles legevaktstjeneste for kommunene, det er etablert et samarbeid for rehabilitering i Salten og et nettverk for videre utvikling av PreOB samt andre sykestuefunksjoner.

Helse- og omsorgstjenesten må skaffes rom for utvikling på egne premisser, både innenfor den enkelte kommune og i egnet samarbeidsform med andre kommuner. Reell likeverdig samhandling mellom tjenesteyterne er en forutsetning for gode pasientforløp.

Vedlegg 2

Rapport fra Helgeland 31.1.12

Kommunene på Nord-Helgeland ønsket opprinnelig (november 2011) å komme i forhandlinger med HFet, da de ikke kunne si seg fornøyd med de forslagene til avtaler som var blitt utarbeidet av OSOs arbeidsgruppe i november. Dette hadde sammenheng med at avtalene generelt var uklare, inneholdt få virkemidler for kommunene, var vanskelige å bruke i en praktisk hverdag samt at utarbeidelsen manglet forankring i fag samt på hele Helgeland. Kommunene mente målet med reformen ikke var avtaler eller økonomi, men bedre pasienthverdag.

De andre kommunene på Helgeland var av samme oppfatning, og gikk sammen med Nord i ønsket om forhandlinger med HFet. Vi er 18 kommuner.

Det ble nedsatt et forhandlingsutvalg, med representantene: John-Arvid Heggen (kommunalsjef) Vefsn, Grete Bang (fagkonsulent) Brønnøy, Kristin Eide Nordøy (rådmann) Nesna, Kirsten Toft (kommuneoverlege) Alstahaug samt Linda Løvaas (økonomisjef) Rana – leder. I tillegg et bakland med rundt 15-20 repr. fra kommunene.

Sykehuset stilte med et tilsvarende forhandlingsutvalg.

Vi forhandlet i 5 dager (og brukte rundt 5 dager utover dette på samlinger på kommunesiden). Sekretariatet brukte selvsagt tid utover dette. Vi flyttet oss rundt på Helgeland i forhandlingene og de kommunale samlingene. Vi delegerte til de respektive regionskontaktene (4) i forhandlingsutvalget ansvar for å spre informasjon rundt møtedatoer, tekster etc i kommunene i egne områder. Vi var ferdig på under en mnd, med innlagt juleferie.

Forhandlinger på denne måten er nybrottsarbeid for begge parter, og klimaet i forhandlingene med sykehuset har blitt stadig bedre. Mellom kommunene har det vært et veldig godt samarbeidsklima, og mange meget engasjerte bidragsyttere.

Kommunene på Helgeland har i sine saksfremstillinger til avtaleverket innstilt (og i alle fall i Nord nå vedtatt) på å fortsette forhandlingsløpet som er brukt til nå også til de resterende 7 avtalene. Vi ønsker også å avklare andre grenseflater mot HFet, som vi ser at vi alle har felles. (Avt. 1)

Angående selve avtalene på Helgeland er de først og fremst klarere i språkbruk, lettere å tilegne seg for de som skal bruke dem i praktisk arbeid, inneholder felles maler (som varsler, avvik etc) for alle kommunene samt HFet, gir kommunene flere virkemidler samt er forankret mye bredere enn hva som var tilfelle med OSOs arbeid i høst. Det foreligger en protokoll fra vårt arbeide, denne går på OSOs rolle i videre prosess, gjennomganger (evaluering av avtaler) og hvilke møtearenaer som skal benyttes.

Det blir spennende fremover å følge reformen. Et sentralt punkt i reformen er informasjon ut til helsepersonellet som skal arbeide direkte med den. På kommunesiden har det vært kjørt diverse opplæringstiltak allerede, men jeg kjenner ikke til hvordan dette er i HFet. På Helgeland avtalte vi derfor i forhandlingene å

prøve å kjøre 4 regionale samlinger i februar/mars for kommune og Hf personale (tillitsvalgte, sykepleiere og leger) der vi gjennomgår reform, avtaler samt redegjør for veien videre.

Her på Nord-Helgeland har altså Hemnes, Nesna Lurøy og Rødøy inngått avtalene allerede. Rana har KSstyre i dag, men FMskap samt Helse- og omsorgsutvalg har gått inn for avtalene enstemmig, så vi regner med at det går greit.

De andre kommunene på Helgeland har jeg ikke samme oversikt for.

Helgelandssykehuset HF vedtok avtalene 25. jan.

Linda Løvaas

Økonomisjef/leder sentrale støttetjenester

KUN

Senter for kunnskap og likestilling
N-8286 Nordfold

Kunnskapsparken
Jakob Weidemannsgate 9
N-7713 Steinkjer

Telefon 75 77 90 50
Faks 75 77 90 70

post@kun.nl.no



Senter for kunnskap
og likestilling



Salten
Regionråd

www.kun.nl.no