



Samhandlingsreformen i Follo

Delrapport

14. oktober 2011

Innhold

SAMMENDRAG	3
1. INNLEDNING	5
1.1 Mål og rammer for prosjektet	5
1.1.1 Prosjektets formål	5
1.1.2 Resultatmål	6
1.1.3 Prosessmål	6
1.1.4 Læringsmål	6
1.1.5 Rammer	6
2. SAMHANDLINGSREFORMEN OG NYTT LOVVERK	7
2.1. Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen	7
2.2 Helse- og omsorgstjenesteloven	7
2.2.1 Samarbeidsavtaler	8
2.2.2 Kommunen må betale for behandling av egne innbyggere på sykehus	8
2.2.3 Kommunen må betale for utskrivningsklare pasienter	8
2.2.4 Øyeblikkelig hjelp som døgntilbud	9
2.3 Statsbudsjettet 2012	10
2.4 Folkehelseloven	10
2.5 Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015	10
3. FOLLO	12
3.1 Interkommunalt samarbeid i Follo på helseområdet	14
3.2 Akershus universitetssykehus (Ahus)	15
4. METODE OG GJENNOMFØRING	16
4.1 Gjennomføring i henhold til prosjektplan	16
4.2 Suksessfaktorer	17
4.3 Risiko i prosjektet	17
4.4 Forslag og tiltak	18
4.5 Forventet måloppnåelse	18
4.6 Ansvarsforhold	18
5. LOKALMEDISINSK SENTER I FOLLO	19
5.1 Administrasjons- og systemarbeid for samhandlingen	20
5.1.1 Organisering	20

5.1.2 Økonomi	20
5.1.3 Samarbeidsavtaler	21
5.1.4 IKT-samhandling	21
5.2 Interkommunalt samarbeid innen helse og omsorg	22
5.2.1 Frisklivssatsing	22
5.2.2 Tilbud før og i stedet for sykehusopphold	23
5.2.3 Tilbud etter sykehusopphold	23
5.2.4 Ambulante tjenester	24
5.3 Desentraliserte spesialisthelsetjenester i Follo	24
5.4 Samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner	24
5.4.1 Mobile laboratorium- og røntgentjenester	24
6. ØKONOMISKE FORHOLD	25
7. ORGANISERING OG EIERSKAP	25
8. FRAMDRIFTSPLAN OG KONKLUSJON	25
REFERANSER	27
VEDLEGG	27
Vedlegg 1	27
Sammensetning delprosjektgrupper:	27
Delprosjekt 1 Akutte innleggelser i kommunene	27
Delprosjekt 2 Forebygge sykehusinnleggelser	27
Delprosjekt 3 Utskrivningsklare pasienter	27
Delprosjekt 4 Friskliv	28
Vedlegg 2	28
Samhandlingsprosjekter andre steder i landet	28
Nedre Romerike	28
Øvre Romerike	28
Mosseregionen	29
Hallingdal lokalmedisinske senter	29
Fosen distriktsmedisinske senter	30
Søbstad Helsehus	30

Sammendrag

Prosjektet Samhandlingsreformen i Follo ble nedsatt høsten 2009 av Ordførermøtet i Follo. Prosjektet jobber med forslag til hvordan Follo-kommunene skal møte utfordringene som samhandlingsreformen introduserer (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

På bakgrunn av vedtak i Stortinget om nytt lovverk, ble en konkretisert prosjektplan lagt fram for ordførermøtet 22. juni 2011. I denne prosjektplanen ble prosjektet avgrenset til primært å se på nye oppgaver i helse- og omsorgstjenesteloven knyttet til nye finansieringsordninger.

Prosjektet er så langt gjennomført med deltakelse og innspill fra ansatte i helse- og omsorgstjenestene i alle Follo-kommunene og fra Ahus. Prosjektet anbefaler videreføring av prosjekt Samhandlingsreformen i Follo gjennom en utredningsfase på ett år.

Interkommunale tiltak bør støtte opp om hovedmålene i samhandlingsreformen:

- Få til bedre samhandling mellom kommuner og sykehus med helhet og sammenheng for pasienter og innbyggere
- flere helse- og omsorgsoppgaver til kommunene
- økt innsats for å forebygge og begrense sykdom
- møte framtidens demografiske endringer på en bærekraftig måte

Som oppfølging av samhandlingsreformen ble det i juni 2011 vedtatt nytt lovverk. Lovendringene innebærer plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommune og sykehus, kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter, plikt til kommunal medfinansiering av sykehusbehandling fra 1.1.2012, og, fra 2016, kommunal plikt til å opprette øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Prosjektet anbefaler interkommunalt samarbeid innenfor områder der nytt lovverk og nye finansieringsordninger gjør seg gjeldende.

Prosjektet Samhandlingsreformen i Follo anbefaler å utrede etablering av lokalmedisinsk senter i Follo for å løse kompetansekrevende helse- og omsorgsoppgaver. Dette vil si oppgaver som den enkelte kommune vil ha nytte av å løse sammen med andre kommuner, da særlig knyttet til kompetanse, rekruttering og robusthet.

Hovedintensjonen i samhandlingsreformen er at kommunene skal tilby tjenester før, i stedet for og etter sykehusopphold. Dette er oppgaver som det kan være hensiktsmessig å etablere i lokalmedisinsk senter. Innhold i og behov for lokalmedisinsk senter med døgnplasser bør utredes nærmere, og følgende er naturlig å vurdere:

- Observasjon
- Øyeblikkelig hjelp døgntilbud
- Etterbehandling
- Ambulante tjenester
- Desentraliserte spesialisthelsetjenester

Administrasjons- og systemarbeid må utredes: Økonomi, organisering, samarbeidsavtaler med Ahus og IKT-løsninger.

Bedre vurderingsgrunnlag av pasientenes helsetilstand i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil innebære at flere innbyggere kan diagnostiseres og behandles lokalt. Mobilt laboratorium, mobilt røntgen og diverse andre funksjoner vil kunne være til nytte. Prosjektet anbefaler utredning av mobile tjenester.

Økt innsats for å forebygge og begrense sykdom kan oppnås gjennom tiltak med dokumentert effekt. På frisklivssentraler får innbyggere veiledning for å endre levevaner, samt å lære seg å leve med sykdom. Det er viktig å bygge opp tilbud der folk bor. Prosjektet anbefaler at hver Follo-kommune oppretter minimum 100 % fast stilling til frisklivs koordinator for etablering av frisklivssentral i hver kommune.

På interkommunalt nivå anbefaler prosjektet å etablere Friskliv Follo, et nettverk bestående av alle frisklivs koordinatorer. I Friskliv Follo skal koordinatorer samarbeide om felles tiltak og kompetanseheving. Det bør utredes å opprette en felles Frisklivsklinikk, lokalisert i et lokalmedisinsk senter. Frisklivsklinikk skal være et tilbud til innbyggere med kroniske lidelser særlig relatert til muskel- og skjelettsystemet, psykosomatiske plager og kroniske smerteplager for tverrfaglig utredning, vurdering og behandling.

Ved positivt vedtak om videreføring av prosjektet, bør 100 % stilling for prosjektleder videreføres. Det bør også etableres arbeidsgrupper eller delprosjekter med ledere som frikjøpes fra stillinger i kommunene. Det anbefales at kostnadsfordelingen i prosjektet består av 50 % statlige prosjektmidler og 50 % egeninnsats fra kommunene og Ahus. Total budsjetttramme anslås til ca. 4 mill. kr per år, i ca. tre år. Det utarbeides prosjektplan for utredningsfasen.

1. Innledning

Ordførermøtet i Follo nedsatte 15. september 2009 et prosjekt som skulle jobbe med forslag til hvordan Follo-kommunene skulle møte utfordringene introdusert i St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

Etter hvert ble følgende prosjektmandat klart, utarbeidet av en arbeidsgruppe bestående av representanter fra hver av de sju kommunene i Follo.

1. Som følge av gjennomgangen i den enkelte kommune, vurdere hvilke områder som kan egne seg for et interkommunalt samarbeid for å sikre at innbyggerne får et tilbud iht BEON-prinsippet (beste effektive omsorgsnivå).
2. Vurdere de forslåtte områdene med spesielt fokus på fordeler /ulempes knyttet til:
 - Gode helse- og sosialfaglige tilbud til innbyggerne
 - Aktuelle organiseringsformer
 - Økonomi (drift og investering)
 - Rekruttering og kompetanseheving

I en periode var fremtidig bruk av Ski sykehus en del av mandatet. Det ble etter hvert avklart fra ledelsen ved Akershus universitetssykehus som overtok Ski sykehus 1.1.2011, at det var behov for videre sykehusdrift ved Ski sykehus. Follo-kommunene måtte derfor planlegge for samhandlingsreformen uavhengig av Ski sykehus.

Follo-kommunene inngikk en intensjonsavtale for prosjektet. Selv om kommunene er hovedaktørene og hovedfokus er rettet mot områder kommunene kan samarbeide om, vil deler av prosjektarbeidet også involvere spesialisthelsetjenesten. Derfor signerte også Ahus avtalen.

Våren 2011 ble det ansatt prosjektleder i 100 % stilling. En konkretisert prosjektplan på bakgrunn av vedtak i Stortinget om nytt lovverk, ble godkjent i styringsgruppa 17. juni 2011, og lagt fram for ordførermøtet 22. juni 2011. I prosjektplanen ble prosjektet avgrenset til primært å se på nye oppgaver i helse- og omsorgstjenesteloven knyttet til nye finansieringsordninger. I følge prosjektplanen skulle delrapport godkjennes i styringsgruppa 30. september 2011.

1.1 Mål og rammer for prosjektet

1.1.1 Prosjektets formål

For å møte utfordringene gitt i samhandlingsreformen skal prosjektet:

- Kartlegge, vurdere og foreslå områder som Follo-kommunene bør samarbeide om til beste for innbyggerne.
- Kartlegge, vurdere og foreslå hvordan Follo-kommunene kan samarbeide med AHUS rundt de valgte områdene.

Prosjektarbeidet skal danne grunnlaget for politiske beslutninger i den enkelte Follo-kommune.

1.1.2 Resultatmål

- Det er utarbeidet en delprosjektrapport som anbefaler områder som det for innbyggerne er hensiktsmessig at flere/alle Follo-kommunene samarbeider om.
- Det er klargjort hvilke nye oppgaver kommunene skal ivareta som følge av ny lovgivning.
- Det er beskrevet hvilke oppgaver Follo-kommunene i felleskap bør samarbeide med spesialisthelsetjenesten om.
- Prosjektrapporten beskriver faglige (kompetanse og personell), organisatoriske og økonomiske konsekvenser av forslagene.

1.1.3 Prosessmål

- Det er foretatt en kartlegging (fagrapport) som beskriver hver enkelt kommunes utgangspunkt med hensyn til blant annet demografi, geografi, infrastruktur og særskilte helseutfordringer, relevante for prosjektet.
- Beskrivelse av utviklingen av helsetjenestene i lys av nytt lovverk, og konsekvenser for behovet for tjenesteutvikling.
- Prosjektet skal preges av bred involvering.
- Forslagene i prosjektet skal være kunnskapsbaserte.
- Arbeidet i prosjektet skal være dialogrettet og praksisnært.

1.1.4 Læringsmål

- Deltakere i prosjektet blir mer bevisst sine holdninger til, og erfaringer med samarbeid med andre kommuner og sykehus
- Økt prosjektkompetanse blant deltakerne i prosjektet.
- Erfaring med å jobbe kunnskapsbasert.
- Erfaring med å jobbe dialogrettet og praksisnært.

1.1.5 Rammer

Delrapport med anbefalinger vedtas i styringsgruppa 30. september 2011, og vil danne grunnlaget for det videre arbeidet i prosjektet. Delrapporten ble vedtatt 14. oktober 2011.

Det har vært gjennomført møter i prosjektgruppa ca. 1-2 ganger per måned siden prosjektoppstart.

Det er gjennomført studietur våren 2010, blant annet til Trondheim, Alta og Tromsø for å se på lokalmedisinske sentra og IKT-løsninger. Våren 2011 deltok prosjektgruppa på KS-konferanse i København for å lære av danske erfaringer med kommunal medfinansiering. Det har vært nedsatt fire arbeidsgrupper som har hatt ca. fem møter hver, i perioden 18. august 2011 til 16. september 2011.

Det har jevnlig vært av avholdt møter i styringsgruppa.

Prosjektet har mottatt prosjektmidler fra Helsedirektoratet på 1 mill. kroner høsten 2010. Disse har i sin helhet blitt overført til 2011. Det er innvilget 1 mill. kr. i prosjektmidler for 2011. Dette utgjør til sammen 2 mill kr for 2011.

2. Samhandlingsreformen og nytt lovverk

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen ble lagt fram i juni 2009. To år senere ble nytt lovverk vedtatt i Stortinget, og gjelder fra 1.1.2012. Her følger en gjennomgang av samhandlingsreformen og nytt lovverk.

2.1. Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen ble det skissert tre hovedutfordringer:

Utfordring 1: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester.

Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

I meldingen ble det tatt til orde for klarere pasientrolle. Brukermidvirkning og fokus på helhetlige pasientforløp skal bidra til dette. Forløpstenkingen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/ egenmestring i størst mulig grad.

Det ble også tatt til orde for ny framtidig kommunerolle slik at det kan satses sterkere på forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Helhetlig tenkning skal sikre forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Økonomiske insentiver skal understøtte dette.

I stortingsmeldingen omtales ulike former for lokalmedisinske sentra. Disse skal bidra til å sikre behandling, observasjon, etterbehandling og rehabilitering før, i stedet for og etter sykehus.

2.2 Helse- og omsorgstjenesteloven

Den nye helse- og omsorgstjenesteloven erstatter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Flere oppgaver skal legges til kommunene. Innsatsen for å forebygge og begrense sykdom skal øke.

2.2.1 Samarbeidsavtaler

Kommunene får plikt til å inngå samarbeidsavtale med helseforetaket. Oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommune og sykehus skal klargjøres i avtalene. Plikten innebærer en overordnet avtale og særavtaler på forskjellige tjenestoområder.

2.2.2 Kommunen må betale for behandling av egne innbyggere på sykehus

Det innføres plikt til kommunal medfinansiering av sykehusbehandling (20 %) fra 1.1.2012, det vil si innleggelser, poliklinisk utredning og behandling. Det skal ikke betales for kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med bestemte kostbare legemidler. Det skal ikke gjelde innenfor psykisk helsevern, rusbehandling, opphold i private opptreningsinstitusjoner eller privatpraktiserende avtalespesialister. Det settes et tak på ca. 30 000 kroner for særlig ressurskrevende enkeltopphold.

Det overføres om lag 5 mrd. kr til kommunene som frie midler fra 2012 for å innføre kommunal medfinansiering.

Datagrunnlaget for det økonomiske oppgjøret av kommunal medfinansiering skal være et nasjonalt ansvar, og tar utgangspunkt i data fra Norsk pasientregister (NPR). HelseDirektoratet er ansvarlig for alle beregninger som gjelder den enkelte kommune, utarbeidelse av prognoser, kontrollrutiner m.v. Det legges opp til en innretning som understøtter kommunenes behov for styring og kontroll. Kommunen betaler etter regning til det regionale helseforetaket. Betalingsgrunnlaget for den enkelte kommune fastsettes av HelseDirektoratet.

2.2.3 Kommunen må betale for utskrivningsklare pasienter

En pasient er utskrivningsklar fra sykehus når videre behandling og oppfølging av pasienten ikke lenger forutsetter innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Mange pasienter har imidlertid ofte behov for oppfølging i kommunen etter utskrivning. Noen av disse blir liggende på sykehus i påvente av kommunalt tilbud.

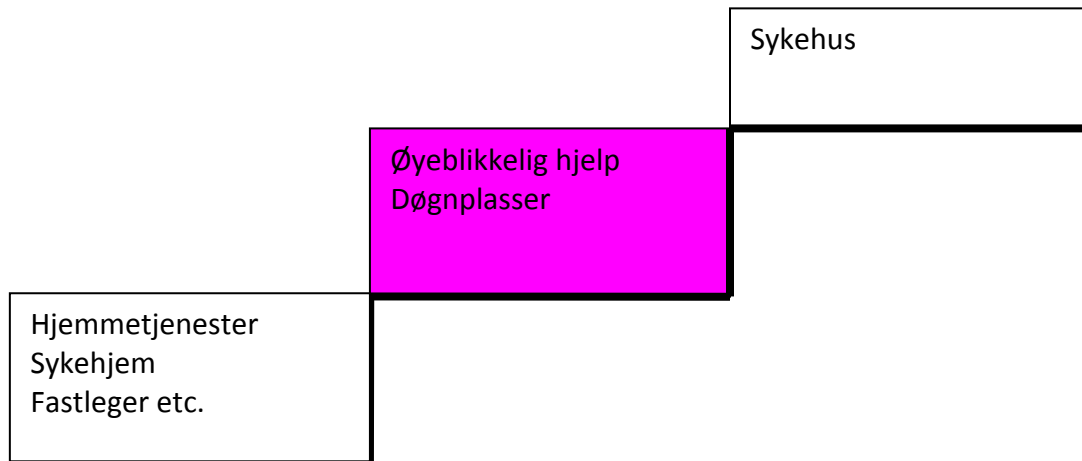
Kommunene får betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra sykehus fra og med dag én, fra 1.1.2012. Dette gjelder somatikk, det vil si at utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern, rusbehandling og private opptreningsinstitusjoner ikke er inkludert.

Betalingsatts settes til 4 000 kr per døgn. Departementet vil i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om ordningens omfang og innhold, kriterier for når en pasient er utskrivningsklar og betalingsatts. Nærmere detaljer rundt utskrivelse fra sykehus skal fastsettes i særavtaler mellom kommune og helseforetak.

Kommunene vil få overført midler for å kunne betale for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus. Midlene overføres til rammetilskuddet til kommunene fra 2012 (Se kap. 2.3 Statsbudsjettet for 2012).

2.2.4 Øyeblikkelig hjelp som døgntilbud

Fra 2016 får kommunene plikt til øyeblikkelig hjelpfunksjon som innebærer døgntilbud. Dette skal sikre pasientene trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. Det er i dag en strukturell mangel i behandlingsskjeden mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.



Pågående samhandlingstiltak viser at ulike former for lokalmedisinske sentra bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå (BEON). Dette reduserer innleggelse i sykehus, og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet (Prop. 91 L (2010-2011)).

Fosen-kommunene har etablert et distriktsmedisinsk senter der de har et utbygd døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. De har fire typiske pasientgrupper:

- a) KOLS-pasienter med forverring av tilstanden
- b) Eldre pasienter med ubehag eller smerter i magen
- c) Pasienter med kjent angina pectoris og smerteanfall
- d) Kreftpasienter med forverring av smerter

Dette tilsier pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling.

Ved Fosen distriktsmedisinske senter blir 70 % av de pasientene som legges inn som øyeblikkelig hjelp ferdigbehandlet på stedet. I kommuner man har etablert slike tilbud faller innleggelsesraten i sykehus med 20-30 %.

Det vil i første omgang være aktuelt at plikten omfatter somatikk, men at det etter hvert vurderes i hvilken grad også psykisk helse og rus skal omfattes.

Plikten til å tilby døgnopphold fullfinansieres ved at midler overføres gradvis fra de regionale helseforetakene i perioden 2012 til 2015. En del av investeringskostnaden knyttet til øyeblikkelig hjelp-plikten håndteres innenfor ordningen med investeringstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser.

2.3 Statsbudsjettet 2012

I forslag til statsbudsjett for 2012 (Prop 1 S (2011-2012)) er fordelingen av samhandlingsmidler til kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter slik:

Enebakk	10,10 mill. kr
Frogn	16,72 mill. kr
Nesodden	18,54 mill. kr
Oppegård	28,13 mill. kr
Ski	30,38 mill. kr
Vestby	15,27 mill. kr
Ås	17,64 mill. kr

Pengene blir fordelt til kommunene gjennom inntektssystemet etter alderssammensetningen i befolkningen.

2.4 Folkehelseloven

Den nye folkehelseloven gir kommunen et tydeligere ansvar for folkehelsearbeid. Ansvaret legges til kommunen framfor kommunens helsetjeneste. Det er også et ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier.

2.5 Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015

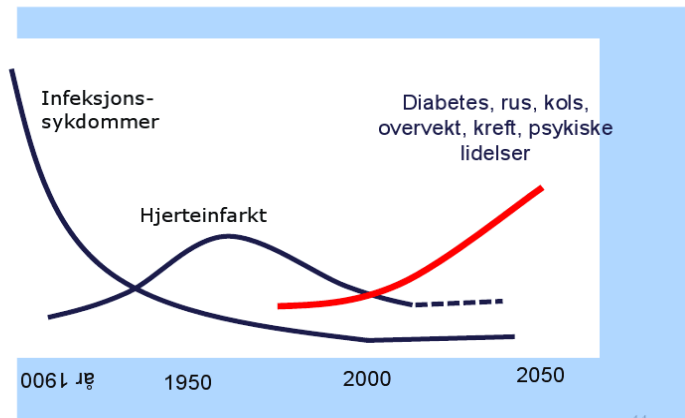
I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 legger regjeringen den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet de neste fire årene. Innsatsområdene er helhet og sammenheng for pasienter og brukere, folkehelse, framtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste som gir brukerne gode muligheter for livskvalitet og mestring, framtidens spesialisthelsetjeneste som enten desentraliseres eller spesialiseres ytterligere.

Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 beskriver utfordringene i helse- og omsorgstjenesten. Dominerende sykdomsgrupper er hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes type 2, luftveissykdommer, muskel- og skjelettsykdommer, ulykker og psykiske lidelser. Dette er sykdommer som i stor grad påvirkes av levekår, livsbetingelser og levevaner. Risikofaktorer er tobakksbruk, alkoholforbruk, uheldig kosthold og fysisk inaktivitet.

Helse- og omsorgstjenesten har endret seg fra å handle om livstruende tilstander og forhindre tidlig død, til å også omfatte tjenester som skal bedre livskvaliteten for kronisk syke og personer med nedsatt funksjonsevne og deres pårørende.

Levealderen øker i Norge, og antall personer over 80 år kan øke fra 190 000 i år 2000 til nesten 320 000 i 2030. Økt levealder vil bety at antall kronisk syke fortsetter å øke. Risiko for demens og kreft øker med alderen.

Sykdomsbildet endrer seg



Forventningene til hva helse- og omsorgstjenesten kan gjøre for den enkelte øker. Det må tenkes nytt om hvordan vi kan sikre en bærekraftig utvikling.

Stortingsmeldingen tar til orde for at det er behov for forskning og forskningsbasert kunnskap om pasientforløp, om effektive forebyggingstiltak og bruk av helsetjenester.

Moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi skal sikre effektiv samhandling.

3. Follo

Det er sju kommuner i Follo, med til sammen ca. 128 000 innbyggere:

Enebakk	10 262
Frogn	14 814
Nesodden	17 515
Oppegård	25 072
Ski	28 587
Vestby	14 708
Ås	16 733

Kilde: SSB 2010

Vestby, Frogn og Nesodden er hyttekommuner med økt befolkningsgrunnlag i sommerferien.

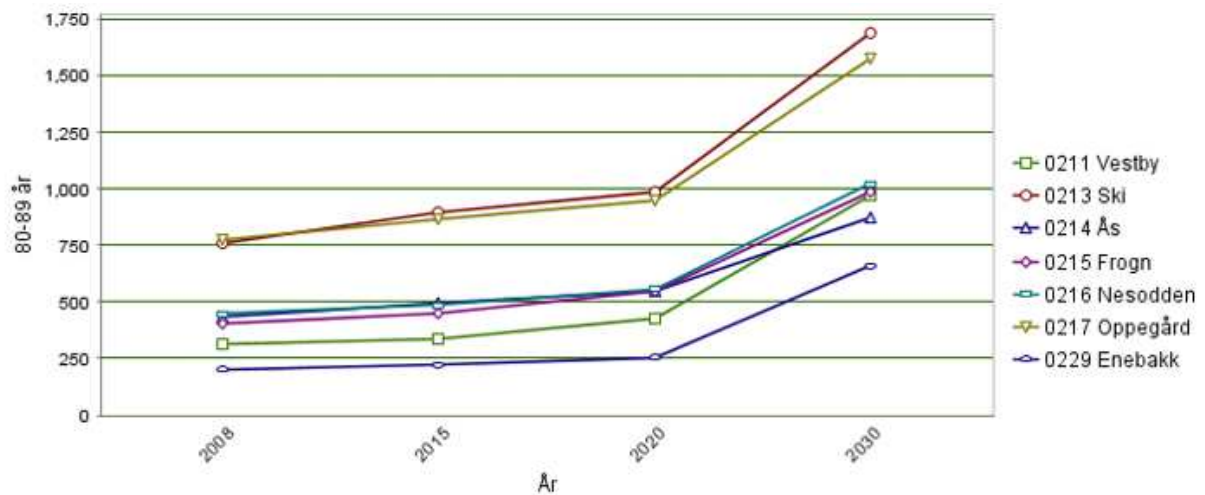
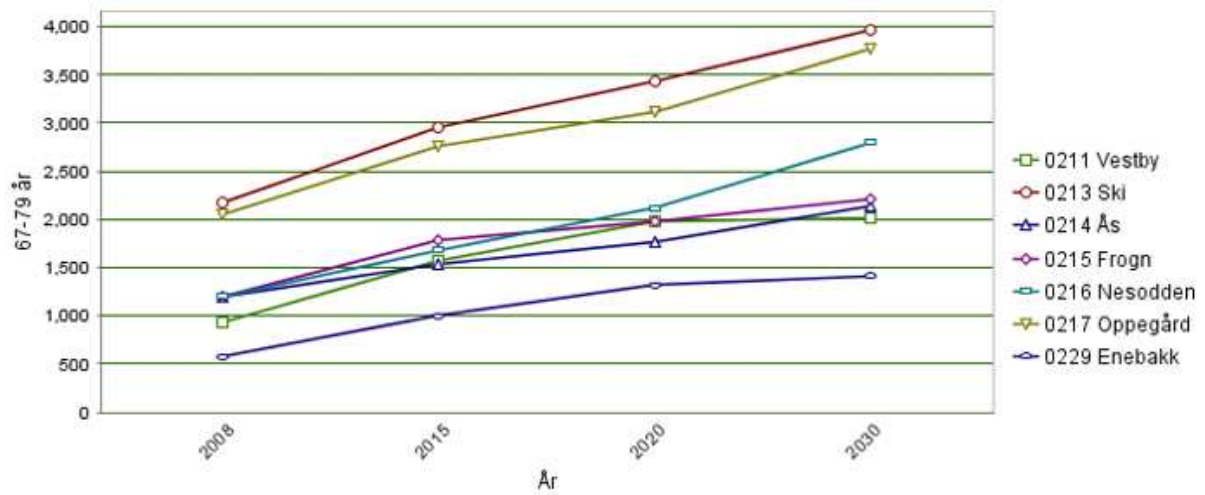
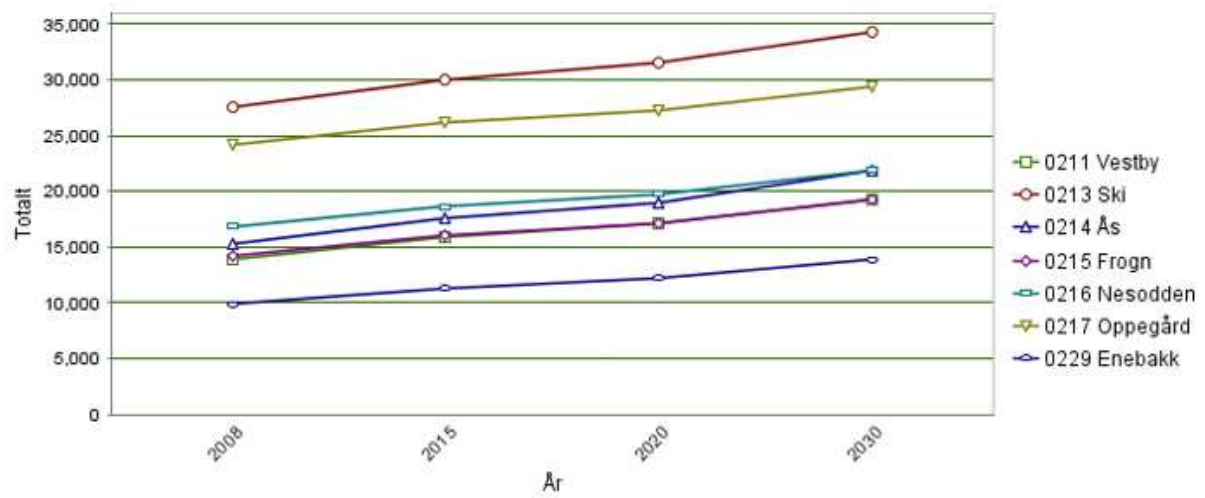
Folloregionen har en godt utbygd infrastruktur med jernbane og europaveiene E18 og E6. Det er varierende hvor godt kollektivtilbudet er utbygd mellom de ulike delene av Follo.



Follos befolkning hører til Akershus universitetssykehus, Ahus. Lengste kjøreavstand fra Follo til Ahus er ca. 60 km, og lengste reisetid er i underkant av en time. Kollektivtilbudet til Ahus for Follos innbyggere er dårlig utbygd. Helseekspressen er et tilbud til alle som har pasientrekvisisjon til undersøkelse og behandling ved Ahus. Den stopper fire steder i Follo, og har to avganger hver vei per dag.

Follo er en region med befolkningsvekst (se neste side). Antallet yngre eldre øker mer i årene framover, sammenliknet med aldersgruppen over 80 år som øker moderat fram til 2020. Dette tilsier prioritering av forebyggende helse- og omsorgstjenester.

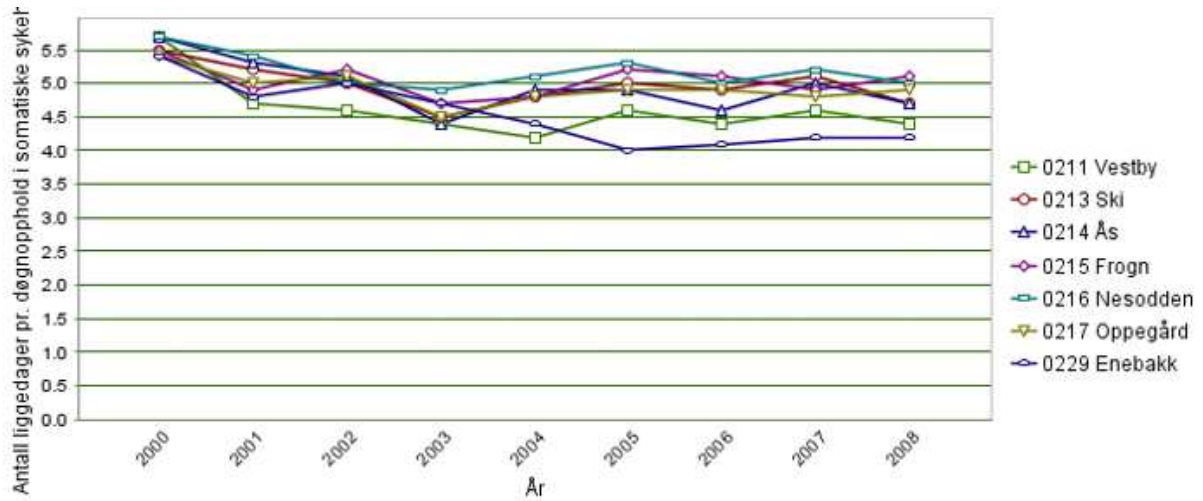
Befolkningsframskrivning i Follo: Totalt, 67-79 år og 80-89 år



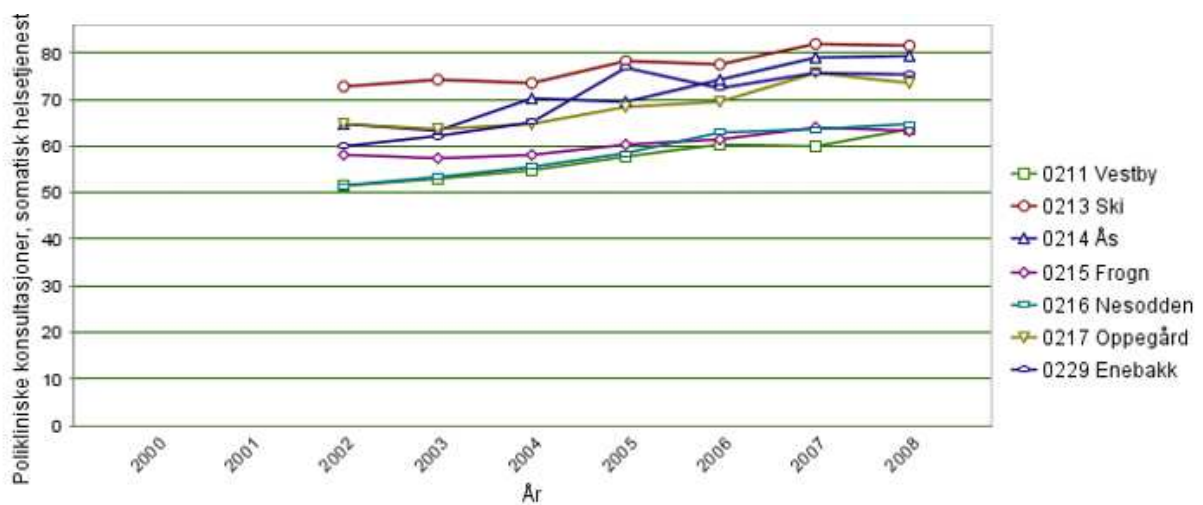
Kilde: Helsedirektoratet

Samtidig går liggetiden i sykehus ned, og antallet polikliniske konsultasjoner øker. Dette tilsier mer oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Antall liggedager per døgnopphold i somatiske sykehus:



Polikliniske konsultasjoner, somatisk helsetjeneste:



Kilde: Helsedirektoratet

3.1 Interkommunalt samarbeid i Follo på helseområdet

Follo har erfaring med interkommunalt samarbeid på helseområdet:

- Helsegruppen er et administrativt fagnettverk i Follorådet, underlagt rådmannskollegiet, og består av representanter på ledernivå fra Follo-kommunene. Gruppen følger opp og gjennomfører Follorådets utviklingsarbeid.
- Follo legevakt IKS er et samarbeid mellom kommunene Enebakk, Frogn, Nesodden, Oppegård, Ski og Ås. Innbyggere i Flateby i Enebakk kommune hører til Nedre

Romerike legevakt. Vestby kommune har legevaktssamarbeid med Mosseregionen. I vedlegg 2 er Mosseregionens samhandlingsprosjekt omtalt.

- Kompetansehjulet i Follo er et samarbeidsorgan om kompetanseutvikling for ansatte i pleie- og omsorgstjenestene. Alle Follo-kommunene deltar.
- ACT-teamet i Follo driver aktiv oppsøkende behandling og er et tilbud til voksne med alvorlig psykisk lidelse og omfattende behandlingsbehov. ACT-teamet er et samarbeid mellom kommunene Frogn, Nesodden, Oppegård, Ski, Vestby og Ås og Follo DPS (Ahus), og er organisert under Follo DPS.

3.2 Akershus universitetssykehus (Ahus)

Ahus skal levere helsetjenester til ca 460 000 mennesker. Opptaksområdet er, i tillegg til Follo, Øvre Romerike, Nedre Romerike, Rømskog kommune i Østfold og de tre østligste bydelene i Oslo, Alna, Grorud og Stovner.

I Ahus strategisk utviklingsplan for perioden 2012 – 2016 angis mål og virkemidler for perioden. Ahus ønsker at sykehuset skal være:

- Pasientenes førstevalg
- Et robust og fremragende forsknings- og innovasjonsmiljø
- Den mest attraktive arbeidsplass for helsepersonell
- Ledende på samhandling med kommuner og bydeler
- Et sykehus som setter agendaen i Helse-Norge

Ahus vil utvikle strategisk spisskompetanse på følgende prioriterte områder:

- Kreftbehandling
- Den eldre pasient
- Utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med tidlig ervervet funksjonshemming av kompleks karakter
- Ungdomsmedisin
- Tidlig diagnostikk, forebyggende behandling og intervensjon ved sykdom i hjernen
- Intervensjonsradiologi
- KOLS – kronisk obstruktiv lungesykdom
- Bekkensenteret: Tverrfaglig utredning og behandling av funksjonsforstyrrelser i bekkenbunnen

4. Metode og gjennomføring

Samhandlingsreformen er en omfattende reform ved at den berører de fleste pasient- og brukergrupper og ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Det har derfor vært sentralt å informere bredt om innholdet i reformen, om nytt lovverk og om prosjektet. Samtidig er det gitt anledning til å komme med innspill til områder som egner seg for interkommunalt samarbeid. Dette har vært gjort i følgende fora i Follo-kommunene:

- ledergrupper innen helse- og omsorgstjenestene
- politiske utvalg innen helse og omsorg
- legeråd
- privatpraktiserende fysioterapeuter
- eldreråd
- Follorådet

Sentralt i arbeidet har vært å utvikle samhandlingstiltak som vil øke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene til beste for innbyggerne. Prosjektgruppa har hatt fokus på bred involvering av fagpersoner i alle deltakende kommuner. Det har vært gjort gjennom etablering av tverrfaglige arbeidsgrupper. Ansattes organisasjoner er representert i både prosjektgruppa og arbeidsgruppene. Frivillig sektor og NAV har vært representert i sistnevnte.

Det er avholdt en rekke møter om samhandlingsreformen mellom Follo-kommunene og Ahus på henholdsvis ordfører-, rådmanns- og kommunalsjefnivå i prosjektperioden.

Det ble i juni 2011 gjennomført en kartlegging blant ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenestene i Follo-kommunene. De fleste kommunene melder at det vil bli en utfordring å bygge opp kompetanse og rekruttere ansatte i møte med samhandlingsreformens nye oppgaver og plikter. Flere formidler ønske om interkommunalt samarbeid innenfor områder som friskliv og akuttmedisin. Det etterlyses større grad av likeverdighet mellom kommune og sykehus, og dialog med sykehuset ved utskrivning av pasienter.

Prosjektgruppa har deltatt på samhandlingskonferanser i regi av Helse- og omsorgsdepartementet, KS og andre.

Arbeidsgruppene leverte rapporter med kartlegginger, vurderinger og forslag til interkommunale samhandlingstiltak. Tiltakene er vurdert i prosjektgruppa. På bakgrunn av forslag fra arbeidsgruppene, føringer i nasjonale dokumenter og erfaringer andre steder i landet, har prosjektet foreslått videreføring av prosjektet gjennom utredning av innhold i og behov for lokalmedisinsk senter.

4.1 Gjennomføring i henhold til prosjektplan

Prosjektet er gjennomført i henhold til prosjektplan datert 17. juni 2011. Delrapport som skulle vedtas i styringsgruppa 30. september 2011, ble vedtatt 14. oktober 2011.

Prosjektet skulle gi faglige, økonomiske og organiseringsmessige vurderinger av forslag til områder for interkommunalt samarbeid. Prosjektet gir primært faglige vurderinger av

forslagene, og anbefaler videre utredning av både faglige, økonomiske og organiseringsmessige forhold.

Prosjektet har, slik det ble tatt til orde for i prosjektplanen datert 17. juni 2011, primært sett på nye oppgaver i helse- og omsorgstjenesteloven knyttet til nye finansieringsordninger. Dette ut fra en økonomisk vurdering om hva som er rasjonelt for kommunene å satse på. Kartlegginger og oversikter i delrapporten er av generell og overordnet karakter.

4.2 Suksessfaktorer

Prosjektplanen beskrev følgende suksessfaktorer:

- God forankring politisk og administrativt, hos ansatte og brukere
- Ønske, vilje og forpliktelse om samhandling til beste for innbyggerne
- Å lykkes med å utnytte ressursene bedre gjennom samhandling
- At samarbeidet mellom Follo-kommunene og Ahus preges av likeverdighet
- Større og bedre fagmiljøer med kompetanseflyt interkommunalt og med Ahus
- God kommunikasjon og informasjon

Prosjektgruppa har lagt stor vekt på god forankring av og informasjon om prosjektet. Det er informert bredt, blant annet i politiske utvalg, ledergrupper og eldreråd, og åpnet for innspill og dialog i de samme fora.

Hovedfokus i arbeidet har hele tiden vært på innholdet i interkommunalt samarbeid for å sikre innbyggerne gode helse- og omsorgstjenester. Det er en fordel at medlemmene i prosjektgruppa fra Follo-kommunene også er de som de siste årene har sittet i Helsegruppen i Follorådet. Dette er viktig samarbeidserfaring som prosjektet har dratt nytte av.

Å utnytte ressursene bedre gjennom samhandling er sentralt i reformen. Dette har prioritet med hensyn til utvelgelse av tiltaksområder. Arbeidsgruppene skulle derfor gi anbefalinger med hensyn til kapasitet, kvalitet og økonomi for foreslåtte tiltak.

Samarbeidet med Ahus er styrket gjennom deltakelse fra Ahus i prosjektgruppa og arbeidsgruppene.

Større og bedre kompetansemiljøer og kompetanseflyt mellom forvaltningsnivåene har vært tema både i prosjektgruppa i de tverrfaglige arbeidsgruppene som har arbeidet i prosjektet.

4.3 Risiko i prosjektet

Prosjektplanen beskrev blant annet følgende risikofaktorer:

- Ny politikk på området, nye finansieringsordninger ikke prøvd ut
- Gråsoner mellom kommuner og sykehus om hvem som har hvilket ansvar

Prosjektgruppa ser at ny politikk på området, herunder nye finansieringsordninger, innebærer usikkerhet for Follo-kommunene og prosjektet. Dette er særlig knyttet til hva

behovet for fagkompetanse vil være i den enkelte kommune. Det vil kunne være en fordel for prosjektet at erfaringer med ny politikk og nye finansieringsordninger vil komme i løpet av utredningsfasen. Rammeavtale og særavtaler på ulike tjenesteområder mellom kommunene og Ahus skal på plass i løpet av 2012. Målet med avtalene er at disse skal klargjøre gråsoner mellom kommunene og sykehuset om hvem som har hvilket ansvar. Dette vil også være erfaringer prosjektet kan dra nytte av i utredningsfasen.

4.4 Forslag og tiltak

Prosjektet anbefaler at det utarbeides en ny prosjektplan. Denne skal gjelde utredningsfasen i prosjektet, dvs 2012.

4.5 Forventet måloppnåelse

Prosjektgruppa mener at resultatmålene for prosjektet i stor grad er nådd. Organisatoriske og økonomiske konsekvenser av forslagene må utredes videre. Når det gjelder prosessmålet om en kartlegging i den enkelte kommune, anbefaler prosjektgruppa at det gjøres en grundig kartlegging av "grunnmuren" i den enkelte kommune, relevant for områdene det vedtas å utrede for interkommunalt samarbeid.

4.6 Ansvarsforhold

Prosjekteier: Ordførermøtet i Follo

Styringsgruppe: Rådmannskollegiet i Follo

Prosjektleder: Ingvild Belck-Olsen

Prosjektgruppe:

Kommunalsjef i Enebakk kommune, Rune Hallingstad

Enhetsleder i Frogn kommune, Aud Palm

Kommunalsjef i Nesodden kommune, Anita Nilsen

Kommunalsjef i Oppegård kommune, Else Karin Myhre

Kommunalsjef i Ski kommune; Eli Thomassen

Resultatområdeleder i Vestby kommune, Torhild Kongshaug

Helse- og sosialsjef i Ås kommune, Marit Roxrud Leinhardt

Hovedtillitsvalgt Fagforbundet i Ski kommune, Anita Lorentzen

Rådgiver i KS Akershus, Morten Oppegaard

Avdelingssjef i Samhandlingsavdelingen Ahus, Anne Marie Lervik

Arbeidsgrupper:

Prosjektgruppa opprettet fire arbeidsgrupper for å utrede deler av arbeidsoppgavene (se vedlegg 1 for sammensetning av arbeidsgruppene). Kommunene og Ahus frigjorde personell til dette. Mandatene til arbeidsgruppene var å komme med konkrete forslag til tiltak til hvordan Follo-kommunene i fellesskap skal ivareta nye oppgaver innen lokalmedisinske tjenester og forebygging. Arbeidsgruppene vurderte om oppgavene skulle løses gjennom

- a. interkommunalt samarbeid,
- b. "spleiselag" mellom kommunene og AHUS,
- c. Desentralisering av spesialisthelsetjenester

Arbeidsgruppene hadde i tilnærming hovedfokus på nye plikter og oppgaver for kommunene, herunder nye finansieringsordninger. Arbeidsgruppene ble inndelt slik:

1. Akutte innleggelser i kommunene
2. Forebygge sykehusinnleggelser
3. Utskrivningsklare pasienter
4. Friskliv

5. Lokalmedisinsk senter i Follo

Prosjektgruppa foreslår på bakgrunn av nasjonale føringer i samhandlingsreformen, nye plikter for kommunene i helse- og omsorgstjenesteloven og faglige og lokale forhold at prosjektet samhandlingsreformen i Follo videreføres for utredning av lokalmedisinsk senter.

Noe av det som blant annet skal kjennetegne et godt lokalmedisinsk senter er at:

- det tilbyr helhetlige og integrerte tjenester før, istedenfor og etter spesialisthelsetjenester basert på sammenhengende pasientforløp (prosesser som tar utgangspunkt i den enkelte person sitt helhetlige behov, og hvor tjenestene gis i en planlagt og uavbrutt kjede).
- det legger stor vekt på egenmestring og tidlig intervensjon gjennom sekundær-/tertiærforebyggende tjenester. Dette inkluderer rehabilitering samt lærings- og mestringstjenester.
- det legger vekt på tverrfaglig tilnærming

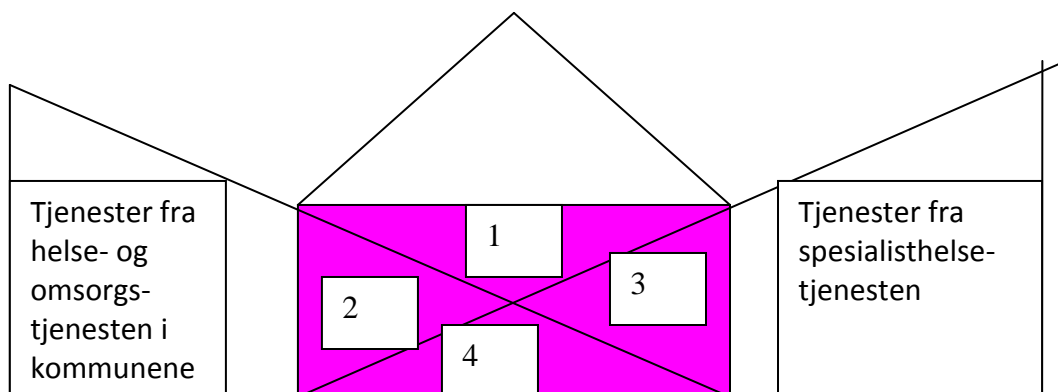
Etablering av lokalmedisinske sentra må sees uavhengig av fysisk lokalisering i kommunen/regionen for de funksjoner som inngår i tiltaket.

Etablering av blant annet kommunale ambulante team i tilknytning til lokalmedisinsk senter, vil kunne bidra til å sikre helhetlig tjenestetilbud og kostnadseffektiv drift og fleksibilitet mht. bemanning og kompetanse.

Prosjektet foreslår å utrede innholdet i lokalmedisinsk senter, det vil si om lokalmedisinsk senter bør fysisk romme eller ivareta koordineringen av

1. Administrasjons- og systemarbeid for samhandlingen
2. Interkommunalt samarbeid innen helse og omsorg
3. Desentraliserte spesialisthelsetjenester
4. Samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner

Lokalmedisinsk senter kan framstilles i en figur der disse fire delene inngår:



Punktene 1-4 fremgår i hhv. 5.1, 5.2, 5.3 og 5.4 nedenfor.

5.1 Administrasjons- og systemarbeid for samhandlingen

Prosjektet anbefaler å utrede organisering, økonomi og ledelse av lokalmedisinsk senter.

5.1.1 Organisering

Det finnes flere modeller for interkommunalt samarbeid om drift av helse- og omsorgstjenester, og prosjektet anbefaler at dette utredes. Her kan nevnes vertskommunemodellen og samkommunemodellen (NIVI 2010). Det er varslet ny politikk fra regjeringen knyttet til organisering av interkommunalt samarbeid. Utredningen bør vurdere eventuelt nytt lovverk.

5.1.2 Økonomi

Prosjektet anbefaler en utredning av det konkrete kapasitets- og kompetansebehovet i helse- og omsorgstjenesten i den enkelte kommune. Fra 2012 vil helseprofiler for den enkelte kommune produseres årlig fra Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Det bør etableres en omforent vurdering av hva grunnmuren i helse- og omsorgstjenesten i hver kommune bør bestå av. Dette vil danne grunnlaget for kapasitetsvurdering og kompetansebehov i lokalmedisinsk senter.

Kommunene vil i 2012 høste de første erfaringene med nye finansieringsordninger som kommunal medfinansiering av sykehusbehandling og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. Disse erfaringene, sammen med den nye finansieringen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, bør inngå i utredning av økonomiske forhold.

Både arbeidsgruppen akutte innleggelser i kommunene og arbeidsgruppen utskrivningsklare pasienter påpekte at det er behov for mer medisinskteknisk utstyr i kommunene, samt på lokalmedisinsk senter, for eksempel utstyr for blodprøver, hjertestarter, EKG, intravenøsutstyr til infusjon, smertepumper, etc. Kostnader knyttet til dette vil inngå i den økonomiske vurderingen.

5.1.3 Samarbeidsavtaler

Fra 2012 får kommunene plikt til å inngå samarbeidsavtaler med sykehuset. Gode samarbeidsavtaler mellom kommunen(e) og Ahus vil være avgjørende for å sikre at pasienter mottar helhetlige helse- og omsorgstjenester.

Helse- og omsorgstjenesteloven om samarbeidsavtaler

- Avtalen skal omfatte enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver som forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for
- retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud
- beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
- retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter
- retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
- samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid
- samarbeid om jordmortjenester
- samarbeid om IKT-løsninger lokalt
- samarbeid om forebygging
- samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden
- Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, og hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.

Avtalekompetanse, kjennskap til helse- og omsorgstjenestene og kommunene vil være viktig å besitte når avtaler skal framforhandles og reforhandles. Kommunestyret selv skal inngå avtalene.

Prosjektet anbefaler å utrede etablering av et formalisert interkommunalt samarbeid om samarbeidsavtaler.

5.1.4 IKT-samhandling

For forsvarlig behandling av pasientene er det avgjørende med rask og sikker informasjonsutveksling mellom kommunene og sykehus. Prosjektet anbefaler å utrede IKT-løsninger både for informasjonsutveksling og for telemedisinske løsninger i pasientbehandling.

Arbeidsgruppen akutte innleggelser har understreket at elektronisk samhandling internt i kommunene og mellom sykehus, legevakt og kommunene må være på plass fra dag én ved etablering av akutte døgnplasser. Arbeidsgruppen forebygge sykehusinnleggelser mener det bør utvikles en felles IKT-plattform der alle berørte parter har tilgang på tilstrekkelig og oppdatert informasjon. Dette skal redusere risiko for feil og gi bedre kvalitet på behandling og oppfølging, og reduksjon i antall reinnleggelser. Også arbeidsgruppen utskrivningsklare pasienter har bruk av helsenett og andre teknologiske løsninger som aktuelt tiltaksområde for interkommunalt samarbeid.

5.2 Interkommunalt samarbeid innen helse og omsorg

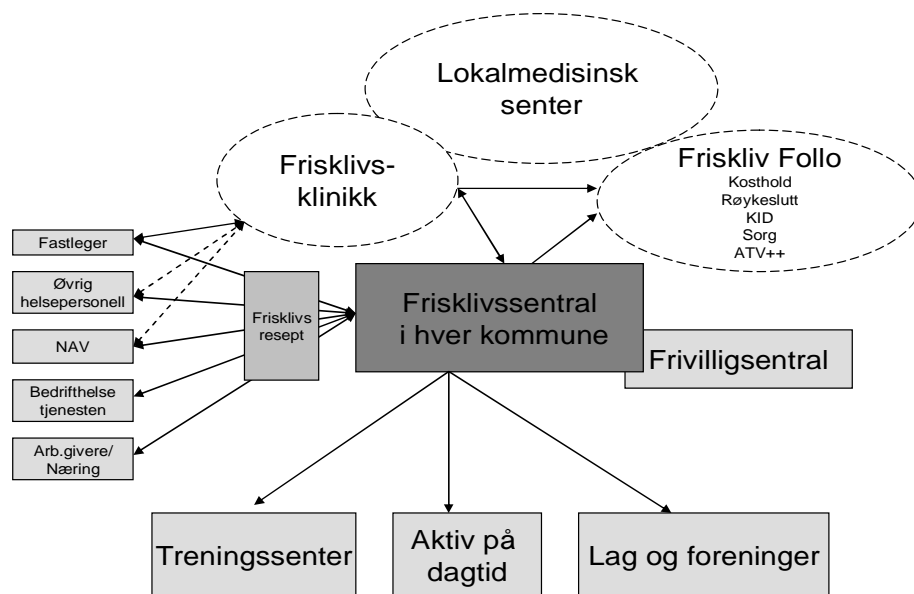
Hovedintensjonen i samhandlingsreformen er at kommunene skal tilby tjenester før, i stedet for og etter sykehusopphold. Dette er kompetansekrevene oppgaver som det kan være hensiktsmessig å etablere interkommunalt i lokalmedisinsk senter. Innhold og behov for døgnplasser i lokalmedisinsk senter bør utredes nærmere.

5.2.1 Frisklivssatsing

I et lokalmedisinsk senter legges det stor vekt på egenmestring og tidlig intervensjon gjennom sekundær-/ tertiærforebyggende tjenester (St.meld. nr. 47 (2010-2011)). På frisklivssentraler får innbyggere hjelp til å endre levevaner og leve med sykdom gjennom metoder som har dokumentert effekt. Det er viktig å bygge opp tilbud der folk bor. Prosjektet anbefaler på bakgrunn av innspill fra arbeidsgruppen friskliv at hver Follo-kommune oppretter minimum 100 % fast stilling til frisklivskordinator for etablering av frisklivssentral i hver kommune.

Det avanserte knyttet til forebyggende tjenester bør samles i sterke fagmiljøer. På interkommunalt nivå anbefaler prosjektet å etablere Friskliv Follo, et nettverk bestående av alle frisklivskordinatorene. I Friskliv Follo skal koordinatorene samarbeide om felles tiltak og kompetanseheving.

Det bør utredes å opprette frisklivsklinikk, lokalisert i lokalmedisinsk senter. Frisklivsklinikk kan være et tilbud til innbyggere med kroniske lidelser relatert til muskel-skjelettsystemet, psykosomatiske plager, kroniske smerteplasser for tverrfaglig utredning, vurdering og behandling (se figur neste side).



5.2.2 Tilbud før og i stedet for sykehusopphold

Fra 2016 vil kommunene ha plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp som døgntilbud. Prosjektet anbefaler å utrede etablering av interkommunalt døgntilbud for pasienter med forverring av noen kroniske sykdommer.

For pasienter som har akuttbehov for observasjon/ avklaring, kan den lokale legevakten benyttes. Legevakten i Follo har erfaring med to til tre observasjonsplasser. Plassene benyttes for stabilisering og avklaringer for videre behandling. Vakthavende lege stabiliserer og observerer i 3-5 timer. Når den første akutte fasen er stabilisert, må pasienten utskrives til hjemmet eller sendes videre til et annet behandlingsnivå. Pasienter som trenger videre oppfølging i forhold til kjente kroniske sykdommer, der behandling er avtalt på forhånd, kan overføres til (inter)kommunalt akutt døgntilbud (se ovenfor). Det bør utredes om legevakt skal samlokaliseres med en slik avdeling i lokalmedisinsk senter. Dette vil kunne ha synergieffekter gjennom et mer helhetlig tilbud for pasientene og et større fagmiljø.

5.2.3 Tilbud etter sykehusopphold

Noen utskrivningsklare pasienter fra sykehus vil ha behov for døgntilbud i kommunen. Disse anses for å være for "friske" til å være på sykehus, og for "syke" til å reise hjem. Det finnes i dag spesialiserte korttidsenheter flere steder i landet, som på Økern, Nordbyhagen og Sjøbstad helsehus i Trondheim (se vedlegg 2). Arbeidsgruppen for utskrivningsklare pasienter viser til denne type tiltak, og anbefaler videre kartlegging og utredning. Arbeidsgruppen mener videre at tiltak knyttet til akutte innleggelser i kommunene, forebygge

sykehusinnleggelser og utskrivningsklare pasienter bør samkjøres med en felles arbeidsgruppe i videreføringen av prosjektet.

5.2.4 Ambulante tjenester

Etablering av ambulante team i tilknytning til lokalmedisinsk senter, vil kunne bidra til å sikre helhetlig tjenestetilbud og kostnadseffektiv drift og fleksibilitet med hensyn til bemanning og kompetanse, jfr. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Arbeidsgruppen forebygge sykehusinnleggelser foreslo å utrede opprettelse av Kompetansebanken, et lavterskeltiltak som kan gi råd og bistand til det eksisterende hjelpeapparatet i kommunene. Dette gjelder pasienter som har behov for kortvarig behandling, og for pasienter som nylig er utskrevet fra sykehus. Kompetansebanken kan tilknyttes lokalmedisinsk senter. Tiltaket kan koordineres med Kompetansehjulet i Follo. Prosjektet anbefaler utredning av ambulante tjenester i tilknytning til lokalmedisinsk senter.

5.3 Desentraliserte spesialisthelsetjenester i Follo

Til tross for at det er relativt kort avstand mellom Follo-kommunene og Ahus, er det likevel ønskelig med desentraliserte sykehustjenester på grunn av Follo's befolkningsstørrelse. Det kan være hensiktsmessig å lokalisere disse i lokalmedisinsk senter. Dette bør utredes nærmere.

Arbeidsgruppen som utredet akutte innleggelser i kommunene presiserte at det er viktig at pasienten får en avklaring i forhold til rett behandling på rett sted, og at det ikke slakkes på kravet til innleggelse eller akutt poliklinisk behandling i sykehus. Det er per i dag ikke mulig for fastleger eller legevakt å henvise pasienter til *akutt* poliklinisk behandling, det vil si samme dag. I stedet blir pasienten lagt inn i sykehus.

Arbeidsgruppen utskrivningsklare pasienter foreslo ukentlig visitt/ poliklinikk med spesialist i indremedisin/ kirurgi på sykehjem. Prosjektet anbefaler å utrede hvilke spesialisthelsetjenester det er ønskelig å desentralisere til Follo. Det bør også vurderes om det er ønskelig med en annen organisering av enkelte spesialisthelsetjenester.

5.4 Samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner

5.4.1 Mobile laboratorium- og røntgentjenester

Bedre vurderingsgrunnlag av pasientenes helsetilstand i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil innebære at flere pasienter kan behandles der. Bedre vurderingsgrunnlag vil si mer presis diagnostisering. I dag utføres mye presis diagnostisering på sykehus. Mobilt laboratorium, mobilt røntgen og diverse andre funksjoner som EKG, spirometri og enklere intravenøs behandling vil være til nytte, jfr innspill fra arbeidsgruppe forebygge sykehusinnleggelser og arbeidsgruppe utskrivningsklare pasienter. Prosjektet anbefaler derfor å utrede et slikt tiltak. Tiltaket kan være tilknyttet lokalmedisinsk senter og utvikles i samarbeid med Ahus.

6. Økonomiske forhold

Prosjektet samhandlingsreformen i Follo har mottatt samhandlingsmidler fra HelseDirektoratet på 1 mill. kroner i 2010 og 1 mill. kroner i 2011. Det forutsettes at prosjektet vil motta støtte i de påfølgende årene.

Egenfinansiering fra kommunene og Ahus foreslås til ca. 50 % av den totale budsjetttrammen for prosjektet. Dette vil komme i form av egeninnsats blant annet gjennom deltakelse i arbeidsgrupper med egne ansatte.

Prosjektperiode	Kostnad	finansiering	
		Kommunene og Ahus	Prosjektmidler
2012	4 000 000	2 000 000	2 000 000
2013	4 000 000	2 000 000	2 000 000
2014	4 000 000	2 000 000	2 000 000

Utgifter vil være lønn til prosjektleder i 100 % stilling og delprosjektledere i ca. 25 % stillinger, konsulenttjenester, reiseutgifter, arrangementer, konferanser, forbruksmateriell og utstyr.

Det anbefales at prosjektet deles inn i fem delprosjekter/ arbeidsgrupper, med hver sin delprosjektleder. Delprosjektlederne bør frikjøpes i ca. 25 prosent av sin opprinnelige stilling i kommunene. Prosjektleder for hovedprosjektet kan lede et delprosjekt.

7. Organisering og eierskap

Som nevnt i kapittel 5.1.1 finnes det flere modeller for interkommunalt samarbeid om drift av helse- og omsorgstjenester, og prosjektet anbefaler at dette utredes. Her kan nevnes vertskommunemodellen og samkommunemodellen (NIVI 2010). Det er varslet ny politikk fra regjeringen på området. Utredningen bør vurdere eventuelt nytt lovverk. Eier av lokaler/ bygg og utstyr vil være avhengig av valgt organiseringsmodell.

8. Framdriftsplan og konklusjon

Prosjektet foreslår at prosjekt Samhandlingsreformen i Follo videreføres for utredning av de ulike delene i lokalmedisinsk senter. Utredningen foreslås inndelt i delprosjekter.

Delprosjektnummer	Delprosjekttittel	Hva skal utredes
1	Administrasjons- og systemarbeid	<ul style="list-style-type: none">• Organisering• Økonomi• Samarbeidsavtaler• Følgforskning og evaluering
2	IKT	<ul style="list-style-type: none">• Bedre informasjonsutveksling• Telemedisin

3	Tjenester før, i stedet for og etter sykehusopphold	<ul style="list-style-type: none"> • Observasjon • Øyeblikkelig hjelp døgntilbud • Etterbehandling • Ambulante tjenester • Desentraliserte spesialisthelsetjenester
4	Frisklivssatsing	<ul style="list-style-type: none"> • Friskliv Follo • Frisklivsklinikk
5	Mobile laboratorium- og røntgentjenester	<ul style="list-style-type: none"> • Røntgen • Laboratorium • EKG • Intravenøs behandling • ansvarsfordeling

Det foreslås en utredningsfase på ett år, for deretter en hørings- og vedtaksfase, iverksettelsesfase og driftsfase. Total tidsramme for prosjektet vil være ca. tre år. Konkret framdriftsplan for utredningsfasen vil framkomme i en egen prosjektplan.

2012	Vår 2013	Høst 2013	Høst 2014
Utredningsfase	Hørings- og vedtaksfase	Iverksettelsesfase	Driftsfase

Referanser

Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (2008-2009), Innst. S. nr. 212 (2009-2010), Helse- og omsorgstjenesteloven, Prop. 91 L (2010-2011) og Innst. 424 L (2010-2011) Folkehelseoven, Prop 90 L (2010-2011) og Innst. 423 L (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015, Meld. St. 16 (2010-2011) og Innst. 422 S (2010-2011) Kommuneproposisjonen, Prop 115 S (2010-2011) og Innst. 429 S (2010-2011) Verstkommunesystem eller samkommune? NIVI-notat 2010-5 Status for interkommunalt samarbeid og aktuelle veivalg. NIVI-notat 2010:3

Vedlegg

Vedlegg 1

Sammensetning delprosjektgrupper:

Delprosjekt 1 Akutte innleggelser i kommunene

Hanne Alm (leder)	Enhetsleder	Frogn kommune
Lars Holø	Fastlege	Ski kommune
Grete Wærriø	Sykepleier	Nesodden kommune
Stine Janitz	Fagsykepleier	Oppegård kommune
Ole Kristen Karlsrud	Daglig leder	Legevakten
Morten Laudal	Kommunelege	Vestby kommune
Bendik W. Hegna	Seksjonssykepleier	Ahus
Bente Kristiansen	Tillitsvalgt NSF	Ås kommune

Delprosjekt 2 Forebygge sykehusinnleggelser

Heidi P. Grøtvedt (leder)	Virksomhetsleder	Ski kommune
Ulla Mantere	Sykepleier	Nesodden kommune
Torstein H. Michelet	Fastlege	Ski kommune
Svein Otto Fredwall	Fastlege	Ski kommune
Hanne Marthinussen	Leder hjemmetj.	Vestby kommune
Irene Dietrichson	Ergoterapeut	Ås kommune
Jan Emil Kristoffersen	Lege	Ahus
Mina El-Melhaoui	Tillitsvalgt NSF	Enebakk kommune

Delprosjekt 3 Utskrivningsklare pasienter

Christin Rosef (leder)	Kreftsykepleier	Nesodden kommune
Kristian Kamben	Fastlege	Enebakk kommune
Bente Authen	Sykepleier	Vestby kommune
Gry Mathisen	Bestillerkontor	Ås kommune

Iane Fjellvang	Fysioterapeut	Frogn kommune
Aud Sæther	Bestillerkontor	Oppegård kommune
Grete Nordbø	Rådgiver	Ahus

Delprosjekt 4 Friskliv

Siri Bakkeli (leder)	Aktivitetskoord.	Oppegård kommune
Lene M. Østby	Frisklivskoord.	Ski kommune
Liv Marit Bølset	Folkehelsekoord.	Ski kommune
Angelica E. Scorpis	Fastlege	Ås kommune
Ingjerd O. Andersson	Fysioterapeut	Enebakk kommune
Torill Skage Sørli	Leder	NAV
Olav Heie	Fastlege	Frogn
Inger Johanne Strand	Folkehelsekoord.	Vestby kommune
Tone Merethe Eng	Frivilligkoord.	Ås kommune

Vedlegg 2

Samhandlingsprosjekter andre steder i landet

Nedre Romerike

Prosjektet Samhandling på Nedre Romerike og Rømskog er et samarbeidsprosjekt som omfatter kommunene Aurskog-Høland, Fet, Lørenskog, Nittedal, Rælingen, Skedsmo, Sørums og Rømskog, AHUS og Høgskolen i Akershus. Prosjektoppstart er 1.9.2011 og skal ha 2,35 års varighet. Prosjektet består av seks delprosjekter:

- interkommunal samhandlingsadministrasjon
- interkommunalt lokalmedisinsk senter
- utvidelse av samarbeid knyttet til sykehjem- og hjemmetjenestefunksjoner
- Interkommunal døgnetenhet for barn og unge
- IKT
- Andre samhandlingsarenaer (psykisk helse/rus, autismespekteret, funksjonshemmede, rehabilitering, omsorgsboliger, kostnadsberegne)

Øvre Romerike

Prosjektet Samarbeid om helsetjenester "Lokalmedisinsk senter" Øvre Romerike, består av kommunene Eidsvoll, Ullensaker, Nannestad, Nes, Gjerdrum og Hurdal. Prosjektgruppa foreslår i forprosjektrapport datert 8.8.2011 følgende samarbeidstiltak:

1. Spesialisert korttidsenhet med anslagsvis 30 plasser (Stensby)
2. Lindrende enhet med 16 plasser (Stensby)
3. Tilbud til utagerende demente med anslagsvis 15 plasser (Nes kommune)
4. Rehabiliteringstilbud med anslagsvis 34 plasser (Ullensaker kommune)

Prosjektgruppa i Øvre Romerike tilrår videre at kommunene etablerer et interkommunalt samarbeid innen følgende områder:

5. Miljørettet helsevern (Tunet eller i en av kommunene)
6. Interkommunalt nettverk innen legetjenesten i sykehjem
7. Felles satsing på kompetanseutvikling for å møte samhandlingsreformen

Prosjektgruppa i Øvre Romerike tilrår at felles legevakt med tilhørende tjenester utredes med sikte på å etablere tjenesten innen 2016:

8. observasjonssenger
9. Døgnbemannet øyeblikkelig hjelp-senger
10. Etterbehandlingssenger, der en har behov for legekompentanse på døgnbasis

De tilrår også at det igangsettes et felles regionalt prosjekt "Folkehelse ØRU" for å styrke regionens samlede innsats innen folkehelse for å utjevne helseforskjeller.

Behandlingstiltak tilrås organisert som administrativt vertskommunesamarbeid.

Interkommunalt samarbeid innen miljørettet helsevern tilrås organisert som et IKS. Øvrige samarbeidstiltak organiseres innenfor rammene av det ordinære samarbeidet i ØRU.

Økonomi skal avklares for hvert av tiltakene gjennom forhandlinger og avtaler.

Mosseregionen

Prosjektet Lokalmedisinsk senter i Mosseregionen er et fireårig samarbeidsprosjekt som omfatter kommunene Moss, Rygge, Råde, Våler og Sykehuset Østfold. Dette samarbeidet har fokus på regjeringens krav om at sykehus og kommuner skal undersøke muligheter for å lage "spleiselag" – lokale samarbeidsprosjekter, som kan erstatte behandling på sykehus.

Det er utredet etablering av et lokalmedisinsk senter basert på nasjonale føringer, faglig dokumentasjon, estimert behov og evalueringer. Oppbyggingen av lokalmedisinsk senter skal skje trinnvis. Trinn 1: Legevakt og senger for observasjon/akutt pleie. Trinn 1 skal til politisk behandling høst 2011/ vår 2012.

Befolkningsgrunnlaget for lokalmedisinsk senter er 56 000 og i legevaktssamarbeidet med Vestby er det ca. 70 000 innbyggere. Legevakt åpner i nye lokaler, leiet i en del av Sykehuset Østfold, Moss som ligger vegg i vegg med Peer Gynt sykehjem – kompetansesenter for rehabilitering og lindrende enhet.

Trinn 2: Poliklinikker og ambulante team (2013-2016)

Trinn 3: Folkehelse og friskliv (2014-2017)

Trinn 4: Kommuneoverleger og administrasjon (2015-2018)

Trinn 5: Samhandlingsprosjekter (2012-2017) I eller utenom lokalmedisinsk senter: fastleger, sykehjem, hjemmesykepleie, psykiatri.

Hallingdal lokalmedisinske senter

Forprosjektet Hallingdal lokalmedisinske senter ble opprettet av Regionrådet for Hallingdal og Vestre Viken HF for å utrede videreutvikling av Hallingdal sjukestugu til et

interkommunalt lokalmedisinsk senter. Området har et befolkningsgrunnlag på 20 000 innbyggere, samt turisme. Forprosjektet anbefalte i rapport 15.1.2011 å videreføre arbeidet i Hallingdal gjennom et hovedprosjekt, med følgende delprosjekter:

- Administrasjon og organisering
- IKT, Telemedisin og medisinskteknisk utstyr
- Kompetanse / Lærings- og mestringssenter
- Forebyggende tiltak
- Medisinskfaglig samarbeid
- Døgn- og dagbehandling – somatikk
- Rus og psykisk helsearbeid

For en framtidig driftsorganisering av et lokalmedisinsk senter anbefales vertskommunemodellen. Tiltak eierne finner aktuelt å legge til andre kommuner, skal fortsatt koordineres fra det lokalmedisinske senteret.

Våren 2011 vedtok styret i Vestre Viken HF, Regionrådet og alle kommunestyrene rapporten og en utredningsfase på ett år.

Fosen distriktsmedisinske senter

Fosen-kommunene har etablert et distriktsmedisinsk senter (DMS) der de har et utbygd døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. De har fire typiske pasientgrupper:

- KOLS-pasienter med forverring av tilstanden
- Eldre pasienter med ubehag eller smerter i magen
- Pasienter med kjent angina pectoris og smerteanfall
- Kreftpasienter med forverring av smerter

Erfaringer fra Fosen DMS var at

- 75 % av pasientene som ble lagt inn til observasjon, ble fulgt opp lokalt,
- 25 % ble sendt videre til sykehus,
- 85 % av pasientene som fikk etterbehandlingstilbud, ble skrevet ut til hjemmet, kommunale korttidsplasser, omsorgsboliger eller sykehjem
- 15 % ble reinnlagt på St. Olavs hospital

Søbstad Helsehus

Erfaringer fra Søbstad Helsehus i Trondheim viser at pasienter som får etterbehandling der, klarer seg bedre enn pasienter som får slik behandling ved St. Olavs hospital. Dessuten er kostnadene for oppholdet ved Søbstad betydelig lavere enn ved sykehuset.

Et doktorgradsarbeid viser at etterbehandling ved Søbstad sammenliknet med etterbehandling ved St. Olavs hospital førte til færre reinnleggelser, hhv. 19,4% og 35,7%. Flere pasienter klarte seg uten kommunale omsorgstjenester. Etter seks måneder var det 25 % av Søbstad-pasientene som klarte seg selv, mot 10% av de som var behandlet på sykehus. Dødeligheten etter ett år var 18 % i Søbstad-gruppen og 31 % i sykehusgruppen.