

VEDLEGG

**FELLES
FORMANNSKAPSMØTE**

01.06.12

Arkivsak-dok. 11/01075-19
Saksbehandler Gaute Øvrebotten

Saksgang
Kommunestyret

Møtedato

Interkommunalt samarbeid om samhandlingsreformen - oppfølging av prosjektrapport

Rådmannens innstilling:

1. IMA (intermediær avdeling) konsekvensutredes som alternativ til hovedrapportens anbefaling om LMS (lokalmedisinsk senter). Utredningen utarbeides i fellesprosjekt for Lunner og Gran. Rådmannen rapporterer fortløpende om arbeidet til formannskapet.
2. Utredningen legges fram sammen med hovedrapportens anbefalinger til politisk behandling i november 2012.
3. Kommunen etablerer forsøk med øyeblikkelig hjelp på grunnlag av avtale med Sykehuset Innlandet, og det søkes om midler så raskt som mulig.
4. Handlingsplanen for *Opptur* gjennomgås parallelt med konsekvensutredningen i lys av de viste alternativene. Analysen legges frem sammen med konsekvensutredningen og prosjektrapporten.

Saksdokumenter

Vedlagt

Forprosjektrapporten med vedlegg (tidligere delt ut til kommunestyrets medlemmer)	N
Forprosjektrapportens oppsummering av tiltakene (kap. 9)	J
Folkehelsesloven	N
Helse- og omsorgsloven	N
Samhandlingsavtaler med Sykehuset Innlandet HF – fase 1 (31.1.12)	N
Samhandlingsavtaler med Sykehuset Innlandet HF – fase 2 (30.6.12) (se egen sak)	N

Forprosjektrapporten er tilgjengelig for nedlasting sammen med øvrige vedlegg til møtet, her:

<http://www.gran.kommune.no/Gran-kommune/Politikk/Sakslister-og-protokoller1/Sakslister-og-protokoller/>

Saksopplysninger:

Saksframlegget er utarbeidet i samarbeid mellom rådmennenes prosjektansvarlige og fremmes likelydende for behandling i kommunestyrene i Lunner og Gran. Det er gjort nødvendige tilpasninger av fellesteksten slik at den samsvarer med realitetene i Gran og innstillingen omhandler i tillegg til felles ledd også lokale forhold. Tilsvarende tilpasning gjøres i Lunner.

Prosjektets historikk

Kommunestyrene i Lunner (k-sak 80/2010) og Gran (k-sak 121/10) vedtok i desember 2010 å etablere et forprosjekt for å konkretisere omfang og innhold i et interkommunalt samarbeid på Hadeland om

samhandlingsreformen. Til grunn for vedtaket lå rapport fra en forstudie utarbeidet av representanter for de aktuelle fagmiljøene i de tre hadelandskommunene mars-september 2010. Prosjektets målsetting er, slik prosjektplanen beskrev den:

- Prosjektets *samfunns mål*: Innbyggere i Hadelandsregion opplever at de får rett behandling, på rett sted, til rett tid. Dette er sikret gjennom et systematisk samarbeid som er av høy kvalitet og fremstår helhetlig. Helsetjenestene setter pasienten / brukeren i fokus og ivaretar samfunnets ressurser på best mulig måte.
- Prosjektets *resultat mål*: Interkommunale samhandlingsplaner, inkl. økonomiske og organisatoriske konsekvenser, er vedtatt og iverksatt. Det er etablert forpliktende avtaler kommunene i mellom og mellom kommunene og Sykehuset Innlandet om hva som skal samordnes og på hvilken måte.
- Forprosjektets *gjennomførings mål*: Utvikle en helhetlig driftsmodell som skal sikre at brukeren opplever et sammenhengende, helhetlig tjenestetilbud som leverer god kvalitet på rett sted til rett tid.

Forprosjektperioden var opprinnelig fastlagt til 1.1.2011- 30.09.2011. Delprosjektgruppene leverte sine rapporter i henhold til framdrift, mens prosjektgruppa blei innvilga ytterligere arbeidstid og sluttførte sitt arbeid medio desember.

Forprosjektet la fram sin rapport i desember 2012. Kommunestyrene blei orientert om rapportens hovedinnhold i et fellesmøte 2. februar 2012. I prosjektrapporten anbefales "en enhetlig driftsmodell" som den faglig beste løsningen for kommunene.

Nye helselover

Vi fikk i 2011 to nye helselover:

- Folkehelseloven. Den nye folkehelseloven trådte i kraft 1.1.12. Den gir både kommuner og stat et mer helhetlig ansvar for befolkningens helse. Ny folkehelselov styrker kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer.
- Helse- og omsorgsloven. Ny helse- og omsorgstjenestelov trådte i kraft 1. januar 2012. Fra samme tid ble kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven opphevet. Den nye loven samler kommunens plikter på ett sted.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen innebærer at kommunene overtar et større ansvar for helse og omsorgstjenestene, dette gjelder innenfor forebyggende helsearbeid, utjevning av sosiale ulikheter i helse, behandling før, i stedet for og etter sykehus samt øyeblikkelig-hjelp.

Reformen springer ut av den nye helse- og omsorgsloven. Det er nå en plikt for kommuner og sykehus til å samarbeide. Kvalitet skal måles bedre. Målet er at pasienter og brukere får et tilbud som er lettere å forholde seg til, og som henger bedre sammen. Samhandlingsreformen flytter samtidig 5 milliarder kroner fra staten til kommunene i 2012. Ideen bak dette grepet er at det skal lønne seg å forebygge og bygge opp nye tjenester der folk bor.

Plikten til å samarbeide konkretiseres videre til krav om samhandlingsavtale mellom kommunen og helseforetaket (Helse Sør-Øst; delegert til Sykehuset Innlandet HF (SI). Kommunene i Hedmark og Oppland har valgt å stå sammen i dette arbeidet. Forhandlingene med SI er ført av et forhandlingsutvalg ledet av rådmannen i Vågå, Tor Arne Gangsø, med administrativ støtte fra KS

Hedmark og Oppland. Første del av avtaleinngåelsen ble fullført i februar 2012, andre del kommer til politisk behandling i juni 2012, herunder avtale om samarbeid om øyeblikkelig hjelp.

I 2012 er det to konkrete samhandlingstiltak som etableres og som har økonomiske konsekvenser:

- "Medfinansiering": Om lag 4,2 milliarder kroner overføres fra sykehusene til kommunene for at de skal betale sin del av sykehusregningen.
- "Utskrivningsklare pasienter": Kommunene overtar ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag. De får overført rundt 560 millioner kroner fra sykehusene for å etablere tilbud for disse pasientene.

I tillegg er rammen for øyeblikkelig hjelp (definert som "døgntilbud for pasienter som har behov for akutt hjelp eller observasjon", oftest kalt "Ø-hjelp") klar: Den nye kommunale plikten til å etablere tilbud med øyeblikkelig hjelp skal fases inn i perioden 2012-2015. "Ø-hjelp" skal være etablert seinest 1.1.2016. Det er stilt midler til oppbygging fra og med inneværende år og kommunene kan søke på grunnlag av konkret plan og med gyldig samarbeidsavtale med sykehuset.

Samhandlingsreformen har endret karakter fra stor endring til retningsreform. Erfaringene så langt synes å vise at kommunestørrelse ikke er så avgjørende for å løse de oppgaver som i dag er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste takler allerede mottak av "utskrivningsklare pasienter". Samhandlingen med sykehusene er god. Det er avsatt "korttidsplasser" som benyttes for å tilby kommunal omsorg på kort varsel. Det gjenstår å se om pasientflyten (innskriving/utskrivning) endres varig etter at det nye systemet er innført. Om beløpet til "medfinansiering" er tilstrekkelig er mer uklart, ettersom statistikkgrunnlaget (DRG-koding) ikke er godt nok. To viktige faktorer som påvirker begge kostnadsbildene, er antall innleggelser og tilpasning gjennom utskrivning for gjeninnleggelse. Dette kartlegges av Helsedirektoratet. Folkehelsearbeid, forebygging og øyeblikkelig hjelp er virkemidlene som skal demme opp for innleggelse.

Vurdering:

Rådmannen anbefaler kommunestyret å legge prosjektrapportens anbefalinger på vent og utsette sluttbehandlingen til en har fått konsekvensutredet et mindre omfattende alternativ. Slik rådmannen ser det, handler saken i denne omgang om å be om en tilleggsutredning til forprosjektets arbeid. Vurderingene som følger under, kommer likevel kort inn på temaer som blir sentrale når kommunestyret får saken tilbake i november (foreslått tidspunkt).

Forprosjektets rapport

Forprosjektet har levert en prosjektrapport som er i samsvar med mandatet: "Utvikle en helhetlig driftsmodell som skal sikre at brukeren opplever et sammenhengende, helhetlig tjenestetilbud som leverer god kvalitet på rett sted til rett tid."

Forprosjektet hadde ikke som mandat å legge fram alternativer, verken alternative omfang eller varianter av framdrift. Videre er det ikke gjort konkretiseringer av romprogram, ressursbehov og økonomiske konsekvenser.

Forprosjektet skisserer en utfordrende samarbeidsmodell med konkrete og tydelige tiltak som innebærer en fokusert og ambisiøs felles satsning innenfor både folkehelseforpliktelsen og innenfor

helse- og omsorgstjenesteområdet. Kjernen i prosjektets tiltakspakke er etableringen av et helsehus, et konkret bygg med samlokaliserte tjenester levert gjennom interkommunalt samarbeid og ved samarbeid med sykehuset. (Rapporten kap. 8 og kap. 9.)

Rapporten viser forventninger til Sykehuset Innlandet og inviterer helseforetaket til omfattende samarbeid og samhandling. Prosjektrapporten legger til grunn at kommunene skal utfordre helseforetaket, konkret Sykehuset Innlandet HF, til aktivt nærvær på Hadeland gjennom å legge tjenester til et lokalmedisinsk senter (LMS; et lokalmedisinsk senter er et helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med et sykehus om tjenester. Dette kan være tjenester før sykehusbehandling eller etter sykehusbehandling.) og gjennom faglig støtte og ambulante team.

Gjennom samlokaliseringen i et LMS, realiseres samhandlingsreformens mål om at pasienter og brukere får et tilbud som er lettere å forholde seg til, og som henger bedre sammen enn før reformen.

Gjennom samlokalisering ivaretas også synergieffekter ved at flere fagressurser er tilgjengelige samtidig og på samme sted - kompetanse og effektiv utnyttelse. En sengepost gir høy utnyttelsesgrad for bruk av "intermediære senger": Her kan det veksles mellom øyeblikkelig hjelp, utskrivningsklare og korttidsplasser etter behov og kapasitet.

Samlokalisering viser også at de fag og enheter som kanskje har størst påvirkning på kommunens evne til å gi et tilbud til "utskrivningsklare pasienter" og påvirker innleggelsesraten (og derigjennom "medfinansieringen") er tett samarbeidende og vi har ressurser tilgjengelig.

Behov for et alternativ

Imidlertid innstiller rådmannen på at kommunene tar seg tid til å utarbeide en konsekvensanalyse av et IMA (intermediær avdeling; tenkes å inneholde kjerneaktivitetene i et LMS, d.v.s et lokalmedisinsk senter) fordi det er behov for å supplere forprosjektrapportens anbefaling med en avklaring av hva det kan medføre å gå for et mindre omfattende alternativ. Dette er den avklaringen som ble nådd i et møte mellom ordførerne og rådmennene 8. mai 2012.

Forslaget til vedtak innebærer ikke et veivalg nå, den beslutningen skal tas når konsekvensanalysen av alternativet IMA og prosjektrapporten legges fram for behandling til høsten. Samtidig betyr rådmannens anbefaling at IMA'et framstår som et ønskelig førstevalg. Da er det forutsatt at analysen ikke viser at dette faglig og økonomisk er en mindre fordelaktig løsning enn alternativene.

(OBS! Dersom kommunene tilslutt går for å etablere et interkommunalt IMA, vil det fortsatt være åpning for å vurdere å inngå interkommunalt samarbeid om en eller flere tjenester seinere.)

Rådmannen ser det som ønskelig at konsekvensanalysen også i noen grad konkret drøfter detaljer som:

- ÅV (årsverk/stillinger) - M^2 (areal/romprogram) - KR (kostnader investering/drift inkludert inntekter); isolert og netto(-økning) fra nullalternativet (dagens drift).
- Hva etableres helt nytt (ikke tilbudt tjeneste i dag) - hva reetableres i ny form (egenregi eller kjøpt tjeneste) - hva blir igjen i kommunen(-e) av tjenester?

Når saken legges fram til beslutning, må det i tillegg utredes noe omkring valg av samarbeidsform. Alternativene er administrativt vertskommunesamarbeid, interkommunalt samarbeid (IS) etter vertskommunemodellen med nemnd, og samkommune.

Det foreslås å sette igang forsøk med tjenesten «øyeblikkelig hjelp» (Øhjelp). Dette er en lovpålagt tjeneste fra 1.1.2016 og Staten stiller med forsøksmidler fra og med inneværende år. Søknad forutsetter at det foreligger særskilt tjenesteavtale mellom kommunene og SI. Tjenesteavtalen med SI vil legge føringer for arbeidet, blant annet synes forhandlingene per 30.4. 2012 å drøfte en avtalettekst som forplikter kommunene til å ha opptrappingsplan klar innen 1.1.2013. Rådmennene anbefaler at kommunene setter i gang forsøk - hver for seg - uavhengig av konsekvensanalysen, men på en måte som ikke forhindrer en eventuell samarbeidsløsning. Det vil si at det søkes tilskudd innenfor Øyeblikkelig hjelp-rammene innen 1.7.2012, oppstart avgjøres av om kommunene får tildeling allerede for inneværende år eller seinere. Konsekvensanalysen må blant annet tydeliggjøre stordriftsfordelene ved at øyeblikkelig hjelp etableres i en slik intermediær avdeling, også belyse "stordriftsfordelen" ved samlokalisering med interkommunal legevakt. Budsjettet har midler til kommunens egenandel.

Noen av tiltakene som prosjektet anbefaler, karakteriseres som prioriterte administrative organisasjonsutviklingstiltak (kap. 9.2; se vedlegg). Disse vil rådmennene følge opp i daglig drift og om det synes tjenlig, komme tilbake til forslag om samarbeidsløsninger.

Parallelt med den konsekvensanalysen som nå bestilles, må kommunene også drøfte hvilke og hvordan egne planer ("Opptur" for Gran og "Reform i Lunner") kan tilpasses de alternativene som kommunestyret trolig står overfor når saken kommer tilbake til sluttbehandling til høsten.

Dette er de alternativene som kommunestyret reelt sett har:

Alternativ A: Intermediær avdeling (IMA - som nå forslås utredet før endelig beslutning tas). Omfatter bare kjerneaktivitetene i et LMS: Samarbeid med SI for å få lokalt tilgjengelige polikliniske tjenester samlokalisert med øyeblikkelig hjelp-funksjon og intermediære senger (inkludert ø-hjelp og utskrivningsklare pasienter, med korttidsplasser, men uten senger for trygghetsplasser psykisk helse og rehabiliteringssenger.)

Noen momenter:

- Beholder samlokaliseringsgevinster mellom IME og legevakt, SI/poliklinisk. Men representerer smalere kompetanse og færre ressurser enn et LMS.
- Lokalisering er i utgangspunktet et åpent spørsmål. Samlokalisering av legevakt og ø-hjelp/intermediære senger har kanskje en praktisk maks avstand, men denne er ikke definert noe sted. En antar at SI vil kreve at polikliniske tjenester skal legges til Gran sentrum.
- Vi beholder utviklingsmidler for ø-hjelp fra første år.

Alternativ B: Lokalmedisinsk senter (LMS - dette er prosjektrapportens hovedanbefaling, se kapittel 8 og tilhørende tabell i kapittel 9).

Noen momenter:

- Samlokaliseringsgevinster Hadeland helsehus - legevakt - SI/poliklinisk (se forprosjektrapporten)
- Lokalisering er i utgangspunktet ikke helt låst. Samlokalisering av legevakt og ø-hjelp/intermediære senger har kanskje en praktisk maks avstand, men denne er ikke definert noe sted. En antar at SI vil kreve at polikliniske tjenester skal legges til Gran sentrum.

Alternativ C: Interkommunalt samarbeid (IS) om helse- og omsorgstjenester samt folkehelse. Alternativ hovedmodell for samarbeid.

Noen momenter:

- Forprosjektets anbefalinger er alle reelle muligheter for interkommunalt samarbeid.
- Disse interkommunale samarbeidene kan inngås også om de etableres med annen lokalisering i andre bygg enn IMA-et; hvordan en tenker samorganisering og samlokaliseringer av tjenester må i så fall drøftes særskilt.
- Det er i utgangspunktet åpent hvilken etableringstakt som kan velges for IS'ene .

Alternativ D: Ikke videreføre samarbeidet (nå)

Dette bryter med intensjonen med forprosjektet slik det ble vedtatt.

Noen momenter:

- Fortsatt prinsipielt åpent for å inngå avtale om IS-løsninger dersom kommunene ser seg tjent med det, men dette er ikke hovedmodell.
- Kommunene må hver for seg utrede løsninger med utgangspunkt i egne planer
- Kommunene vil uavhengig av et samarbeid ha sine forpliktende avtaler til Sykehuset Innlandet HF etter den regiontilknytning som de har i dag.
- Her spiller også framtidig kommunestruktur og regiontilhørighet inn som mulige vurderingskriterier, spørsmålsstillinger som er reelt i spill for kommunestyret i Lunner.

En merknad vedrørende å løse utfordringene fra Samhandlingsreformen alene

Kommunene kan isolert sett løse reformen gjennom å velge en svært enkel modell, en modell som ivaretar deler av intensjonen i reformen, men som på lang sikt ikke vil ivareta redusert press på helsetjenestene gjennom satsning på forebyggende og helsefremmende arbeid.

Denne modellen kan kort beskrives slik:

- *Dimensjonere tjenester i tråd med befolkningsutviklingen som om reformen aldri hadde kommet.*
- *Betale 20 % medfinansiering som i dag da vi er av de kommuner som kommer gunstig ut av dette.*
- *Betale kr 4 000 pr døgn for utskrivningsklare pasienter i den grad vi ikke klarer ta i mot da dette uansett ikke vil bli vesentlige beløp.*
- *Løse øyeblikkelig-hjelp på en geografisk fornuftig måte med hensyn til vår nærhet til sykehuset på Gjøvik. Det er i reformen vedr øyeblikkelig-hjelp beskrevet at kommuner og sykehus sammen skal avtale hvordan dette skal løses, men det er ikke satt noen begrensninger for hvor mye av øyeblikkelig – hjelp funksjonen som skal fortsette i sykehus, eller hvor mye kommunene skal overta.*

Velger norske kommuner å løse reformen på denne måten vil ikke nasjonen samlet lykkes i å nå hovedintensjonene med reformen. Vi forholder oss passive, fordi vi ikke håndterer eller dreier midler til forebygging, og vi vil dermed heller ikke kunne møte endringer i demografi og sykeomsbilder.

Med en slik tilnærming vil det dessuten bli vanskelig å nå kravene gitt i nytt lovverk (helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseeloven)

Lunner og Gran kommuner kommer – forutsatt at det ikke er vesentlig avvik i beregningsgrunnlaget som ligger til grunn for tildelingen - økonomisk gunstig ut av reformen i 2012. Dette gir en indikasjon på at vi drifter vår helse- og omsorgstjeneste på en effektiv

måte. Men reformen utfordrer dagens tilbud i omsorgstrappa og med til dels sterkt voksende behov og etterspørsel etter tjenester.

Skal kommunene løse utfordringene alene så må vi igjen gå inn i eksisterende planer og se hvordan disse stemmer med de reformtiltakene vi nå kjenner og dra i gang en utvikling av kommunens fremtidige helse og omsorgstjenester i sammenheng. For Grans del handler dette om å reetablere handlingsplanen for Opptur ut fra dagens forutsetninger. For Lunner kommune betyr det å skape en tilsvarende utredning på grunnlag av den utfordringsskissa "Reform i Lunner" som er utarbeidet i vår. En slik totalrevisjon av egne folkehelse og helse- og omsorgsplaner vil sette kommunen i stand til å utnytte de samlede ressurser best mulig, og tjenestene vil bli gitt på beste effektive omsorgsnivå. I den sammenheng må kompetansebehov fremover vektlegges i den videre planlegging.

Rådmannens anbefaling

Rådmannen mener at det uansett er fornuftig først å gjøre det utredningsarbeidet som skisseres. Når saken kommer tilbake til endelig beslutning, vil kommunestyret ha klarere alternativer for samarbeid å velge mellom. Indirekte belyses også konsekvensen av å si ja eller nei til interkommunalt samarbeid på dette fagområdet.

Den foreslåtte konsekvensanalysen medfører at kommunene må utsette enda en stund de beslutninger som har stått på vent under forprosjektet. Samtidig gir en utsettelse tid til å revurdere egen investeringstakt og gjennomføringsevne og slik gjøre beslutningsrommet noe tydeligere når saken kommer tilbake til kommunestyret. Beslutningen kan ikke utsettes lenge, det er viktig å komme i gang med å løse utfordringene innen helse/pleie- og omsorgssektoren. Derfor prioriteres det å få saken tilbake raskt framfor å borre dypt i detaljene.

Et prosjekt vil kreve en egenandel fra Gran kommune. Det er allerede satt av 250 000 kroner til formålet i «samhandlingsbudsjettet» under Helse og omsorg.

Rådmannen anbefaler derfor at kommunestyret vedtar:

- IMA (intermediær avdeling) konsekvensutredes som alternativ til hovedrapportens anbefaling om LMS (lokalmedisinsk senter). Utredningen utarbeides i fellesprosjekt for Lunner og Gran. Rådmannen rapporterer fortløpende om arbeidet til formannskapet.
- Utredningen legges fram sammen med hovedrapportens anbefalinger til politisk behandling i november 2012.
- Kommunen etablerer forsøk med øyeblikkelig hjelp på grunnlag av avtale med Sykehuset Innlandet, og det søkes om midler så raskt som mulig.
- Handlingsplanen for Opptur må gjennomgås parallelt med konsekvensutredningen i lys av de viste alternativene. Analysen legges frem sammen med konsekvensutredningen og prosjektrapporten.

Saksbehandler: Kommunalsjef, Frode Holst

SAMHANDLINGSREFORMEN – IGANGSETTING AV HOVEDPROSJEKT SOM INTERKOMMUNALT SAMARBEID ELLER I EGEN REGI

Hjemmel:

Rådmannens innstilling:

::: Sett inn rådmannens innstilling under denne linja ↓

1. IMA (intermediær avdeling) konsekvensutredes som alternativ til hovedrapportens anbefaling om LMS (lokalmedisinsk senter). Utredningen utarbeides i fellesprosjekt for Lunner og Gran. Rådmannen rapporterer fortløpende om arbeidet til formannskapet.
2. Utredningen legges fram sammen med hovedrapportens anbefalinger til politisk behandling i november 2012.
3. Kommunen etablerer forsøk med øyeblikkelig hjelp på grunnlag av avtale med Sykehuset Innlandet, og det søkes om midler så raskt som mulig.
4. Arbeidet med å utrede alternativet Reform i Lunner igangsettes. En analyse av dette legges frem parallelt med og i samme sak som hovedprosjekt alternativ IMA for Lunner og Gran.

::: Sett inn rådmannens innstilling over denne linja ↑

... Sett inn saksopplysninger under denne linja ↓

Saksopplysninger:

Saksframlegget er utarbeidet i samarbeid mellom rådmannenes prosjektansvarlige og fremmes likelydende for behandling i kommunestyrene i Lunner og Gran. Det er gjort nødvendige tilpasninger av fellesteksten slik at den samsvarer med realitetene i Lunner og innstillingen omhandler i tillegg til felles ledd også lokale forhold. Tilsvarende tilpasning gjøres i Gran.

Sammendrag:

Kommunene kan isolert sett løse reformen gjennom å velge en svært enkel modell, en modell som ivaretar deler av intensjonen i reformen, men som på lang sikt ikke vil ivareta redusert press på helsetjenestene gjennom satsning på forebyggende og helsefremmende arbeid.

Denne modellen kan kort beskrives slik:

- Dimensjonere tjenester i tråd med befolkningsutviklingen som om reformen aldri hadde kommet.
- Betale 20 % medfinansiering som i dag da vi er av de kommuner som kommer gunstig ut av dette.
- Betale kr 4 000 pr døgn for utskrivningsklare pasienter i den grad vi ikke klarer ta i mot da dette uansett ikke vil bli vesentlige beløp.
- Løse øyeblikkelig-hjelp på en geografisk fornuftig måte med hensyn til vår nærhet til sykehuset på Gjøvik. Det er i reformen vedr øyeblikkelig-hjelp beskrevet at kommuner og sykehus sammen skal avtale hvordan dette skal løses, men det er ikke satt noen begrensninger for hvor mye av øyeblikkelig – hjelp funksjonen som skal fortsette i sykehus, eller hvor mye kommunene skal overta.

Velger norske kommuner å løse reformen på denne måten vil ikke nasjonen samlet lykkes i å nå hovedintensjonene med reformen. Vi forholder oss passive, fordi vi ikke håndterer eller dreier midler til forebygging, og vi vil dermed heller ikke kunne møte endringer i demografi og sykdomsbilder.

Med en slik tilnærming vil det dessuten bli vanskelig å nå kravene gitt i nytt lovverk (helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven)

Lunner og Gran kommuner kommer – forutsatt at det ikke er vesentlig avvik i beregningsgrunnlaget som ligger til grunn for tildelingen - økonomisk gunstig ut av reformen i 2012. Dette gir en indikasjon på at vi drifter vår helse- og omsorgstjeneste på en effektiv måte. Men reformen utfordrer dagens tilbud i omsorgstrappa og med til dels sterkt voksende behov og etterspørsel etter tjenester.

Skal kommunene løse utfordringene alene så må vi igjen gå inn i eksisterende planer og se hvordan disse stemmer med de reformtiltakene vi nå kjenner og dra i gang en utvikling av kommunens fremtidige helse og omsorgstjenester i sammenheng. For Lunner kommune betyr det å skape en tilsvarende utredning på grunnlag av den utfordringskissa ”Reform i Lunner” som er utarbeidet i vår. For Grans del handler dette om å reetablere handlingsplanen for Opptur ut fra dagens forutsetninger. En slik totalrevisjon av egne folkehelse og helse- og omsorgsplaner vil sette kommunen i stand til å utnytte de samlede

ressurser best mulig, og tjenestene vil bli gitt på beste effektive omsorgsnivå. I den sammenheng må kompetansebehov fremover vektlegges i den videre planlegging.

Rådmannens anbefaling

Rådmannen mener at det uansett er fornuftig først å gjøre det utredningsarbeidet som skisseres.

Når saken kommer tilbake til endelig beslutning, vil kommunestyret ha klarere alternativer for samarbeid å velge mellom. Indirekte belyses også konsekvensen av å si ja eller nei til interkommunalt samarbeid på dette fagområdet.

Den foreslåtte konsekvensanalysen medfører at kommunene må utsette enda en stund de beslutninger som har stått på vent under forprosjektet. Samtidig gir en utsettelse tid til å revurdere egen investeringstakt og gjennomføringsevne og slik gjøre beslutningsrommet noe tydeligere når saken kommer tilbake til kommunestyret. Beslutningen kan ikke utsettes lenge, det er viktig å komme i gang med å løse utfordringene innen helse/pleie- og omsorgssektoren. Derfor prioriteres det å få saken tilbake raskt framfor å borre dypt i detaljene.

Et prosjekt vil kreve en egenandel fra Lunner kommune. Prosjektet har allerede et budsjett for 2012 som vil dekke dette formålet.

Rådmannen anbefaler derfor at kommunestyret vedtar:

- IMA (intermediær avdeling) konsekvensutredes som alternativ til hovedrapportens anbefaling om LMS (lokalmedisinsk senter). Utredningen utarbeides i fellesprosjekt for Lunner og Gran. Rådmannen rapporterer fortløpende om arbeidet til formannskapet.
- Utredningen legges fram sammen med hovedrapportens anbefalinger til politisk behandling i november 2012.
- Kommunen etablerer forsøk med øyeblikkelig hjelp på grunnlag av avtale med Sykehuset Innlandet, og det søkes om midler så raskt som mulig.
- Arbeidet med å utrede alternativet Reform i Lunner igangsettes. En analyse av dette legges frem parallelt med og i samme sak som hovedprosjekt alternativ IMA for Lunner og Gran.

Saksutredning:

FAKTA:

Prosjektets historikk

Kommunestyrene i Lunner (k-sak 80/2010) og Gran (k-sak 121/10) vedtok i desember 2010 å etablere et forprosjekt for å konkretisere omfang og innhold i et interkommunalt samarbeid på Hadeland om samhandlingsreformen. Til grunn for vedtaket lå rapport fra en forstudie utarbeidet av representanter for de aktuelle fagmiljøene i de tre hadelandskommunene mars-september 2010.

Prosjektets målsetting er, slik prosjektplanen beskrev den:

- Prosjektets *samfunns mål*: Innbyggere i Hadelandsregion opplever at de får rett behandling, på rett sted, til rett tid. Dette er sikret gjennom et systematisk samarbeid som er av høy kvalitet og fremstår helhetlig. Helsetjenestene setter pasienten / brukeren i fokus og ivaretar samfunnets ressurser på best mulig måte.
- Prosjektets *resultat mål*: Interkommunale samhandlingsplaner, inkl. økonomiske og organisatoriske konsekvenser, er vedtatt og iverksatt. Det er etablert forpliktende avtaler kommunene i mellom og mellom kommunene og Sykehuset Innlandet om hva som skal samordnes og på hvilken måte.
- Forprosjektets *gjennomførings mål*: Utvikle en helhetlig driftsmodell som skal sikre at brukeren opplever et sammenhengende, helhetlig tjenestetilbud som leverer god kvalitet på rett sted til rett tid.

Forprosjektperioden var opprinnelig fastlagt til 1.1.2011- 30.09.2011. Delprosjektgruppene leverte sine rapporter i henhold til framdrift, mens prosjektgruppa blei innvilga ytterligere arbeidstid og sluttførte sitt arbeid medio desember.

Forprosjektet la fram sin rapport i desember 2012. Kommunestyrene blei orientert om rapportens hovedinnhold i et fellesmøte 2. februar 2012. I prosjektrapporten anbefales "en enhetlig driftsmodell" som den faglig beste løsningen for kommunene.

Nye helselover

Vi fikk i 2011 to nye helselover:

- Folkehelseloven. Den nye folkehelseloven trådte i kraft 1.1.12. Den gir både kommuner og stat et mer helhetlig ansvar for befolkningens helse. Ny folkehelselov styrker kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer.
- Helse- og omsorgsloven. Ny helse- og omsorgstjenestelov trådte i kraft 1. januar 2012. Fra samme tid ble kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven opphevet. Den nye loven samler kommunens plikter på ett sted.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen innebærer at kommunene overtar et større ansvar for helse og omsorgstjenestene, dette gjelder innenfor forebyggende helsearbeid, utjevning av sosiale ulikheter i helse, behandling før, i stedet for og etter sykehus samt øyeblikkelig-hjelp.

Reformen springer ut av den nye helse- og omsorgsloven. Det er nå en plikt for kommuner og sykehus til å samarbeide. Kvalitet skal måles bedre. Målet er at pasienter og brukere får et tilbud som er lettere å forholde seg til, og som henger bedre sammen. Samhandlingsreformen flytter samtidig 5 milliarder kroner fra staten til kommunene i 2012. Ideen bak dette grepet er at det skal lønne seg å forebygge og bygge opp nye tjenester der folk bor.

Plikten til å samarbeide konkretiseres videre til krav om samhandlingsavtale mellom kommunen og helseforetaket (Helse Sør-Øst; delegert til Sykehuset Innlandet HF (SI)). Kommunene i Hedmark og Oppland har valgt å stå sammen i dette arbeidet. Forhandlingene med SI er ført av et forhandlingsutvalg ledet av rådmannen i Vågå, Tor Arne Gangsø, med administrativ støtte fra KS Hedmark og Oppland. Første del av avtaleinngåelsen ble fullført i februar 2012, andre del kommer til politisk behandling i juni 2012, herunder avtale om samarbeid om øyeblikkelig hjelp.

I 2012 er det to konkrete samhandlingstiltak som etableres og som har økonomiske konsekvenser:

- "Medfinansiering": Om lag 4,2 milliarder kroner overføres fra sykehusene til kommunene for at de skal betale sin del av sykehusregningen.
- "Utskrivningsklare pasienter": Kommunene overtar ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag. De får overført rundt 560 millioner kroner fra sykehusene for å etablere tilbud for disse pasientene.

I tillegg er rammen for øyeblikkelig hjelp (definert som "døgntilbud for pasienter som har behov for akutt hjelp eller observasjon", oftest kalt "Ø-hjelp") klar: Den nye kommunale plikten til å etablere tilbud med øyeblikkelig hjelp skal fases inn i perioden 2012-2015. "Ø-hjelp" skal være etablert seinest 1.1.2016. Det er stilt midler til oppbygging fra og med inneværende år og kommunene kan søke på grunnlag av konkret plan og med gyldig samarbeidsavtale med sykehuset.

Samhandlingsreformen har endret karakter fra stor endring til retningsreform. Erfaringene så langt synes å vise at kommunestørrelse ikke er så avgjørende for å løse de oppgaver som i dag er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Kommunens helse- og omsorgstjeneste takler allerede mottak av "utskrivningsklare pasienter". Samhandlingen med sykehusene er god. Det er avsatt "korttidsplasser" som benyttes for å tilby kommunal omsorg på kort varsel. Det gjenstår å se om pasientflyten (innskriving/utskrivning) endres varig etter at det nye systemet er innført. Om beløpet til "medfinansiering" er tilstrekkelig er mer uklart, ettersom statistikkgrunnlaget (DRG-koding) ikke er godt nok. To viktige faktorer som påvirker begge kostnadsbildene, er antall innleggelser og tilpasning gjennom utskrivning for gjeninnleggelse. Dette kartlegges av Helsedirektoratet. Folkehelsearbeid, forebygging og øyeblikkelig hjelp er virkemidlene som skal demme opp for innleggelse.

VURDERING/DRØFTING:

Rådmannen anbefaler kommunestyret å legge prosjektrapportens anbefalinger på vent og utsette sluttbehandlingen til en har fått konsekvensutredet et mindre omfattende alternativ. Slik rådmannen ser det, handler saken i denne omgang om å be om en tilleggsutredning til forprosjektets arbeid. Vurderingene som følger under, kommer likevel kort inn på temaer som blir sentrale når kommunestyret får saken tilbake i november (foreslått tidspunkt).

Forprosjektets rapport

Forprosjektet har levert en prosjektrapport som er i samsvar med mandatet: "Utvikle en helhetlig driftsmodell som skal sikre at brukeren opplever et sammenhengende, helhetlig tjenestetilbud som leverer god kvalitet på rett sted til rett tid."

Forprosjektet hadde ikke som mandat å legge fram alternativer, verken alternative omfang eller varianter av framdrift. Videre er det ikke gjort konkretiseringer av romprogram, ressursbehov og økonomiske konsekvenser.

Forprosjektet skisserer en utfordrende samarbeidsmodell med konkrete og tydelige tiltak som innebærer en fokusert og ambisiøs felles satsning innenfor både folkehelseforpliktelsen og innenfor helse- og omsorgstjenesteområdet. Kjernen i prosjektets tiltakspakke er etableringen av et helsehus, et konkret bygg med samlokaliserte tjenester levert gjennom interkommunalt samarbeid og ved samarbeid med sykehuset. (Rapporten kap. 8 og kap. 9.)

Rapporten viser forventninger til Sykehuset Innlandet og inviterer helseforetaket til omfattende samarbeid og samhandling. Prosjektrapporten legger til grunn at kommunene skal utfordre helseforetaket, konkret Sykehuset Innlandet HF, til aktivt nærvær på Hadeland gjennom å legge tjenester til et lokalmedisinsk senter (LMS; et lokalmedisinsk senter er et helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med et sykehus om tjenester. Dette kan være tjenester før sykehusbehandling eller etter sykehusbehandling.) og gjennom faglig støtte og ambulante team.

Gjennom samlokaliseringen i et LMS, realiseres samhandlingsreformens mål om at pasienter og brukere får et tilbud som er lettere å forholde seg til, og som henger bedre sammen enn før reformen.

Gjennom samlokalisering ivaretas også synergieffekter ved at flere fagressurser er tilgjengelige samtidig og på samme sted - kompetanse og effektiv utnyttelse. En sengepost gir høy utnyttelsesgrad for bruk av "intermediære senger": Her kan det veksles mellom øyeblikkelig hjelp, utskrivningsklare og korttidsplasser etter behov og kapasitet.

Samlokalisering viser også at de fag og enheter som kanskje har størst påvirkning på kommunens evne til å gi et tilbud til "utskrivningsklare pasienter" og påvirker innleggelsesraten (og derigjennom "medfinansieringen") er tett samarbeidende og vi har ressurser tilgjengelig.

Behov for et alternativ

Imidlertid innstiller rådmannen på at kommunene tar seg tid til å utarbeide en konsekvensanalyse av et IMA (intermediær avdeling; tenkes å inneholde kjerneaktivitetene i et LMS, d.v.s et lokalmedisinsk senter) fordi det er behov for å supplere forprosjektrapportens anbefaling med en avklaring av hva det kan medføre å gå for et mindre omfattende alternativ. Dette er den avklaringen som ble nådd i et møte mellom ordførerne og rådmennene 8. mai 2012.

Forslaget til vedtak innebærer ikke et veivalg nå, den beslutningen skal tas når konsekvensanalysen av alternativet IMA og prosjektrapporten legges fram for behandling til høsten. Samtidig betyr rådmannens anbefaling at IMA'et framstår som et ønskelig førstevalg. Da er det forutsatt at analysen ikke viser at dette faglig og økonomisk er en mindre fordelaktig løsning enn alternativene.

(OBS! Dersom kommunene tilslutt går for å etablere et interkommunalt IMA, vil det fortsatt være åpning for å vurdere å inngå interkommunalt samarbeid om en eller flere tjenester seinere.)

Rådmannen ser det som ønskelig at konsekvensanalysen også i noen grad konkret drøfter detaljer som:

- ÅV (årsverk/stillinger) - M² (areal/romprogram) - KR (kostnader investering/drift inkludert inntekter); isolert og netto(-økning) fra nullalternativet (dagens drift).
- Hva etableres helt nytt (ikke tilbudt tjeneste i dag) - hva reetableres i ny form (egenregi eller kjøpt tjeneste) - hva blir igjen i kommunen(-e) av tjenester?

Når saken legges fram til beslutning, må det i tillegg utredes noe omkring valg av samarbeidsform. Alternativene er administrativt vertskommunesamarbeid, interkommunalt samarbeid (IS) etter vertskommunemodellen med nemnd, og samkommune.

Det foreslås å sette igang forsøk med tjenesten «øyeblikkelig hjelp» (Øhjelp). Dette er en lovpålagt tjeneste fra 1.1.2016 og Staten stiller med forsøksmidler fra og med inneværende år. Søknad forutsetter at det foreligger særskilt tjenesteavtale mellom kommunene og SI. Tjenesteavtalen med SI vil legge føringer for arbeidet, blant annet synes forhandlingene per 30.4. 2012 å drøfte en avtaletekst som forplikter kommunene til å ha opptrappingsplan klar innen 1.1.2013. Rådmennene anbefaler at kommunene setter i gang forsøk - hver for seg - uavhengig av konsekvensanalysen, men på en måte som ikke forhindrer en eventuell samarbeidsløsning. Det vil si at det søkes tilskudd innenfor Øyeblikkelig hjelp-rammene innen 1.7.2012, oppstart avgjøres av om kommunene får tildeling allerede for inneværende år eller seinere. Konsekvensanalysen må blant annet tydeliggjøre stordriftsfordelene ved at øyeblikkelig hjelp etableres i en slik intermediær avdeling, også belyse "stordriftsfordelen" ved samlokalisering med interkommunal legevakt. Budsjettet har midler til kommunens egenandel.

Noen av tiltakene som prosjektet anbefaler, karakteriseres som prioriterte administrative organisasjonsutviklingstiltak (kap. 9.2; se også vedlegg med vurderinger fra prosjektansvarlige). Disse vil rådmennene følge opp i daglig drift og om det synes tjenlig, komme tilbake til forslag om samarbeidsløsninger.

Parallelt med den konsekvensanalysen som nå bestilles, må kommunene også drøfte hvilke og hvordan egne planer ("Opptur" for Gran og "Reform i Lunner") kan tilpasses de alternativene som kommunestyret trolig står overfor når saken kommer tilbake til sluttbehandling til høsten.

Dette er de alternativene som kommunestyret reelt sett har:

Alternativ A: Intermediær avdeling (IMA - som nå forslås utredet før endelig beslutning tas).

Omfatter bare kjerneaktivitetene i et LMS: Samarbeid med SI for å få lokalt tilgjengelige polikliniske tjenester samlokalisert med øyeblikkelig hjelp-funksjon og intermediære senger (inkludert ø-hjelp og utskrivningsklare pasienter, med korttidsplasser, men uten senger for trygghetsplasser psykisk helse og rehabiliteringssenger.)

Noen momenter:

- Beholder samlokaliseringsevner mellom IME og legevakt, SI/poliklinisk. Men representerer smalere kompetanse og færre ressurser enn et LMS.
- Lokalisering er i utgangspunktet et åpent spørsmål. Samlokalisering av legevakt og ø-hjelp/intermediære senger har kanskje en praktisk maks avstand, men denne er ikke definert noe sted. En antar at SI vil kreve at polikliniske tjenester skal legges til Gran sentrum.
- Vi beholder utviklingsmidler for ø-hjelp fra første år.

Alternativ B: Lokalmedisinsk senter (LMS - dette er prosjektrapportens hovedanbefaling, se kapittel 8 og tilhørende tabell i kapittel 9).

Noen momenter:

- Samlokaliseringsevner Hadeland helsehus - legevakt - SI/poliklinisk (se forprosjektrapporten)
- Lokalisering er i utgangspunktet ikke helt låst. Samlokalisering av legevakt og ø-hjelp/intermediære senger har kanskje en praktisk maks avstand, men denne er ikke definert noe sted. En antar at SI vil kreve at polikliniske tjenester skal legges til Gran sentrum.

Alternativ C: Interkommunalt samarbeid (IS) om helse- og omsorgstjenester samt folkehelse.

Alternativ hovedmodell for samarbeid.

Noen momenter:

- Forprosjektets anbefalinger er alle reelle muligheter for interkommunalt samarbeid.
- Disse interkommunale samarbeidene kan inngås også om de etableres med annen lokalisering i andre bygg enn IMA-et; hvordan en tenker samorganisering og samlokaliseringer av tjenester må i så fall drøftes særskilt.
- Det er i utgangspunktet åpent hvilken etableringstakt som kan velges for IS'ene .

Alternativ D: Ikke videreføre samarbeidet (nå)

Dette bryter med intensjonen med forprosjektet slik det ble vedtatt.

Noen momenter:

- Fortsatt prinsipielt åpent for å inngå avtale om IS-løsninger dersom kommunene ser seg tjent med det, men dette er ikke hovedmodell.
- Kommunene må hver for seg utrede løsninger med utgangspunkt i egne planer
- Kommunene vil uavhengig av et samarbeid ha sine forpliktende avtaler til Sykehuset Innlandet HF etter den regiontilknytning som de har i dag.
- Her spiller også framtidig kommunestruktur og regiontilhørighet inn som mulige vurderingskriterier, spørsmålsstillinger som er reelt i spill for kommunestyret i Lunner.

REFORM I LUNNER – SAKENS IKKE LIKELYDENDE DEL

Rådmannen har fått i bestilling av ordfører og vise en modell som viser et alternativ der Lunner kommune kan velge å gjennomføre Samhandlingsreformen i egen regi. Det er i denne forbindelse utviklet et alternativ ("Reform i Lunner") som i 3 hovedtiltak viser hvordan vi kan løse dette. "Reform i Lunner" er utviklet til et nivå som viser at det er mulig for Lunner kommune å gjennomføre reformen alene. "Reform i Lunner" er vedlagt i sin helhet.

Forhold som kan være argumenter for å velge "Reform i Lunner":

- Om man ikke ser konturene av at Lunner og Gran blir en kommune i overskuelig fremtid.
- Om Lunnens utvikling i fremtid viser at den naturlige tilknytningen blir mer forsterket og knyttet mot Osloregionen.
- Finansieringen av Sykehus Innlandet avtar i forhold til at befolkningen i Innlandet (Oppland og Hedmar) minker. Motsatt øker finansieringen av A-hus i og med at dette er en region med økende folketall. Hvilken betydning dette vil få for Lunnerbefolkningen er pr 2012 svært vanskelig å mene noe om. Det som imidlertid synes klart er at større enheter naturlig vil ha større kompetansemiljøer.
- Sykehuset A-hus ligger nærmere enn dagens sykehus på Gjøvik, en avstand som økes ytterligere om Sykehuset Innlandet lander på et stort nytt sykehus ved Mjøsbrua.

Lunner kommune må uavhengig av et samarbeid med Gran kommune ha sine forpliktende avtaler i den regiontilknytning vi har i dag. Hvordan dette ser ut i fremtid om Lunner og Gran ikke blir en kommune er vanskelig å si. Men det kan være mulig å se for seg et bilde der Lunner kommune skifter regiontilhørighet.

Alternative løsningsforlag

Alternativ A: Rådmannens innstilling:

1. IMA (intermediær avdeling) konsekvensutredes som alternativ til hovedrapportens anbefaling om LMS (lokalmedisinsk senter). Utredningen utarbeides i fellesprosjekt for Lunner og Gran. Rådmannen rapporterer fortløpende om arbeidet til formannskapet.
2. Utredningen legges fram sammen med hovedrapportens anbefalinger til politisk behandling i november 2012.
3. Kommunen etablerer forsøk med øyeblikkelig hjelp på grunnlag av avtale med Sykehuset Innlandet, og det søkes om midler så raskt som mulig.
4. Arbeidet med å utrede alternativet Reform i Lunner igangsettes. En analyse av dette legges frem parallelt med og i samme sak som hovedprosjekt alternativ IMA for Lunner og Gran.

Alternativ B: Rådmannens innstilling:

1. Forprosjektets anbefaling, et LMS (Lokalmedisinsk senter) konsekvensutredes som alternativ til IMA (intermediær avdeling). Utredningen utarbeides i fellesprosjekt for Lunner og Gran. Rådmannen rapporterer fortløpende om arbeidet til formannskapet.
2. Utredningen legges fram til politisk behandling i november 2012.
3. Kommunen etablerer forsøk med øyeblikkelig hjelp på grunnlag av avtale med Sykehuset Innlandet, og det søkes om midler så raskt som mulig.
4. Arbeidet med å utrede alternativet Reform i Lunner igangsettes. En analyse av dette legges frem parallelt med og i samme sak som hovedprosjekt alternativ LMS for Lunner og Gran.

Alternativ C: Rådmannens innstilling:

1. Lunner kommune går ut av et videre samarbeid med Gran kommune om utredning i et hovedprosjekt.
2. Lunner reform utredes i tråd med tempo og aktivitetsplaner som fremkommer av ”Reform i Lunner.

DOKUMENT I SAKEN:

Vedlagt:

Forprosjektrapporten med vedlegg
Reform i Lunner

Øvrige dokument:

Samhandlingsreformen - Forprosjekt interkommunalt samarbeid
Angående tallmateriale som grunnlag for samhandlingsreformen
Oversender samarbeidsavtale mellom Sykehus Innlandet HF og Lunner kommune
Svar - Underskrevet samarbeidsavtale mellom Sykehus Innlandet HF og Lunner kommune
UTGÅR 21.06.2011 - .FRH
Tilskudd til samhandlingsprosjektet på Hadeland - over statsbudsjettet kapittel 0761.67 for 2011
Bekreftelse på tilskudd til samhandlingsprosjektet på Hadeland - over statsbudsjettet kapittel 0761.67 for 2011 Interkommunalt samarbeid (IS)
Invitasjon til dialogmøte om regionale helseplaner
Iverksetting av samhandlingsreformen - informasjon om lovpålagte samarbeidsavtaler, ikrafttredelsestidspunkt og arbeidet med en
Invitasjon til regionvise møter vedr samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler

Særutskrift av saken med saksframlegg sendes til:

Rett utskrift av møtebok.
Roa,

Utvalgssekretær

[... Sett inn saksopplysninger over denne linja ↑](#)