



Saksframlegg

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Eldrerådet		
Rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne		
Komite Levekår		
Kommunestyret		

Styringsdata for helse- og omsorgstjenester - Rapport Værnesregionen 2013/2014

Rådmannens forslag til vedtak/innstilling:

Stjørdal kommunestyre vedtar følgende:

- 1. Rapporten godkjennes og legges sammen med tidligere Prosjektplan for samhandling innen helse- og omsorgstjenester i Værnesregionen 2013-2015 til grunn for videre utvikling av det interkommunale samarbeidet innen helse og omsorg i Værnesregionen.
- 2. Kommunene stiller med representanter i prosjektgrupper og arbeidsgrupper som nedsettes for videre utredning av og arbeid med de tiltakene som er foreslått iht. tiltaksplan:
 - Hverdagsrehabilitering
 - Velferdsteknologiprojekt – utvikling/videreutvikling
 - Folkehelsesdata (folkehelseoversikt)
 - innhente bedre og mer jevnlig data og utnytte eksisterende data bedre
 - Samfunnsmedisinsk enhet
 - Koordinerende enhet (VR forvaltning)
 - Etablering av interkommunale rehabiliteringsplasser
 - Etablere Korttidsplasser (Stjørdal kommune).
 - Pasientskoler KOLS, kreft, hjerte, Diabetes 2 ganger pr. år i alle kommuner.
 - Samordning av tjenester for barn og unge (barne- og familieenheten?).
 - Kommunepsykolog barn og unge.
 - Styrket oppfølging av barn med overvekt i skolehelsetjenesten.
 - Økt fastlegeinvolvering.
 - Utarbeide informasjonsmateriale på folkehelse og livsstilssykdommer.

- Etablere forebyggende hjemmebesøk som fast tilbud til alle over 75 år.
- Interkommunal demensenhet
- Interkommunalt demensteam

I tillegg vil det være nødvendig med arbeidsgrupper for bla. strukturdebatt på ulike nivå, bedre utnyttelse av Kommunalt Øyeblikkelig Hjelp tilbud ved VR DMS og bedre utnyttelse av etterbehandlingssenger, samt drøfting av poliklinisk tilbud ved VR DMS.

- 3. Fagråd vil fortløpende vurdere og anbefale prioritets rekkefølge i tiltaksplan for AU, med orientering til og evt. behandling i Politisk Nemnd for helsetjenester.

Punktlista under punkt 2 i vedtaket er ikke prioritert rekkefølge og det skal ikke settes ned arbeidsgrupper innenfor alle områdene samtidig.

Vedlegg:

Rapport Styringskurs høsten 2013 - Styringsdata for helse- og omsorgstjenester - Værnesregionen

Sammendrag:

Rapporten har vært behandlet i Arbeidsutvalget Værnesregionen (AU) i møte 14.05.14. og Politisk nemnd for helsetjenester i Værnesregionen 17.06.14 med følgende vedtak:

1. *Rapporten godkjennes og legges sammen med tidligere Prosjektplan for samhandling innen helse- og omsorgstjenester i Værnesregionen 2013-2015 til grunn for videre utvikling av det interkommunale samarbeidet innen helse og omsorg i Værnesregionen.*
2. *Kommunene stiller med representanter i prosjektgrupper og arbeidsgrupper som nedsettes for videre utredning av og arbeid med de tiltakene som er foreslått iht. tiltaksplan:*
 - *Hverdagsrehabilitering*
 - *Velferdsteknologiprojekt – utvikling/videreutvikling*
 - *Folkehelsedata (folkehelseoversikt)*
– *innhente bedre og mer jevnlig data og utnytte eksisterende data bedre*
 - *Samfunnsmedisinsk enhet*
 - *Koordinerende enhet (VR forvaltning)*
 - *Etablering av interkommunale rehabiliteringsplasser*
 - *Etablere Korttidsplasser (Stjørdal kommune).*
 - *Pasientskoler KOLS, kreft, hjerte, Diabetes 2 ganger pr. år i alle kommuner.*
 - *Samordning av tjenester for barn og unge (barne- og familieenheten?).*
 - *Kommunepsykolog barn og unge.*
 - *Styrket oppfølging av barn med overvekt i skolehelsetjenesten.*
 - *Økt fastlegeinvolvering.*
 - *Utarbeide informasjonsmateriale på folkehelse og livsstilssykdommer.*
 - *Etablere forebyggende hjemmebesøk som fast tilbud til alle over 75 år.*

- *Interkommunal demensenhet*
- *Interkommunalt demensteam*

I tillegg vil det være nødvendig med arbeidsgrupper for bla. strukturdebatt på ulike nivå, bedre utnyttelse av Kommunalt Øyeblikkelig Hjelp tilbud ved VR DMS og bedre utnyttelse av etterbehandlingssenger, samt drøfting av poliklinisk tilbud ved VR DMS.

3. Fagråd vil fortløpende vurdere og anbefale prioritets rekkefølge i tiltaksplan for AU, med orientering til og evt. behandling i Politisk Nemnd for helsetjenester.

Punktlista under punkt 2 i vedtaket er ikke prioritert rekkefølge og det skal ikke settes ned arbeidsgrupper innenfor alle områdene samtidig.

Saksopplysninger

For å styrke kommunenes kompetanse på analyse av tilgjengelige styringsdata innen helse og omsorg inviterte KS kommunegruppene til et kursopplegg på til sammen 6 dager høsten 2013. Værnesregionen deltok med en gruppe på 6 personer, hvor alle kommunene i helse-samarbeidet var representert. I tillegg til samhandlingsleder og sentrale personer fra helse- og omsorgsetaten i kommunene deltok økonomiconroller fra Stjørdal kommune. Det var også tenkt å ha med en planlegger, men dette fikk man ikke til. Kursdeltakelsen og gruppe-deltakerne var forankret i fagråd helse og i rådmannsutvalget (AU). I tillegg til kursdagene har deltakerne hatt en rekke arbeidsmøter, før ferdigstilling av rapporten vinteren 2014.

Rapporten ble presentert i Fagråd 21.03.14 og i AU 09.04.14

Fra KS side var målet at kursdeltakerne etter endt kurs sammen som gruppe skulle utgjøre spisskompetanse for driftsanalyse for kommunene i sin gruppe- for å bidra med analyse som grunnlag for kommunenes felles, eller for planlegging i den enkelte kommune. Oppgaven var å se spesielt på konsekvenser av samhandlingsreformen og hvordan denne har gitt seg utslag for kommunene. Innføringa av samhandlingsreformen fra 01.01.12 har gitt kommunene økt behov for styringsinformasjon. Kommunene skal ha løpende oversikt over helsetilstanden til befolkningen, og i tillegg er det viktig å ha kjennskap til bruken av spesialisthelsetjenester og om kommunenes tilbud, kapasitet og kvalitet er tilpasset behovet. Et av målene med samhandlingsreformen er økt forebygging, og det blir derfor nødvendig for kommunene å skaffe seg kunnskap om effekten av de ulike forebyggingstiltak som settes i gang, for å kunne vurdere om målene med blant annet redusert bruk av sykehus nås.

Arbeidsgruppen i Værnesregionen valgte i sin oppgave å ta et regionalt perspektiv, der både samarbeidsområdene og den enkelte kommune inngår. Dette så man som naturlig og riktig ettersom Værnesregionen har valgt å etablere interkommunalt samarbeid innenfor en rekke tjenester, for blant annet å kunne møte nettopp utfordringene i samhandlingsreformen. Arbeidsgruppen ønsket videre at arbeidet skulle resultere i en rapport som kan brukes som grunnlag for drøfting av framtidige prioriteringer og veivalg, både i Værnesregionen og i den enkelte kommune.

I rapporten sammenlignes de 4 kommunene på en rekke områder. Steinkjer kommune er i tillegg tatt med i sammenligningen noen steder. Dette fordi Steinkjer kommune gir et bedre sammenligningsgrunnlag for Stjørdal, som ellers på grunn av sin størrelse blir nokså ulik fra Selbu, Meråker og Tydal. Det er ellers ikke gjort noen sammenligning med andre kommuner som tilhører samme KOSTRA klasse som egen kommuner. Landsgjennomsnittet er tatt med der det er riktig for analysen.

Vurdering

Rapporten viser at det er en god del ulikheter mellom kommunene i Værnesregionen. Noe av forskjellene kommer på grunn av ulikt befolkningsgrunnlag. Stjørdal har en yngre befolkning enn de andre 3 kommunene, og vil i henhold til befolkningsframskriving måtte planlegge for sterkt økende antall eldre og økende antall demente. I Selbu og Meråker ser en fram mot 2020 heller en nedgang i de 2 eldste gruppene, men også her vil det komme en økning når en ser lenger fram. Tydal vil kun få små endringer.

Som ventet viser rapporten at utgiftene pr. innbygger, både innen helsetjenester og omsorgstjenester, blir større desto mindre kommunen er. Det er de samme krav til kompetanse og tilbud i en liten kommune som i en stor, men i en liten kommune blir det færre innbyggere å dele disse utgiftene på. Rekrutteringshensyn gir blant annet en dyrere legetjeneste i de mindre kommuner. Dette gjør at alle de 3 minste kommunene kommer over landsgjennomsnittet både i årsverk og utgift innen helsetjenesten. Når det gjelder omsorgstjenestene skyldes mye av forskjellene måten kommunene har innrettet sine tjenester på. Stjørdal har valgt å ha svært få sykehjems plasser og gir i stedet de som har behov tjenester i hjemmet. I Tydal er det annerledes, her blir de fleste som har et visst omsorgsbehov sykehjemsbeboere. Selbu og Meråker har begge deler. Stjørdal har satset på bosenter-modellen; det vil si boliger med heldøgns omsorg, og som er langt rimeligere å drifte enn sykehjem. Meråker er i ferd med å bygge opp flere slike plasser, men Selbu og Tydal har ingen. Både Stjørdal, Selbu og Meråker ligger godt under landsgjennomsnittet i nettoutgifter innen pleie- og omsorg pr. innbygger over 80 år, mens Tydal ligger langt over. For Selbu og Tydal vil det være riktig å drøfte om det er behov for boliger med heldøgns omsorg i kommunen. I Tydal vil det i tillegg være naturlig å drøfte om det finnes andre tiltak som kan gi reduserte kostnader.

Innretningen av helse- og omsorgstjenestene sammen med kommunens befolknings-sammensetning gir følger for bruken av spesialisthelsetjenesten, og dermed for den kommunale medfinansieringen. Her ser vi at Meråker ligger over landsgjennomsnittet, mens de andre 3 kommunene ligger under. Meråkers høye kostnader til medfinansiering kan gjøre det nødvendig med en analyse og eventuelle tiltak på dette. Det interkommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet som er etablert ved DMS er tenkt å skulle være et kvalitativt godt alternativ til innleggelse i sykehus for noen pasienter, samtidig som det skal bidra til redusert bruk av spesialisthelsetjeneste for kommunene. Evalueringsrapporten av dette tilbudet i 2013 viser at tilbudet har en kvalitet som er tilpasset behovet hos de som ble innlagt i det, og på denne måten gir gevinst både for brukerne, kommunene og samfunnet som helhet. Det er fortsatt ledig kapasitet i tilbudet og det er all grunn til å anta at det kunne ha vært benyttet mer.

Innretningen av tjenestene i kommunene gjenspeiles også i statistikken fra forvaltningskontoret som viser hvilket tilbud pasientene skrives ut til i kommunene. I Selbu og Tydal gis en stor del av pasientene som kommer fra sykehus korttids plass i institusjon, mens de fleste gis tjenester i hjemmet i Stjørdal og Meråker. Stjørdal mangler i stor grad korttids plasser, og dette må ses i sammenheng med at kommunen har måttet betale for 50 pasientdøgn for utskrivningsklare pasienter fra 01.01- 12.11.13. Kommunen er nå i gang med å opprette flere korttids plasser, noe som i tillegg vil gi bedre mulighet til avlastning og opptreningsopphold. Statistikken fra DMS viser at det fortsatt er potensiale for flere pasienter fra St. Olav til DMS. I tillegg til tiltak overfor St.Olav vil et tettere samarbeid med VR forvaltning også være viktig for å bidra til dette, og til å sikre at pasienter i Værnesregionen får en faglig forsvarlig behandling.

Folkehelsedata og statistikk som viser kommunenes utgifter til sykehusinnleggelser basert på DRG poeng og diagnosegrupper gir grunnlag for prioriteringer når det gjelder ulike forebyggende tiltak. Det samme gjelder tiltak som skal bidra til mestring og forebygging av ytterligere sykdomsutvikling. Disse dataene viser at det er mye likt i regionen, men også her at det er forskjeller mellom kommunene på enkeltområder. Værnesregionen som helhet har flere med diabetes 2 og flere med muskel og skjelettsykdom enn landet for øvrig. DRG statistikk og nye folkehelsedata kan også brukes til å evaluere effekten av iverksatte tiltak, men statistikken må brukes riktig. Tiltakene og områdene må ses i sammenheng, og andre faktorer kan ha innvirkning. Det er nødvendig med et langsiktig perspektiv ettersom tiltakene oftest vil ha effekt først etter en tid.

Mestringstrappa er en framstilling av de ulike tiltakene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og på hvilket nivå de gis. Med denne framstillingen ønsker man å vise at målet med alle tiltak uansett nivå må være å bedre eller opprettholde mestringsevne hos innbyggerne.

På bakgrunn av de styringsdataene som er funnet og evalueringen av dem har arbeidsgruppa kommet fram til en rekke ulike tiltak som foreslås gjennomført eller nærmere utredet. Tiltakene har fokus på forebygging og mestring. Lista inneholder felles satsinger og felles tjenester i Værnesregionen, men det er også tatt med tiltak som gjelder enkeltkommuner der dette har betydning for samarbeidet. Lista er forsøkt satt opp med prioritering, men er ikke ment å være uttømmende og endelig, verken i forhold til aktuelle tiltak eller prioriteringen av dem.

Konklusjon

De foreslåtte tiltakene vil kunne bidra til en mer bærekraftig utvikling av tjenestene, bedre utnyttelse av ressursene og et bedre liv for den enkelte. Selv om lista inneholder tiltak som må gjøres i den enkelte kommune vil det å være del av felles satsninger i Værnesregionen være en styrke. Værnesregionen har gode erfaringer med at felles satsningsområder gir større effekt enn når hver kommune satser enkeltvis. Felles målbilde gir motivasjon og mulighet for felles utnyttelse av kompetanse. Regionen er samlet sett ikke større enn at fagmiljøene i stor grad vil profitere på samarbeid og utveksling av kunnskap.

Rapporten bør i tillegg brukes til en mer generell drøfting rundt helse – og omsorgs-tjenestene i Værnesregionen og i den enkelte kommune. Sentrale spørsmål som da må fokuseres på er:

- *Bruker vi kompetansen og ressursene riktig?*
- *Er det tilstrekkelig fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid?*
- *Jobber vi godt nok med de riktige tingene?*
- *Er VR kommunene beredt til å ta i mot pasienter som reformen har krevd og vil kreve?*
- *Hvilke utfordringer har VR kommunene fremover?*