



SAKSFRAMLEGG

| | | |
|-----------|------------|--------------------|
| Dato: | Referanse: | Vår saksbehandlar: |
| 23.9.2019 | 2019/3368 | Morten Larsen |

| | | |
|-------------------------------|---|------------------------------|
| Saksnr 18/19 | Utval Samarbeids- og arbeidsmiljøutvalet i tannhelsesektoren | Møtedato 27.9.2019 |
|-------------------------------|---|------------------------------|

Omstilling 2020 - delprosjekt (P5) Organisering og struktur for den offentlege tannhelsetenesta

SAMU-T behandlet i møte 11.6.2019, sak 15/2019, prosjektorganisering og framdrift for P5. SAMU-T har status som referansegruppe for prosjektet. Denne saken beskriver status i prosjektarbeidet pr. 23.9.2019.

Formål og målhierarki

P5 er et delprosjekt innenfor rammen av den overordnede prosjektplanen for «Omstilling 2020». Samlet for hele fylkeskommunen skal driftsrammene ned med 240 mill. kroner. Det er ikke satt måltall for reduksjon av rammene for tannhelse med bakgrunn i at sektoren allerede er underfinansiert.

Prosjektgruppen har definert følgende målhierarki for P5:

Overordna mål

Organisering av den offentlege tannhelsetenesta er tilpassa slik at tenestestrukturen er fullfinansiert og innanfor ein bærekraftig økonomi for fylkeskommunen. Tannhelsetenesta gir tenester etter tannhelsetenestelova og i samsvar med nasjonale retningslinjer frå Helsedirektoratet og Regional delplan tannhelse, i stabile og rekrutterande kompetansemiljø.

Effekt mål

- 1. Tenestetilbodet speglar eit samfunn i endring og ressursbruken er tilpassa pasientens behov.*
- 2. Tenestestrukturen er fullfinansiert og innafor ein bærekraftig økonomi for fylkeskommunen*
- 3. Tenestetilbodet bidrar til å utjamne sosiale skilnader og gir dei prioriterte pasientgruppene eit fagleg likeverdig tannhelsetilbod innanfor ein akseptabel reiseavstand.*
- 4. Talet på A- og C-pasientar under tilsyn per behandlar er auka til minimum 1000 pasientar innan 2025.*
- 5. Det er etablert kompetanseklinikkar med spesialist- og spesialkompetanse i alle fire kompetanseregionar innan 2025 for å sikre stabilitet og rekrutteringskraft.*
- 6. Tenestestrukturen understøtter ein positiv og utviklande organisasjonskultur prega av læring, samhandling og kunnskapsdeling.*
- 7. Forskingsbaserte og moderne behandlingmetodar ligg til grunn for behandlingstilbodet.*

Tiltaksområde

- 1. Med bakgrunn i tilgjengeleg analyse- og kunnskapsgrunnlag utgreie og tilrå ny tenestestruktur for tannhelsetenesta.*
- 2. Tilrå etablering av kompetanseklinikkar med spesialist- og spesialkompetanse i Kristiansund kompetanseregion og Søre Sunnmøre kompetanseregion.*
- 3. Definere eit sett med kvalitetsindikatorar som grunnlag for styring, oppfølging og kvalitetsforbetring av tannhelsetilbodet for dei prioriterte pasientgruppene.*
- 4. Utgreie og tilrå modell for samarbeid og kompetansebygging med kommunane om førebyggjande tannhelsearbeid og behandlingstilbod på kommunale helseinstitusjonar.*

Framdrift og milepæler

4.11 er dato for ferdigstilling og offentliggjøring av fylkesrådmannens innstilling i økonomiplan 2020-23 og strukturprosjektene P5 og P6 (skolestruktur), som skal via hovedutvalgene, fylkesut-

valget til endelig behandling i fylkestinget i desember. **21.10** gjennomføres et verksted med fylkesutvalget med presentasjon av og innspill til modeller/alternativer for P5 og P6. **14.10** er frist for saksframlegg og prosjektbeskrivelse/tilråding for P5 og P6. **26.9** er dato for personalseminar/omstillingsverksted med orientering om status for bl.a. P5.

Involvering av tilsatte i utredningsfasen er viktig, men samtidig krevende med svært stramme tidsfrister. På klinikkledermøtene **3. og 5.9** og på etatssamlinga **17.9** ble aktuelle føringer og modeller presentert. Klinikkladersamlingene ble også brukt til gruppearbeid på innsparingspotensialet uavhengig av strukturendringer («steinsnuing»).

Hovedmodeller - struktur

Prosjektgruppa har arbeidet med 3 hovedalternativer for organisering av tjenestestrukturen. Utgangspunktet er at vi ikke kan forvente at sektoren får tilført friske midler. Det ene alternativet speiler derfor en situasjon der vi må tilpasse driftsnivået til en underfinansiering.

De aktuelle modellene kan kort beskrives slik:

- Alternativ «styrking av rammen»: Dagens tjenestestruktur (34 klinikker). Det tas høyde for samlokaliseringer som allerede er politisk vedtatt (Hareid/Ulstein, Ørsta/Volda + Halså til Trøndelag). Vi må estimere et økt investerings- og driftsnivå som er nødvendig for å bringe klinikkene opp til ny/akseptabel tilstand (universell utforming og tilfredsstillende HMS-standard). Dette er vesentlig for å kunne synliggjøre konsekvensene av alternative strukturelle grep.
- Alternativ «tilpasning til dagens ressursramme»: Nedskalering av tjenestestrukturen, med nedlegging/sammenslåing av klinikker og økt samarbeid med kommunene om behandlingsfasiliteter i pleie- og omsorgsinstitusjoner. Gevinstrealisering gjennom sparte husleie- og driftsutgifter og bemanningsreduksjon.
- Et mellomalternativ: Moderat nedskalering av tjenestestrukturen, med fokus på mer robuste og rekrutterende klinikker. Forutsetter styrking av driftsrammen.

I forslaget som oversendes fra fylkestannlegen til fylkesrådmannen 14.10 blir det viktig å kommunisere premisset for ny organisering og struktur:

- Fullfinansiering av strukturen
- Vi kan ikke fortsette med å holde stillinger vakant (med de problemene dagens uforutsigbarhet innebærer for tilsatte og pasienter)
- Med dagens rammer kan vi ikke ha så mange klinikker som i dag

Med dagens økonomiske ramme vil anslagsvis 14 klinikker måtte legges ned gitt ovenstående premisser (fullfinansiering uten vakanser). Beregningene viser at vi trenger en rammestyrking på minimum 15 mill. kr. for å opprettholde dagens klinikkstruktur. Dette vil likevel ikke gjøre noe med den fundamentale utfordringen knyttet til rekrutteringskraft og stabilitet. Et mellomalternativ vi har sett på vil bedre rekrutteringsevnen ved at 7-9 klinikker slås sammen og skaper større fagmiljøer, men vil innebære en rammestyrking på inntil 9 mill. kr.

I hovedalternativer legges følgende parametere til grunn for å beregne utgifter og identifisere innsparingspotensiale/ gevinstrealisering:

- Antall pasienter i gruppe A og C i klinikkens nedslagsfelt.
- Normert bemanning («2008-hjemler») på den enkelte klinikk, sortert etter profesjon.
- Gjennomsnittslønn (inkl. sosiale utgifter) for klinikkens ansatte, gitt hjemler fra 2008. I utregningen legges tall fra teknisk beregning og statistikkutvalg for kommunesektoren 2018 til grunn
- Reelle lønnskostnader for klinikkens ansatte. Regnskapstall fra 2018.
- Utløpsdato for leiekontrakt/ dato for fornying av leieperiode.
- Husleiepris. Tall regulert pr. januar 2018.
- Driftsutgifter pr. 2018.
- Mottakende klinikk ved samlokalisering (der pasienter skal få behandling).
- Pasienters reiseavstand til «ny» tannklinikk med utgangspunkt i dagens tannklinikk.
- Årstall for når en samlokalisering kan gjennomføres gitt leieforhold på eksisterende leiekontrakter.
- Skissering av samlokaliserte klinikkers økning av pasientmasse (A + C-pasienter) i 2018-tall.
- Mulig innsparingspotensiale av leiekostnader som resultat av samlokalisering.
- Mulig innsparingspotensiale i lønnskostnader som resultat av samlokalisering.
- Omstillingskostnader som resultat av tapte honorarinntekter (Gruppe F)
- Investeringsbehov

- Ambuleringsutgifter (til bl.a. sykehjem o.l.) som resultat av samlokalisering.
- Totalt innsparingspotensiale ved samlokalisering (Gevinstrealisering – kostnader)

Prosjektgruppa er enige om at det må legges til grunn «nøytrale» og objektive beskrivelser av de ulike alternativene som presenteres. Pasientenes reiseavstand til klinikk vil i stor grad definere den framtidige strukturen. Dette innebærer at flere av de minste klinikkene (ett-teamsklinikker) må opprettholdes. Videre vil det ikke kunne forsvares å opprettholde små klinikker der reiseavstand til ny/sammenslått klinikk er akseptabel. Argumentet om at «ting fungerer på klinikken i dag» kan ikke være avgjørende dersom klinikken ligger nært større klinikk med kapasitet til å ta hånd om økt pasientmengde.

Arbeidet med ny tjenestestruktur er preget av mange usikkerhetsfaktorer, hvorav de viktigste er gevinstrealisering av sparte lønnsutgifter, fremtidige honorarinntekter, ambuleringskostnader (jfr. pkt. 3) og investeringskostnader. Vi jobber med tripplestimater for de største usikkerhetssementene.

Utgangspunktet for et anbefalt alternativ må være faglige og økonomiske argumenter. Samtidig må vi synliggjøre samfunnsmessige konsekvenser (jfr. krav om dette i Regional delplan). Til hvert alternativ må det utarbeides et oppsett/matrise som på forståelig vis tydeliggjør konsekvensene faglig, økonomisk og samfunnsmessig.

Vedr. Tiltaksområde 4

Tiltaksområde 4 i målhierarkiet for P5 har slik ordlyd: *Utgørelse og tilrå modell for samarbeid og kompetansebygging med kommunane om førebygging-de tannhelsearbeid og behandlingsfasilitetar på kommunale helseinstitusjonar.*

Tillitsvalgtsiden i prosjektgruppen representert v/NTF, Louise Liaset, presenterte en analyse av tids- og ressursbruk ved økt omfang av ambulering og oppsøkende behandling av gruppe C. NTF har beregnet at ekstra tidsbruk ved oppsøkende behandling (ikke bare screeningrunder som i dag) på institusjon vil utgjøre hhv. 2,25 timer for tannlege og tannhelsesekretær og 3,25 timer for tannpleier. Det er tatt utgangspunkt i en full dag med behandling på institusjon. Ved færre pasienter vil tidsbruken på noen punkter reduseres. Mye av den ekstra tiden går til planlegging, journalføring, oppdatering av medisinalister o.l. Analysen omfatter også økte kostnader knyttet til taxi tur/retur ny klinikk og institusjon, i et alternativ med nedlegging av 14 klinikker. NTF påpeker at hele dager med behandling av C-pasienter er tungt for behandler og for sekretær med sannsynlige negative helseeffekter.

Journalnotater med ny teknologi, f.eks. bærbar pc/ipad med Opustilgang med mulighet for fortløpende journalføring, vil innebære at tiden kan kortes ned. Det vil også gi tidsbesparende effekt dersom behandler kan gis tilgang til pasientens kjernejournal, og slik ikke måtte oppdatere egne medisinalister og annen generell informasjon.

Mer ambulant/opsøkende tjeneste (gruppe C), dersom klinikkenhetene blir færre, vil kunne resultere i at flere behandlere blir bundet opp i mer «uproduktiv» arbeidstid (reise, avspasering, journalføring osv.). Analyse materialet må bearbeides videre, kvalitetssikres og relateres til de ulike strukturalternativene. Av analysen kan det utledes et samlet estimat over økte ambuleringsutgifter i størrelsesorden 2,5 mill. kr. som resultat av samlokalisering av klinikker.

Det finnes i dag tekniske løsninger og muligheter ved bruk av mobilt behandlingsutstyr. Det blir viktig å kjøre «piloter» i tannhelsetjenesten på liknende løsninger som grunnlag for et mulig framtidig veivalg med større grad av ambulant behandling. Det er lagt inn forslag i kommende økonomiplan om innkjøp av mobilt behandlingsutstyr for uttesting i 2020.

Forslag til vedtak:

SAMU-T tar informasjonen om arbeidet med delprosjekt P5, organisering og struktur for den offentlige tannhelsetjenesten, til orientering.

Anthony N. Valen
Fylkestannlege

Morten Larsen
Administrasjonsleiar