

# **DMS Inn-Trøndelag**



## **Sluttrapport delprosjekt Kommunehelse**

Dato 31.08.09

.....  
Laila Steinmo

Delprosjektleder

**Delprosjekt kommnehelse har hatt følgende sammensetning:**

Laila Steinmo, prosjektleder

Øivind Stenvik, medisinsk faglig rådgiver Helse Nord-Trøndelag

Kjetil Landsem, kontroller Verran kommune

Ester Brønstad, rådgiver helse og pleie- og omsorg i Snåsa kommune

Ulf Seljelid, fastlege og spesialist i allmenmedisin i Snåsa kommune

Jorid Melhus, enhetsleder pleie og omsorg i Inderøy kommune

Heidi Vennes/Arnold Lorenzen, ledere for pleie og omsorg tjenestene i Mosvik kommune

Trond Waldal, rådgiver økonomi i strategigruppa til rådmannen i Steinkjer kommune

Kirsten Lange, avdelingsleder bistand og omsorg i Steinkjer kommune

Kommnehelsegruppa hadde følgende saker som skulle utredes:

- Kommunale helsetjenester, herunder akutt plasser
- Forberede og etablere det interkommunale driftselskapet.
- Økonomi/finansiering
- Helsekommunen
- Kompetanseutvikling
- Kompetanseallokering mellom sykehus, DMS og kommunal helse/pleie
- Personal (rekruttering, bemanning, ...)

Kommnehelsegruppa har hatt 8 prosjektmøter 24.03, 17.04, 28.04, 07.05, 26.05, 09.06, 02.07 og 24.08.

I tillegg er det gjennomført 2 arbeidsmøter med KS advokat Øyvind Renslo angående organisering 22.04 og 30.04, samt uttalelser fra advokat Jostein Østeraas og Fylkesmannens i Nord-Trøndelag sine advokater Stein Jøssund og Snorre Aurstad, (se side 16 og 30), 3 møter med helselederne i de 5 kommunene, 24.04, 27.05 og 23.06, 1 møte med KomRev angående momskompensasjon 29.06, 1 møte med leder for omsorgsforskning, Asbjørn Okstad angående forskningskommune, 25.06, og 1 møte med fylkeskommunens forebyggende avdeling 25.06., angående felles forebyggingsstrategi, og 1 informasjonsmøte til 9 ulike tillitsvalgtorganisasjoner i Steinkjer, den 18.juni.

## **Sammendrag fra delprosjekt Kommnehelse:**

### **1. Kommunale helsetjenester**

Flertallet i gruppa går inn for at DMS starter med samorganisering av følgende helsetjenester, mellom de fem kommunene Inderøy, Verran, Steinkjer, Snåsa og Mosvik, ved Egge Helsetun i 2010:

1. 9 dialyseplasser ( Helseforetaket i Nord-Trøndelag)
2. Spesialistpoliklinikker ( Helseforetaket i N-T)
3. 16 intermediaærsenger ( Interkommunalt)
4. Kompetansesenter for ansatte ( Interkommunalt)
5. Ambulante team ( Helseforetaket)

I perioden 2011-2012

1. Kommunalt lærings- og mestringssenter for pasienter ( Interkommunalt)
2. Forebyggende helseenhet ( Interkommunalt)
3. Fagnettverk for ansatte i kommunene ( Interkommunalt)
4. Helsestasjon for eldre ( Interkommunalt)

(1 i gruppa ønsket færre tjenester samorganisert med DMS og 1 ønsket flere tjenester under DMS)

### **2. Akutt plasser/akutte omsorgsplasser:**

Faglederne og gruppelemmene i fire av fem kommuner anbefaler ikke opprettelse av akutte omsorgsplasser i DMS. Kommunene Inderøy, Snåsa, Mosvik og Steinkjer ønsker å ivareta denne tjenesten på lokalt kommunalt nivå. Juridiske, økonomiske, behovsmessige og praktiske hindringer er begrunnelsen for standpunktet. Alle kommunene bruker årene 2010 og 2011 til å loggføre om kommunen selv kan håndtere dette. Verran kommune ønsker akutte observasjonsplasser i DMS og samlokalisering med legevakt.

### **3. Organisering av et fremtidig DMS Inn-Trøndelag:**

Prosjektgruppa har vurdert ulike organisasjonsmodeller:

- Aksjeselskap (AS)
- Interkommunalt selskap ( IKS)
- Interkommunalt samarbeid etter paragraf 27 i kommuneloven
- Samkommune etter modell fra Innherred samkommune og Midtre Namdalspilot.
- Bestiller/utførermodell
- Vertskommunemodell med eget styre
- Vertskommunemodell med folkevalgt nemnd

Flertallet i prosjektgruppa anbefaler "vertskommune med folkevalgt nemnd etter § 28 c i kommuneloven" som midlertidig organisasjonsmodell for det interkommunale samarbeidet. Det er den eneste lovlige modellen når intensjonen er å delegere lovpålagte oppgaver (se

Kommunehelsetjenestelovens § 2) på helsesiden over til interkommunalt samarbeid. Fire ulike jurister har vært med og gitt anbefalinger til valg av organisasjonsmodell. Vertskommunemodell med folkevalgt nemnd er anbefalt av samtlige, og Steinkjer kommune forslås som vertskommune. "Vertskommune med folkevalgt nemnd" er en ny modell som ikke er forsøkt på helsetjenester før. Gruppen betrakter DMS Inn-Trøndelag som et strategisk viktig prosjekt for de samarbeidende kommunene. Derfor er det viktig å velge en modell hvor både faglederne, rådmennene og politikerne i alle de fem kommunene er med og utvikler prosjektet i fellesskap fremover. Modellen skal vurderes underveis, med sikte på andre modeller som kan være bedre egnet for interkommunalt samarbeid på helsesiden. Helseforetaket som står for 2/3 av kostnadene ønsker å være leietaker, ikke eier i dette samarbeidet.

#### **4. Økonomi og finansiering**

Delprosjektgruppa har lagt frem en kostnadskalkyle for årene 2010 -2015. Fire regneark er utarbeidet:

1. Budsjett for intermediærenheten: (Intermediærenhet = de 16 sengene Helseforetaket og kommunene sammen tenker opprettet) Drift 16,2 millioner, investering 2,4 millioner. Beregnet kostnader fra de andre to delprosjektgruppene er tatt inn i dette oppsettet.
2. Kostnader til drift og erstatning av kortidsplasser for å få til fire omsorgsplasser/akuttsplasser er satt opp i eget regneark.
3. Det er laget eget oppsett for administrasjon og interkommunale tjenester. Gruppen har anbefalt en del kommunale tjenester med ulike årsverk lagt inn i perioden. Politikerne må vurdere hvor stor ressurs som skal legges inn for hvert år og hvor raskt oppbyggingen skal foregå.
4. Det er utarbeidet seks ulike fordelingsnøkler for fordeling av kostnader mellom de fem samarbeidende kommunene. Eget regneark med oversikt for hver kommune. Erfaringene fra andre interkommunale samarbeid av nyere dato, viser at det er vanlig å fordele en del av driften likt på kommunene og en del etter folketallet. Fordelingsnøkler som er mest brukt er 40/60 eller 50/50. Beslutning i forhold til fordelingsnøkler tas på styingsgruppemøtet den 06.09

#### **5. Kompetanseutvikling**

Medlemmene i delprosjektgruppa er samstemte på at man ønsker at satsingen på DMS skal gi regionen og kommunene et kompetanseløft, både i form av nye tjenester til innbyggerne, nye kompetente ansatte til intermediærenheten, og ved at ansatte fra alle de fem samarbeidende kommunene får tilgang til et kompetansesenter, enten fysisk, via telemedisin eller videokonferanseoverføring til sin kommune. Det samme gjelder muligheten til å danne interkommunale nettverksgrupper innen de ulike fagene (kreft, ergo - og fysioterapi, helsesøstre). Det må være en forutsetning at intermediærenheten er et sted hvor ansatte i kommunene, med ulik yrkesbakgrunn, kan komme og hospitere og få oppdatert sine praktiske ferdigheter. Det er viktig med samhandling mot HINT, HUNT og NTNU. Det er store forventninger til det nye interkommunale lærings - og mestringscenteret og forebyggende

avdelingen. Forebygging på tidlig stadium og til risikopasienter vil ha fokus her. Kommunene ser viktigheten av å rekruttere, utvikle og beholde kompetent fagpersonale i alle de samarbeidende kommunene fremover. Og man ønsker kommunal satsing på omsorgsforskning og utvikling.

## **1. Kommunale tjenester i tilknytning til DMS**

Vedlegg :

1. Oversikt over kommunenes ønsker pr. 11.05.09
2. Tegning av DMS – oversikt over tjenester samorganisert i DMS
3. Tjenester som kan samorganiseres i DMS– kommunegruppas anbefalinger.
4. Oversikt over tjenester Steinkjer ønsker samlokalisert med DMS

Delprosjekt kommunehelse har fått som ett av mandatene å utrede hvilke kommunale helsetjenester som ønskes i tilknytning til DMS. Alle de fem kommunene som er med i prosjekt DMS Inn-Trøndelag, fikk 12.mars tilsendt spørreskjemaet ” Informasjon og analyser fra kommunene om kommunehelse/DMS”. Her ble hver kommune utfordret til å kjøre en bred prosess i sin kommune for å gjøre prosjektet kjent, og for å kartlegge hvilke av sine kommunale tjenester, (spesielt de tjenestene som var opplistet i forprosjektrapporten) de ønsket innenfor et DMS. Og hvordan de ville at disse tjenestene skulle være organisert:

1. Være samlokalisert med DMS,
2. Ha felles eierskap med DMS. ( Samorganisert)
3. Samhandle med DMS - men lokal tjeneste
4. Organisert i fagteam/fagnettverk under DMS
5. Eller om det var uaktuelt at denne tjenesten skal kobles mot DMS.

Kommunene ble samtidig spurt om tidspunkt for eventuelt samarbeid. Svarfrist ble satt til 17.04.09. Svarene tyder på at det er jobbet godt og bredt i de fleste kommuner, med involvering på tvers av enheter og fagprofesjoner.

Prosjektgruppa gikk gjennom svarene i gruppemøter den 23.03, 17.04 og 28.04. Svarene er også kvalitetssikret opp mot de kommunale helselederne i fellesmøte mellom dem og delprosjektleder den 22.04.09., 27.05.

Foreløpig konklusjon ble tatt i møtet den 28.04.09. Saken ble lagt frem for styringsgruppa til orientering og for å få innspill til det videre arbeid. Prosjektgruppa ble bedt av styringsgruppa om å se på om ikke flere tjenester kan samorganiseres med DMS, for å få større bredde i satsingen. Saken ble deretter drøftet inngående på nytt i prosjektgruppa den 07.05.

**Flertallet i prosjektgruppa anbefaler Samorganisering av følgende kommunale tjenester:**

Tjenester	År etablering
1. <i>Sengeavdeling med 16 intermediaærplasser</i>	2010
2. Kompetansesenter for ansatte	2010
3. Lærings- og mestringssenter for pasienter	2011
4. Forebyggende helse, rådgivning, mestring og kosthold	2011
5. Ressurssenter for eldre/helsestasjon for eldre	2012
6. Jordmortjenesten, samorganisert, men lokal tjeneste	2010/2011
7. Kommunelege(forebyggende helse, smittevern)	2011
8. Miljørettet helsevern med yrkeshygieniker	2011
9. Desentralisert modell av BUP, dreining mot forebyggende helse, Samorganisert, men ikke nødvendigvis samlokalisert	2011
10. Nye kommunale psykologhjempler, samorganisert – men ikke nødvendigvis samlokalisert	2011
11. Treningsleilighet	2010

**Prosjektgruppa forslår enstemmig at de ønsker følgende tjenester som kommunenes ”fyrtårn” for satsing interkommunalt mellom de 5 kommunene:**

1. Samhandling med ambulante team fra spesialisthelsetjenesten eller ambulante fagteam fra kommunal helsetjeneste(helsestasjon for eldre, kreft, risikogravide?)
2. Kompetansesenter for ansatte i alle deltakerkommunene
3. Lærings og mestringssenteret for pasienter
4. Folkehelsesenter

Å få spesialisthelsetjenestens ambulante team ut til brukerne, i samhandling med kommunehelsetjenestene er også et ønsket satsingsområde i alle kommunene.

Det er store forventninger til kompetansesenteret for ansatte ved DMS, kompetansesenter for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, samt muligheten for praktisk hospitering på DMS for kommunalt ansatte i alle kommuner. Dette vil styrke fagtjenestene og holde små tjenester å jour med moderne behandlingsprinsipper, både i teori og praksis. Fagnettverk er det store stikkordet for kommunene. Dette å ha et fora for å utveksle erfaringer, vurderinger og diskutere vanskelige dilemmaer og nyere utviklingstrekk er viktig for rekruttering i småkommuner og for å kunne beholde dyktige helsepersonell i fremtiden.

Vi ser også for oss bruk av telemedisin og videokonferanse i denne satsingen. Dette for å spre kompetanse og redusere reisetid, så ansatte kan bruke mest mulig tilmålt tid ute i felten blant pasientene i kommunene. Fagledere i kommunene har presisert at det er viktig at en samorganisering ikke tar tiden til fagarbeiderne ute i pasienttjenester. For å få til koordinering mellom fem kommuner, trengs det derfor en ekstra koordinatorfunksjon.

***Kommunenes kommentarer til de tjenester som er foreslått samorganisert under DMS Inn – Trøndelag i prosjektperioden:***

*Jordmortjenesten:*

4 av 5 kommuner kjøper i dag jordmorressurs fra Helse Nord-Trøndelag. Snåsa har kommunalt ansatt jordmor. Den jordmora har mye følgetjeneste av gravide til sykehus, og ønsker å beholde tjenesten som den er i dag, som en del av lokalberedskapen. Kommunene kan fortsette å kjøpe tjenesten fra Helse NT selv om tjenesten er organisert under DMS. Dette for å beholde fagnettverket av jordmødre opp mot spesialisthelsetjenesten. Men foreslått ordning kan gi tungvint administrasjon. Herr må en i samhandling med aktuelle jordmødre vurdere virksomhetsoverdragelse og ansettelse i DMS.

*Kommuneoverlegestillingen*

Stillingen ønskes samorganisert i DMS. Kommunene ønsker en felles kommuneoverlegestilling som en sterk samhandlingspillar i folkehelsesenteret. Det er tatt politisk initiativ i INVEST kommunene om felles kommuneoverlegestilling i 100 %. Stillingen er utlyst, søknadsfrist i september. Prosjektgruppa mener ressursen er for liten i forhold til de oppgavene som kommunelegen har og de oppgavene som tenkes lagt til kommuneoverlegestillingen i fremtiden. Samhandlingsreformens signaliserer at kommuneoverlegen skal være motor i forebyggende helsetjeneste i kommunene. Ressursen anbefales doblet. Samfunnsmedisinsk legekompentanse ønskes til denne stillingen, med god kompetanse innen forebygging. Og forskning. Engasjement og egnethet er viktigste faktorer for denne stillingen. Samhandlingsreformen foreslår også at ansvar for offentlig legearbeid skal legges under kommuneoverlegen. Det vil si legeoppgaver innenfor helsestasjon, skolehelsetjeneste, tilsynsleger, veileder turnusleger. Ressursen må styrkes mot 2012.

*Miljørettet helsevern*

4 kommuner kjøper i dag tjenester innen miljørettet helsevern fra PreBIO. (PreBIO er en veletablert laboratoriebedrift innen kjemiske og mikrobiologiske analyser) Samhandlingen med yrkeshygieniker derfra er god. Inderøy kjøper tjenesten fra Innherred HMS og er fornøyd med det. Alle avtalene har oppsigelsestid. Ved samorganisering bør det vurderes om yrkeshygieniker skal ansettes i DMS, eller om kommunene samlet skal kjøpe tjenester fra samme leverandør. Stordriftsfordeler forventes.

*Sannsynlig kommunal BUP*

Det er signaler fra Helsereformen om at BUP (barne- og ungdomspsykiatrien) bør få en desentralisert struktur og ved reformen bli en kommunal oppgave. Tjenesten ønskes samorganisert for å få mer nærhet mellom tjenesten og kommunene. Trenger nødvendigvis ikke være samlokalisert. Men det er viktig at tjenesten er lokalisert der ungdommene er. For eksempel i sentrum av Steinkjer og sentrum av Inderøy, der de store ungdomsskolene og videregående skolene ligger. Det er viktig at BUP dreier behandlingen og satsingen mer over til forebyggende helse, for å fungere forebyggende opp mot barnevern og spare samfunnsutgifter. Det tar tid for ungdom å reise. Mange av dem er mye borte fra skolen i dag, og de blir lett stigmatisert når de må reise til behandling så mye som trengs, og derfor dropper de også ut behandlingen for tidlig. Her er det viktig å komme inn tidlig. Også opp mot

veiledning til foreldre, lærere, skoler/barnehager, og venner. Her haster det å satse. Og god samhandling med fastlegen må være en av pilarene. Prosjektgruppa mener det er viktig å komme tidlig i gang, og derfor bør det vurderes om kommunene i fellesskap kan søke om pilot på forhånd for å komme i gang med interkommunalt BUP kontor før 2012.

#### *Kommunale psykologhjemler*

Det er store behov for psykologhjemler i kommunene. Kommunene venter på at det skal opprettes kommunale psykologhjemler snarest mulig. Da er det viktig at de 5 kommunene søker samlet evt. på flere hjemler og at disse organisatorisk legges under DMS.

#### Treningsleilighet

Steinkjer kommunes rehabiliteringsenhet har en treningsleilighet i lokalene i nærheten til DMS. Småkommunene ønsker sambruk på denne leiligheten for personer som trenger opplæring i å bo og fungere i en leilighet før de skrives ut til egen leilighet. Denne tjenesten kan samorganiseres eller hver kommune kan kjøpe tid og tjenester i leiligheten fra Steinkjer kommune.

*Kreftomsorgen, ergoterapitjenesten, fysioterapi, rehabilitering/habilitering, helsesøstertjenesten, tilsynslege/skole/helsestasjonslegevirksomheten, inntaksteamene* ønsker å ha fagnettverk med klar struktur, samorganisert i DMS, men ønsker at tjenestene i seg selv skal være kommunale. Vurdering om samorganisering må komme på et senere tidspunkt. Se vurdering og oversiktsplan.

#### ***Fagnettverk for følgende tjenester kan være organisert i DMS, men tjenestene styres lokalt som før.***

- **Kreftomsorgen.** Mange små tjenester i hver kommune( 0,2- 0,5 årsverk) Fagpersonene trenger tiden til pasientbehandling, vil ikke at tiden skal brukes til koordinering, reising og mange møter. Redd det kan bli dårligere tjeneste av det i alle kommuner. Men fagnettverk viktig for kompetanse og utvikling av tjenesten.
- **Ergoterapi.** Kun fagnettverk er aktuelt. Organiseres fortsatt lokalt sammen med fysioterapeuter. Kan vurdere samorganisering på sikt. Redd tjenesten kan bli redusert for pasientene hvis de er samorganisert og må sendes til andre kommuner som ikke har ergoterapeut i dag.
- **Inntaksteam.** Må være som i dag med inntaksteam i hver kommune. Kommunene har kompetansen på lokalforhold. Viktigere med tverrfaglig samarbeid i sin kommune. Koordinator i DMS må samarbeide med alle kommunene.
- **Fysioterapi:** Steinkjer har mange fysioterapeuter, de andre kommunene få. Store deler av tjenestene er privat næringsdrivende. De kan ikke tilpliktes offentlig arbeid, men kan samarbeide på systemnivå. Samme gjelder de kommunale fysioterapeutene. Vil bli stor motbør fra fagtjenestene hvis de samorganiseres nå. Fra 01.07.09 kommer det sentrale endringer for private fysioterapeuter, med mer kommunal styring for fysikalske institutt og behandling. Ok med nettverkssamarbeid med viss struktur. Kan vurdere samorganisering på sikt.

- **Legevakt:** Ny landsomfattende organisering kommer i samme periode. Samorganisering er uaktuelt for Inderøy og Steinkjer. Vil bli stor motstand i faggruppene. Samorganisering vurderes ved omlegging av legevaktstjenesten i 2014-2015.
- Legevakta for Steinkjer, Verran og Snåsa har bare 1 lege og 1 sykepleier på vakt og har kapasitetsproblemer på kveld og helg, samt høytider. Ved økt aktivitet må legevakta bemannes opp med 1 lege og 1 sykepleier til. Det vil gi store økonomiske konsekvenser.
- I brev av 14.04.09 skriver enhetsleder og medisinsk faglig ansvarlig ved legevakta for Steinkjer, Verran og Snåsa følgende begrunnelse for at legevakta ikke bør samlokaliseres med DMS.

”Legevaktas primære oppgave er å betjene akuttmedisin og beredskap. De viktigste samarbeidspartnere vil da være ambulansetjeneste, brannvesen og politi. Nærhet til disse vil da være viktig.

Nåværende lokalisering på en akse som går gjennom Steinkjer gjør felles utrykning med ambulanse mulig slik at lege og ambulansepersonell kan arbeide sammen i et lokalt akuttmedisinsk team.

Lokalisering sammen med brannvesen gir en betydelig trygghet for sykepleierne og en forebyggende effekt i forhold til uro og utagering ved Legevakta.

Lov om helsemessig og sosial beredskap (juni 2000) pålegger kommuner ansvar for planverk, kompetanse og materiell for å kunne håndtere også ekstraordinære hendelser. Dette medfører behov for å kunne utvide behandlingskapasiteten betydelig i en gitt situasjon. Man må da ha tilgang på lokaler og materiell. Legevakten har i den sammenheng ervervet en del beredskapsmateriell som krever lagringsplass og god tilgjengelighet. Disse hensyn er godt ivaretatt i lokalene ved brannstasjonen. En vil spesielt understreke at gymnastikksal og vognhall kan ha viktige funksjoner ved masseskadesituasjoner. Utbygging av tilstrekkelig reservekapasitet mht. lokaler og lagringsplass vil bli svært kostnadskrevenne ved en ny lokalisering. Det er større behov for slik reservekapasitet i en kommune som ikke har sykehus. Legevakta har eget nødstrømsaggregat som kan forsyne legevaktlokalene med strøm.

En har nylig drøftet på nytt med sykepleiere og leger tanken om evt. flytting av Legevakta til et DMS. De samme argumenter gjøres igjen gjeldende, og det er i begge yrkesgrupper en klar motstand mot flytting. En vil derfor tilrå at Legevakta blir i nåværende lokaler og ikke pålegges nye oppgaver i forbindelse med oppretting av DMS i Steinkjer.”

Samlokalisering av legevakt legges ikke som en forutsetning i den nye Helsereformen. En legevakt 5 – 10 minutter unna mener ekspert Daniel Haga, er helt ok. Erfaringer fra DMS Stjørdal tilsier at legevakta ikke brukes i større omfang enn til et vanlig sykehjem. Legevakt trenger 410 kvm med lokaler. Det har ikke Egge Helsetun rom for.

Kommunelegen i Inderøy med legegruppen bak seg melder også om stor motstand i faggruppen til annen organisering og flytting av legevakta i Inderøy til Steinkjer.

Sentrale myndigheter vurderer i disse dager en reform innen legevaksorganisering og tjenesteutøvelse. Føringer i den vil bli lagt frem om ett års tid. Annen samorganisering avventes derfor vurdert til omlegging av legevaktstjenestene er klarert i forhold til endringer.

### **Tilsynslegefunksjonen/offentlig legearbeid på sykehjem, helsestasjon/skolehelsetjeneste og flyktingetjeneste**

- Samhandlingsreformen legger opp til at disse tjenestene bør bli underlagt kommuneoverlegens ansvar. Viktig med lokal tjeneste.
- Dagens stillingsressurs til kommuneoverlege er for liten til å ta høyde for at interkommunalt offentlig legearbeid skal bli lagt under foreslått kommuneoverlegestilling.
- I dag kan fastlegene bare tilpliktes 7,5 t pr uke til offentlig legearbeid. Dårlig kommunal økonomi gjør at denne ressursen ikke kan nyttes fullt ut. Det gir mange små stillinger og mange leger ved hvert sykehjem. Kommunene ønsker seg helstillinger på sykehjemmene for å få bedre tjenester til brukerne(eller deltidsstillinger med mulighet for spesialisering i spesialisthelsetjenesten)Må være lege som er interessert i geriatri. Kan ikke tilpliktes. Samme gjelder ansvarspulverisering mellom fastlege og beboere på eldresentre. Alle beboere på samme eldresenter burde hatt samme lege. I dag er dette fastlegenes ansvar. Kan bli mange fastleger til beboere på eldresentra. Mye organisering for pleiepersonalet; Ikke god modell
- Ønske om samarbeid med faste kommunalt tilsatte leger i nettverk, for å få robuste enheter, på tvers av kommunegrenser. Må da være kommunalt ansatte leger med stor stillingsressurs. Ønskes ved reformen i 2012.
- **Rusområdet.** Det ønskes også fagnettverk innen rusområdet. Et viktig satsingsområde der det skjer mye utvikling sentralt og lokalt. Viktig med felles møteplass for denne gruppa
- **Ønske om at DMS har kompetanseregister for spesielle og sjeldne sykdommer i hver kommune:**( Eks: Inderøy er god på Huntingtons sykdom). Får en kommune en pasient med den sykdommen, kan kompetanseregisteret søkes for å finne ut hvilken kommune en kan få råd og kompetanse hos.

#### **Vedtak i delprosjekt Kommnehelse:**

- **Flertallet i prosjektgruppa gikk inn for at revidert oppsett pr 07.05.09 over kommunale tjenester som kan samorganiseres i DMS, blir fremlagt som gruppas samlede fremlegg til styringsgruppa den 18.05.09. (En i gruppa ønsket færre tjenester samorganisert, og 1 ønsket ytterligere samorganisering av tjenester)**

#### **Vedtak i styringsgruppa ble:**

- 1. Styringsgruppa tar fremlagt anbefaling fra delprosjekt Kommnehelse, angående kommunale tjenester som kan samorganiseres med DMS, til orientering.**
- 2. Styringsgruppa ber delprosjekt Kommnehelse komme med estimerte kostnadsoverslag .**

## 2. **Kommunale akutt plasser i DMS**

Vedlegg:

- Oversikt over kommunenes ønsker om akutt plasser.
- Oversikt over kommunale kostnader ved opprettelse av fire kommunale akutt plasser.
- Brev fra legene i allmennlegeforum, fremtatt av deres valgte representant, Eivind Steen

### **Saksfremlegg:**

Forprosjektrapporten ba hovedprosjektet utrede muligheten for fire kommunale akutt plasser i tilknytning til DMS Inn-Trøndelag.

Delprosjekt kommunehelse har lagt frem sak i forhold til akutt plasser: **Viser til saksutredning angående akutt plasser, sak 28/09 av 04.05.09.**

I styringsgruppemøte den 02.06 ble delprosjekt kommunehelse bedt om å legge frem ny saksbehandling angående observasjons plasser, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

**Samhandlingsreformen, som kom ut den 19.juni som Stortingsmelding nr. 47**, legger opp til at man må vurdere å bygge opp kommunale tilbud *før, istedenfor og etter sykehusopphold*:

Og de skriver følgende om **observasjons plasser**: ” Behandling av pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av KOLS, infeksjoner, personer med psykiske lidelser og eller rusproblemer, kan gis et tilbud før innleggelse, i stedet for innleggelse i sykehus. Kan også være observasjon for å avklare behovet for innleggelse i sykehus.

Slike oppgaver kan lokaliseres til lokalmedisinske sentra eller forsterkede sykehjem utviklet i den enkelte kommune eller gjennom ulike former for kommunesamarbeid. Der sies det også at det er opp til vurderinger i den enkelte kommune eller kommunesamarbeid å vurdere hvilke funksjoner som er egnet til å legge inn i et lokalmedisinsk senter ut fra lokale forhold og behov.

Mange mennesker vil på grunn av akutt sykdom eller sykdomsforverring ha behov for heldøgnstilsyn og medisinsk oppfølging over en kortere periode.

Observasjonssenger brukes som arena for å avklare om pasienten har behov for sykehusinnleggelse eller ikke. Bruken av slike senger vil for eksempel kunne forebygge innleggelse av kronikere som har mange opphold i sykehus ved forverring av sin tilstand, som KOLS og diabetes.

Basiskompetansen vil i prinsippet være den samme som ved ordinære sykehjem, men forsterket med rehabiliteringspersonell, tilgang på sykepleietjeneste på 24 timers basis.

I tilfelle der det velges organisatoriske samarbeidsløsninger mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må det legges særlig vekt på at det ikke skal oppstå uklarheter om ansvarsforhold.”

## Saksvurderinger:

### Juridiske utfordringer:

1. I dag er lovverket slik at fastleger og legevaksleger ikke har anledning til å legge pasienter inn på kommunale institusjoner. Det er det kun inntakskontorene i kommunene som har anledning til. Juridisk bearbeidelse av Samhandlingsreformen forventes å komme med lovendringer på dette punktet til 2012.
2. Legevakslegene står for 50 % av alle øyeblikkelig hjelps innleggelser til sykehus. Legene som betjener legevaktsamarbeidene er fra mange kommuner. Turnusleger som bare er 6 mnd i kommunene, kjører mye av vaktene kvelder og helger. Legevakslegene kjenner sjelden pasienten fra før, og ofte kjenner heller ikke legen det lokale hjelpeapparatet. For samarbeidet mellom de 5 kommunene er det to legevaktsamarbeid, ett for kommunene Inderøy og Mosvik lagt til Levanger sykehus og samorganisert med Levanger, Verdal og Frosta kommuner. Her jobber fastleger og turnusleger fra de involverte kommuner samt vikarer, turnusleger fra sykehuset og sykehusleger. Det andre er legevaktsamarbeidet for Snåsa, Verran og Mosvik, lokalisert til Steinkjer. Her jobber fastleger og turnusleger fra de 3 respektive kommuner + noen vikarer. Få av legene vil være godt kjent med pasientenes tidligere diagnoser ved vurdering av innleggelse til sykehus eller DMS. Området består av 32 600 innbyggere og ca 50 leger som kjører legevakt.
3. Legene i Inderøy, Steinkjer og Snåsa har skriftlig sagt at de ikke ønsker kommunale observasjonssenger. Dette med bakgrunn i pasientsikkerhet. Pasienter som trenger observasjon har ofte uavklarte tilstander. De vanskeligste vurderingene er av små barn og eldre med mange diagnoser. For legene som kjenner pasienten veldig godt og har et godt samspill med hjemmesykepleien, er det ofte ikke problematisk. Men for nye leger, turnusleger og leger som er ukjente med pasienten, er det lett å overse viktige observasjoner. Legevaksleger har lite diagnostisk utstyr å støtte seg til. En vurdering fra spesialisthelsetjenesten er som regel påkrevet. Dette også for å unngå rettslige utfordringer og klager hvis man foretar feilvurdering. Og reiseavstanden til sykehus er bare 4 mil fra Steinkjer

### IKT begrensninger

4. Legevakslegen har ingen tilgang til pasientenes journalsystem fra fastlegen, sykehjem/hjemmesykepleien eller fra sykehuset. Datatilsynet gir ikke anledning til kobling mellom disse IKT systemene. Samhandlingsreformen må komme med nye lovregler på dette området først, slik at legevakslegene kan ha nødvendig informasjon tilgjengelig for vurdering av innleggelse i sykehus kontra kommunale sykehjem. Dette håper vi kommer på plass til 2012.

### Økonomiske utfordringer

5. I dag betaler Helseforetakene for pasienter som legges inn på sykehus, enten det er på akutt plasser, planlagt innleggelse eller observasjons plasser. For kommunene er denne tjenesten da gratis, og det blir den frem til samhandlingsreformen settes i verk i 2012. Undersøkelsen fra Namsos sykehus tyder på at 6 % av de som innlegges kunne vært behandlet i kommunal helsetjeneste.

6. De fleste kommunene i dette samarbeidet håndterer sine kommunale pasienter godt i egen kommune. Med innføring av nytt inntakskontor i Steinkjer, håndterer også Steinkjer disse innleggelsene selv.
7. Ved flere DMS rundt i Norge er det Helseforetaket som betaler for observasjonsplassene. For Helseforetakene gir det halvert kostnad å ha dem i DMS istedenfor sykehus.
8. Ved å opprette 4 **kommunale** observasjonsplasser fra 2011 i intermediearenhetene, får kommunene en merkostnad på **ca 4 mill kroner pr år for drift av disse plassene.**(2009 kroner) Dette blir da nye kostnader for det som er gratis i dag. I tillegg kommer en merkostnad på personellsiden, da 16 intermedieærplasser er optimalt i forhold til bemanning. Med 16 intermedieærplasser og 4 observasjonsplasser, får vi en lite rasjonell løsning bemanningsmessig, både på intermediearenheten og Steinkjers samlokaliserte korttidsplasser. Intermediearenheten får da 20 plasser som er lite effektiv bemanningsmessig og Steinkjer kommunale korttidsavdeling får bare 9 plasser, som også er lite gunstig bemanningsmessig. Det vil gi sløsing med bemanningsressurser. Alternativet kan være å kjøpe korttidsplasser kommunene imellom ved behov. Eller at kommunene etablerer kommunale akutt-plasser som en del av korttids-plassene i sin kommune.
9. Dette blir kommunale plasser, og kommunene må i fellesskap stå for disse kostnadene, eller inngå forhandlinger med Helse Nord-Trøndelag om en kostnadsfordeling. Uansett hvilke kostnadsfordelingsnøkler man bruker, vil Steinkjer kunne få opp til 64 % av kostnadene til observasjonsplassene. Steinkjers prosjektgruppedeltakere og fagledere har sagt at de ikke ønsker observasjonsplassene. Faglederne og prosjektlederne fra Snåsa, Inderøy og Mosvik kommuner har også sagt at det er mest lønnsomt for dem å ha disse 4 sengene som kommunale korttidssenger i egen kommune fremfor senger i et DMS. De ønsker å ta pasientene hjem til egen kommune, og bruke årene 2010 og 2011 til å registrere hvor ofte, og når det eventuelt er behov for å legge kommunale pasienter inn på sykehus. Verran ønsker observasjonsplasser i tilknytning til DMS, og legevakt samlokalisert.
10. Steinkjer kommune har ingen lokaler stående ledig for opprettelse av slike observasjonssenger. I tilfelle disse sengene besluttes opprettet som interkommunale observasjonssenger, så må man omdisponere 4 korttids-plasser ved Egge Helsetun/Steinkjer sykehjem. Det vil redusere antall korttids-plasser i Steinkjer kommune. Eller nye korttids-plasser må bygges annet sted. **Merkostnad nybygg for Steinkjer på 4,2 mill.** Årlige avskrivningskostnader er på 84 000 kr med 50 års avskrivningstid.

#### 11. Behovsanalyse:

I 2007 ble til sammen 1692 pasienter innlagt på Sykehuset Levanger og sykehuset Namsos fra de fem kommunene. I rapporten til medisinsk faglig rådgiver i Helse Nord-Trøndelag, Øivind Stenvik, som viser registrering av innleggelsesgrunner ved sykehuset Namsos, står det blant annet at 6 % av innleggende pasienter burde vært håndtert i kommunal helsetjeneste istedenfor sykehus. Det er grunnen til at forprosjektrapporten peker på behovet for akutt-plasser og foreslår at det vurderes opprettet fire kommunale akutt-plasser i tilknytning til DMS. 6 % av 1692 pasienter vil si 101,5 pasienter. Med et gjennomsnitt på 2 liggedøgn per pasient, vil det gi 203 liggedøgns forbruk, og med 3 liggedøgn per pasient vil det gi vel 304 forbrukte liggedøgn pr år. 1 seng renes å gi opptil 350 liggedøgn per år. Og pasientene kan

ligge maks tre døgn i ei observasjonsseng. Det vil si at behovet for et slikt tilbud er i underkant av 1 akuttseng/omsorgsseng pr år for alle kommunene samlet. Fire senger er for mange senger. Mye av de tiltenkte leggedøgnene vil da stå ubenyttet til en prislapp på opptil 3,5 millioner kroner.

#### **Fremtidig økonomisk vurdering:**

12. Samhandlingsreformen (St.melding nr. 47) legger frem forslag om 20 % kommunal medfinansiering fra 2012 for innleggelse av pasienter fra kommunehelsetjenesten. Dette for å få kommunene til å vurdere alternativ pleie/behandling for alle innleggende pasienter. Kostnadene på sykehuset Levanger er ca 5500 pr. døgn, på DMS Stjørdal ca 2500, en kommunal korttids plass 1500 – 1800. Ringerike sykehus oppgir 7000 kr pr døgn på sykehus, mot tilsvarende 3000 kr pr døgn ved Hallingdal sjukestugu (DMS). St.melding nr 47 opererer med tallende 5000 pr døgn på sykehus og 1575 for intermedieærhet ved sykehjem ( Garaasen et al 2008). Ved å styrke kompetansen på observasjon og enkel behandling ved kommunenes egne sykehjem, vil kommunene redusere merutgiften som vil komme ved innføring av medfinansieringssystemet.

#### **Organisatoriske begrensninger.**

13. I en vertskommunemodell med nemnd, må alle kommuner legge inn likt med tjenester. Dette vil da også gjelde akuttsenger/observasjonssenger og legevakter for alle 5 kommunene.

#### **Erfaringer fra andre kommuner:**

14. Det er billigere for Helseforetaket å legge pasientene til et DMS eller kommunalt sykehjem istedenfor å ha dem liggende på sykehus. Ved Hallingdal sjukestugu er det Ringerike sykehus som har ansvar for de 4 observasjonssengene både økonomisk og faglig. Her er det stasjonert ambulanshelikopter. Anestesileger der har hovedansvar for tilsyn med akutt plassene, ikke legevakta. De hadde ikke villet ha observasjonssenger hvis det ikke var for kompetansen og tilgjengeligheten til anestesilegene.
15. Nøtterøy kommune er brukt som eksempel på en kommune som har akutt plasser. Ved sjekk viser det seg at det er inntakskontoret i kommunene som har opprettet akuttvakt på dagtid og sykehjemmene på kveld. Pasienter kan få tildelt kommunal observasjons plass i egen kommune for 1 uke. Hjemmesykepleien kan legge inn på disse plassene, men ikke legene og sykehuset. Hvem kan legges inn på akuttsengene? Pasienter med bakgrunn i bekymringsmeldinger, pasienter med endring i funksjonsnivå, pasienter som trenger avklaring av sitt omsorgsnivå, pasienter hvor omsorgspersonen er blitt akutt syk, pasienter som trenger hjelp i konkret helsemessig problemstilling av akutt eller forbigående karakter. Der legges det til rette for at akutt plassene er ledige før høytider.
16. Fosen DMS har 3 observasjonssenger. Fosen er i en særstilling i og med at de har anestesilege på døgnvakt ved Ørlandet militære flyplass som har lokaler vegg i vegg med DMS. Anestesilegene har god tidskapitet. Forsvaret eier 1 av observasjonssengene. I tillegg

er det 16 mil fra Fosen til St.Olav. Driften her kan således ikke sammenlignes med det som er tenkt med DMS Inn-Trøndelag.

17. Sykestuene i Finnmark har 1 -2 observasjonsplasser ved sykestuene. De er samlokalisert med kommunens korttidsplasser. I Finnmark er det lang reiseavstand til sykehus og legevaktslegene har god kapasitet på sine vakter til å se om disse pasientene.
18. DMS på Stjørdal, Otta, Florø, Valdres og Finsnes har ikke observasjonssenger.

#### **Tilbakemeldinger fra kommuner i samarbeidet**

19. Snåsa, Inderøy, Mosvik har signalisert at de pr i dag stort sett håndterer disse pasientene i egen kommune. Samme kommunene har få overliggere i sykehus pr 2008. Disse kommunene ser det ikke som naturlig at de skal legge pasienter inn på korttidsobservasjon ved intermediærenheten. De ønsker at pasientene skal få være i sin hjemkommune. Og de organiserer sin virksomhet ut fra at observasjonssengene organiseres lokalt i kommunene og ikke på intermediærenheten. Observasjonssenger er dyre senger for kommunene.

Steinkjer har omorganisert sitt inntakskontor, og de opplyser pr 24.06 at de har klart å håndtere de henvendelser de har fått fra legevakt og fastleger siden tildelingskontoret ble opprettet i mars 2009. De ønsker ikke observasjonsplasser i tilknytning til intermediærenheten, men heller i kommunal regi. Det er billigere for kommunen.

Verran kommune har stort press på sykehjemsplassene og ønsker kommunale observasjonssenger opprettet fra oppstart av DMS, og samlokalisert legevakt.

Saken om kommunale observasjonssenger ble drøftet på nytt i prosjektmøtet den 02.07.09. Ingen av medlemmene har endret standpunkt i forhold til tidligere uttalelser, etter fremlegging av Samhandlingsreformen.

#### **Lokaliteter**

17. Den interkommunale legevakta for Steinkjer, Verran og Snåsa har i dag lokaler tilsvarende 310 kvm ved Brannstasjonen i Steinkjer. En flytting vil gi en merkostnad på ca 600 000 kr pr år. I tillegg kan det komme ekstrakostnader til ved at kommunen ikke får leid ut lokalene ved Brannstasjonen, da de er spesiallaget for legevakta. Ved lokalisering til Egge, vil en flytting ødelegge legens mulighet til akuttutrykning sammen med ambulansen. Dette vil gi kommunenes innbyggere dårligere akutt-tilbud.  
Ved lokalitet Egge Helsetun er det ikke plass til legevakta og deres behov for arealer. I tillegg vil man dra bråk og støy som det er mye av i helger og høytider, narkomane og urokråker, ambulansesirener og politi til et senter der folk trenger fred og ro.  
Daniel Haga, som har sittet som rådgiver i gruppen som har utarbeidet Samhandlingsreformen, sier på forespørsel, at det er ingen grunn til å samlokalisere legevakta når den bare er 5-7 minutter unna.

### **Vedtak i Kommnehelsegruppa:**

Representantene i Helsekommunegruppen og helselederne i de 4 kommunene Snåsa, Inderøy, Mosvik og Steinkjer anbefaler ikke å opprette kommunale akutt/omsorgsenger i DMS ved oppstart. De sier videre at de ønsker å bruke to år til å evaluere behovet i egne kommuner. Til det vil de bruke år 2010 og 2011. De ønsker å finne ut om det er behov for kommunale akuttsenger/observasjonssenger i tilknytning til intermediaærenheten, eller om de får til å håndtere dette også fremover ved kommunale løsninger.

Og de ønsker å se effekten av 16 nyopprettede senger på intermediaærenheten, om dette blir å avlaste korttidsplassene i alle kommunene, slik at det heller kan opprette nye akuttsenger/omsorgssenger i egen kommune. For å beholde og rekruttere dyktig personell til sykehjemmene, må de ha interessante og utfordrende oppgaver. Derfor er det viktig å beholde disse akutte omsorgssengene lokalt i hver kommune.

Verran ønsker opprettelse av akutt/observasjonssenger fra 2011. Og de ønsker legevakta samlokalisert med intermediaærenheten for å oppnå best mulig legetilsyn gjennom hele døgnet.

### **Vedtak i styringsgruppen den 24.08.09 ble:**

- 1. Det anbefales ikke å opprette akutte observasjonsplasser i tilknytning til DMS.**
- 2. Kommunene evaluerer sine behov i 2010 og 2011, og legger frem resultatet av sine evalueringer høsten 2011. Resultatet av evalueringene avgjør om saken skal tas opp på nytt da.**
- 3. Høsten 2011 evalueres også driften av de 16 intermediaærsengene. Det må vurderes om noen av sengene der kan konverteres til observasjonssenger. Forutsetter at samhandlingsreformens styringssystemer - juridisk og økonomisk kommer på plass.**

### **3. Midlertidig organisering av et fremtidig DMS Inn – Trøndelag**

Kommnehelsegruppas fikk i mandat å forberede dannelse og etablering av et interkommunalt selskap for drift av DMS Inn-Trøndelag.

Vedlegg :

- 3 Juridiske vurderinger fra KS- advokat Øyvind Renslo
- 1 Juridisk vurdering fra advokat Jostein Østerås
- Juridisk vurdering fra Fylkesmannen
- Mail fra Geir Vinsand i NIVI analyse
- Utredning: § 27 samarbeid som organisasjonsmodell

- Utredning: Interkommunalt selskap – IKS som organisasjonsmodell
- Utredning. Vertskommunesamarbeid, en enhet under avdeling helse og rehabilitering.
- Utredning: Vertskommune med folkevalgt nemnd.

#### **Saksutredning:**

Opprettelse av DMS Inn-Trøndelag innebærer at det må tas standpunkt til hvordan det skal organiseres. Styringsgruppa har lagt i mandatet til delprosjekt Kommunehelse å utrede alternative organiseringsformer i hovedprosjektet.

I møte den 17.04 i delprosjektgruppa, var rådgiver hos fylkesmannen, Snorre Aurstad, bedt inn for å gå gjennom de ulike organisasjonsmodeller som finnes og se på fordeler og ulemper ved de ulike modellene. Dette fordi gruppa hadde behov for informasjon om de ulike modellene og hvilke muligheter og begrensninger de ulike modellene ville gi.

Deretter ble det nedsatt ei egen arbeidsgruppe som skulle utrede organisasjonsmodeller for DMS Inn-Trøndelag. Gruppa har hatt to møter, den 22.04 og den 30.04. Før arbeidsgruppas møte den 30.04.09, hadde gruppa leid inn KS advokat Øyvind Renslo for å bistå gruppa med juridiske vurderinger rundt fremtidig interkommunal organisering av DMS Inn-Trøndelag.

Delprosjektgruppa har i tillegg hatt 5 møter hvor organisering av DMS har vært sak til diskusjon.

#### **Hovedoppdrag:**

Hovedprosjektet skal utrede hvilken organisasjonsmodell som bør anbefales overfor kommunene:

- Vertskommunemodellen(Kommuneloven)
- IKS(interkommunalt selskap) (IKS loven)
- Aksjeselskap

I forprosjektrapporten "Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag" av 1.oktober 2008 er oppdraget utformet slik:

*"Tre eller flere kommuner skal samarbeide internt, samt eksternt med Helse Nord-Trøndelag om etablering og drift av et distriktsmedisinsk senter. Arbeidsgruppen mener at de samarbeidende kommuner bør etablere en organisatorisk enhet, selskap, som ivaretar oppgaven på vegne av kommunene.*

*INVEST kommunene anser det som helt avgjørende at man på kommunal side velger en organisering som er tydelig, for derigjennom å sikre likeverdighet. Organisasjonsmodellen skal også hensynta at felleseheten (DMS Inn-Trøndelag) gjøres i stand til finansiering på en for kommunene gunstig måte.*

*Uavhengig av hvilken alternativ organisering som anbefales, utredes vedtekte for organisasjonsmodellen som spesielt ivaretar faglighet og økonomisk kontroll.*

*Arbeidsgruppen mener kommunene Snåsa og Mosvik bør inviteres til å delta i et likeverdig samarbeid om DMS Inn-Trøndelag.*

*Spesialist helsetjenesten og kommunehelsetjenesten er forankret i forskjellige lovverk. Organiseringen må anklare tydelig rollefordelingen mellom helseforetaket og kommunene vedr ledelse, personalansvar, økonomi,*

*systemansvar og medisinsk faglig ansvar for hele virksomheten og for de enkelte del funksjoner. Denne avklaringen må gjøres i hovedprosjektet”*

**A Dokumentasjon:**

1. Rapport fra arbeidsgruppe 1.oktober 2008: "Distriktsmedisinsk senter"
2. Behandling i kommunestyrene i de ulike kommuner høsten 2008.
3. Kommuneleien – kapittel. 5 , Interkommunalt samarbeid
4. Lov om interkommunale selskaper
5. "All makt i denne sal" – KS-utredning fra 2006 om politiske styringsmuligheter ved samarbeid hjemlet i kommuneloven, aksjeloven og lov om interkommunale selskaper.
6. "Midtre Namdal som pilot i samhandlingsreformen – forslag til prinsipper og mandat for utredning av en styrket primærhelsetjeneste" Sluttrapport tenkes ferdig til 1.oktober 2009.
7. MandagMorgen: Samkommunen skal sikre god helse til alle. Bestillerreform for bedre helse i samhandlingen.
8. Organisering av DMS- Inn-Trøndelag - Arbeidsgruppas utredning av alternative organisasjonsformer
9. Juridiske vurderinger av organisasjonsmodeller fra advokat Øyvind Renslo, datert 07.05.09, 29.05, og 10.06., og fra advokat Jostein Østerås av 10.06.09, samt fra fylkesmannens jurister den 12.06 og 16.06.09
10. Samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr 47., utgitt 19.juni 2009.

**B DMS Inn - Trøndelag formålsbeskrivelse:**

Målsettingen for et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag er:

- *Å utforme en helhetlig behandlingsskjede for mennesker med sammensatte og kroniske sykdommer og funksjonsreduksjon (kvalitetsforbedring)*
- *Å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten*
- *Å oppnå en bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig*
- *Å gjennomføre et modellforsøk med et distriktsmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket.*
- *Å høyne kompetanse og styrke rekruttering til kommunehelsetjenesten*

De forventede effekter av et distriktsmedisinsk senter er knyttet til

- a) bedre kvalitet på tjenestene gjennom
  - bedre funksjonsevne hos brukerne
  - færre reinnleggelser
  - mindre reisetid for brukerne
  - nærhet til tjenestene
- b) bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten
- c) kostnadseffektivitet gjennom
  - lavere behandlingsskostnad
  - mindre behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester
  - kortere liggetid - frigjøre sykehussenger til andre pasienter
  - mindre utgifter til syketransport
- d) Bedre rekruttering av personell til kommunehelsetjenesten

Hensikten med organisasjonen: Gjennom samarbeid vil kommunene og helseforetaket være bedre i stand til å oppfylle lovkrav og utnytte sine ressurser mer koordinert og effektivt enn hver for seg. Det vil være en viktig oppgave for organisasjonen å drive et kontinuerlig utviklingsarbeid med tanke på både innhold og kvalitet i tilbudene.

**C *Forutsetninger som må ligge til grunn for kommunene sin deltakelse i DMS Inn-Trøndelag:***

1. Kommunene sin deltakelse i ulike samarbeidsområder og prosjekt

Det bør være et hovedmål at alle medlemskommunene ser på det som formålstjenlig å delta i de samarbeidsordninger som ligger under DMS Inn-Trøndelag. Styringsgruppa anbefaler "vertskommune med folkevalgt nemnd" etter § 28 c i kommuneloven som den eneste lovlige modell for samarbeid innen lovpålagte oppgaver. (Kommunelovens § 1-2). Modellen krever at alle kommuner legger samme tjenester inn i samarbeidet. For at alle kommunene skal få et eierforhold til DMS Inn-Trøndelag bør det tas sikte på å iverksette noen samarbeidsprosjekter (fyrtårn) som alle synes det er interessant å delta i. Eksempel på dette vil være samarbeid om intermediærenheten, kompetanseutvikling, fagnettverk, læringsmestringssenter, folkehelse og helsestasjon for eldre. Se egen plansje over tjenester som kan tenkes organisert under DMS og tidsintervallet.

2. Finansiering

Det forutsettes at Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge i en 5 års periode deltar med en tredjedel hver for driftsutgiftene til intermediærsengene, og at spesialisthelsetjenesten i sin helhet tar kostnadene ved spesialistpoliklinikkene og dialysen.

Kommunal kostnadsfordeling: Det bør være et hovedprinsipp for fordeling av kostnader at tilnærmet 50 % fordeles likt mellom kommunene og 50 % etter folketall, uansett hvilke organisasjonsform som velges. I prosjekter der alle kommuner deltar kan dette være et greit prinsipp å følge innenfor DMS. Erfaringene fra andre selskap som driver interkommunale selskaper av nyere dato, viser at denne kostnadsfordelingsnøkkelen er den vanligste.

3. Avtaler med Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag

Det må være en forutsetning at samarbeidsavtalen med Helse Midt Norge og Helse Nord-Trøndelag inngås med en varighet på 5 år. Dette for å sikre forutsigbar og langsiktig drift av både sengeavdelingen og de polikliniske tilbudene.

4. Avtaler med andre

Det er oppsigelsestid på en del inngåtte kommunale avtaler. Innen miljørettet helsevern har Inderøy avtale med IHN med oppsigelsestid. Snåsa, Steinkjer og Verran har med PreBio. Den avtalen går ut i løpet av 2009. Andre kommuner har andre avtaler. Legevakta i Inderøy og Mosvik har avtaler med Innherred interkommunale legevakt IKS, hvor det er 1 års oppsigelsestid, samme oppsigelsestid er det for Legevaktssamarbeidet Steinkjer, Snåsa og Verran. Mosvik har avtaler om legevakt og legetjenester med Leksvik, som også har oppsigelsestid. Mosvik og Snåsa har også avtaler opp mot henholdsvis Fosensamarbeidet og Indre Namdalssamarbeidet.

**D. Organisasjonsmodellen må tilfredsstillende følgende krav:**

1. Organiseringen må være tydelig, for ved det å sikre likeverdighet
2. Åpenhet og muligheter for innsyn
3. Reell styring av daglig drift
4. Reell styring av utviklingsarbeid
5. Ivareta faglighet
6. Ivareta økonomisk kontroll og effektiv ressursutnyttelse
7. Eierskapsforankring
8. Handlekraftig organisasjon
9. Samarbeidsrelasjonene til Helse Midt-Norge, Helse Nord-Trøndelag og andre mulige samarbeidspartnere
10. Verdiforvaltning/formuesforvaltning
11. Delegasjonsadgang/delegasjonsmuligheter

**E. Kort beskrivelse av de aktuelle organisasjonsmodellene**

1. Aksjeselskap (AS)

Aksjemodellen er den eneste modellen som kan gi både kommunene og Helse Midt-Norge/Helse Nord-Trøndelag muligheter til å eie DMS Inn-Trøndelag sammen.

- Brukes primært til forretningsmessig drift.
- Ivaretar eierens interesser
- Begrensning av egen risiko

**Arbeidsgruppa vurderer aksjeselskapsmodellen(AS) som uaktuell fordi man ikke kan delegere myndighetsutøvelse til et AS. Virksomhet som blir drevet i regi av aksjeselskapet er ikke kommunal virksomhet etter § 2 i kommuneloven. Organisasjonsmodellen er i utgangspunktet myntet på private. Denne modellen er bergegnert mer på foretningsdrift og den er derfor ikke omtalt nærmere i dokumentet, selv om den er den eneste aktuelle modell hvis Helse Midt-Norge og Helse Nord Trøndelag skal være medeiere. Tilbakemeldinger fra Helse Nord-Trøndelag tilsier at de ikke ønsker å være med på eiersiden, bare på leiesiden.**

2. Interkommunalt samarbeid etter kommunelovens paragraf 27

- Regulert i kommunelovens § 27
- Virksomheten er direkte underlagt de deltakende kommunenes budsjett- og instruksjonsmyndighet
- Styret vil kunne utsettes for sterk grad av politisk styring.
- Kan være eget rettssubjekt, men mange er det ikke. Om samarbeidet er et eget rettssubjekt avhenger av en konkret vurdering av den enkelte virksomhet, som for eksempel formuesmassen, graden av selvstendighet styret har til å ta opp lån, budsjettmyndighet mv.
- Det vil kunne avtales at de ansatte vil være ansatt i en av kommunene
- Viktig med langsiktig og detaljert avtale mellom deltakerkommunene
- Underlagt lov om offentlighet

- Ingen formelle begrensninger i forhold til å drive utviklingsarbeid

For å løse felles oppgaver kan kommunene opprette felles styre etter kommunelovens § 27. Styret kan få delegert beslutningsmyndighet til å treffe avgjørelser som angår ”**drift og organisering**” av de felles oppgavene. Det enkelte kommunestyre kan ikke instruere styret, men må styre gjennom representantene sine.

**Arbeidsgruppa vurderer denne modellen som uaktuell for interkommunalt samarbeid om DMS Inn-Trøndelag, da det ikke kan delegeres myndighet i forhold til lovpålagte oppgaver etter kommunelovens § 2 til dette styret. Kun oppgaver angående drift og organisering.**

### 3. Administrativt vertskommunesamarbeid

- Regulert i kommunelovens § 28b
- Modellen har som overordnet mål å legge til rette for samarbeid om kommunenes lovpålagte ansvar på kjerneområder, hvor behovet for å ivareta hensyn som politisk ansvar, kontroll og rettsikkerhet gjør seg gjeldende
- Krav om at samarbeidet reguleres gjennom en avtale som hvert kommunestyre vedtar. Gjennom avtalen overfører samarbeidskommunen myndighet til en vertskommune
- Flere oppgaveområder kan legges til vertskommunen
- Vertskommunen er arbeidsgiver for de oppgaver som er lagt til samarbeidsordningen
- Utviklet for samarbeid mellom kommuner på områder av forvaltningsmessig karakter
- Underlagt lov om offentlighet
- Begrensninger i forhold til å drive utviklingsarbeid

Råd fra KS advokat Øyvind Renslo og Jostein Østerås sier at vertskommunemodellen er den eneste modellen for interkommunalt samarbeid om lovpålagte oppgaver som er lovlig i forhold til myndighetsutøvelse.

### 4. Vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd

- Regulert i kommunelovens § 28c
- Der kommunen vurderer at et samarbeidsområde er av prinsipiell betydning, skal modellen med felles folkevalgt nemnd benyttes. Nemnda har ansvaret for at oppgavene løses innenfor rammen av delegasjon fra deltakerkommunene
- Modellen har som overordnet mål å legge til rette for samarbeid om kommunenes lovpålagte ansvar på kjerneområder, hvor behovet for å ivareta hensyn som politisk ansvar, kontroll og rettsikkerhet gjør seg gjeldende
- Krav om at samarbeidet reguleres gjennom en avtale som hvert kommunestyre vedtar. Gjennom avtalen overfører samarbeidskommunen myndighet til en vertskommune
- Flere oppgaveområder kan legges til vertskommunen
- Vertskommunen er arbeidsgiver for de oppgaver som er lagt til samarbeidsordningen
- Utviklet for samarbeid mellom kommuner på områder av forvaltningsmessig karakter
- Underlagt lov om offentlighet
- Begrensninger i forhold til å drive utviklingsarbeid

Råd fra KS advokat Øyvind Renslo og Jostein Østerås sier at vertskommunemodellen er den eneste modellen for interkommunalt samarbeid om lovpålagte oppgaver som er lovlig i forhold til myndighetsutøvelse. En folevalgt nemnd gjør at den politiske ledelsen i hver av de samarbeidende kommunene får innflytelse på en så viktig prosess som interkommunalt samarbeid om DMS Inn Trøndelag er. Hver kommune stiller med minst 2 representanter i nemnda. Flertallet i kommunehelsegruppa anbefaler denne modellen som organisasjonsmodell for et fremtidig DMS Inn-Trøndelag.

#### 5. Interkommunalt selskap (IKS)

- Regulert i Lov om interkommunale selskap. Loven kan ikke fravikes ved avtale, dersom dette ikke står eksplisitt i den enkelte paragraf i loven.
- Et interkommunalt selskap er et eget rettssubjekt med ubegrenset deltakeransvar
- En skriftlig selskapsavtale angir selskapets formål, deltakere, deltakernes eierandel i selskapet, antall medlemmer i Representantskapet og antall styremedlemmer
- Kommunene utøver styring ved valg av representant (-er) i Representantskapet
- Representantskapet er virksomhetens øverste myndighet. Medlemmene oppnevnes av kommunestyrene i deltakerkommunene. Kommunene har instruksjonsrett overfor sine medlemmer i representantskapet.
- Representantskapet kan instruere styret og omgjøre dets beslutninger
- Representantskapet vedtar budsjettet. Forutsettes tilskudd fra deltakerne, er budsjettet ikke endelig før deltakerkommunene har behandlet det
- Selskapet er underlagt lov om offentlighet
- Selskapet skal ha ansatt daglig leder
- Arbeidsgiveransvaret ligger hos selskapet
- Styret har samme myndighet som i et aksjeselskap
- Ingen formelle begrensninger i forhold til å drive utviklingsarbeid
- Selskapet kan ta opp lån såfremt dette er avtalt i selskapsavtalen
- Selskapet kan ikke gå konkurs

Kommunene kan fritt velge denne modellen for oppgaver som Kommunene påtar seg frivillig (ofte foretningsdrift). Når kommunen skal samarbeide om lovpålagte oppgaver som innebærer utøvelse av offentlig myndighet, innebærer dette at IKS modellen ikke kan brukes hvis det ikke er gitt unntak gjennom særlover.

#### 6. Samkommune helse etter modell fra Levanger og Verdal

- Denne modellen er modell som tar høyde for behovet for politisk kontroll,
- Administrativ styring,
- effektiv ressursbruk
- kommunale myndighetskrav
- Den ivaretar offentlighetslovens fordeler for brukerne
- Men den gir mer administrasjon i og med at samkommunene har sitt eget kommunestyre. Her styrer ordførerne og kommer dermed tett på vedtakene. Rådmennene deler på ledelsen i Samkommunen, og er således også en aktiv medspiller i systemet.

7. Samhandling etter samme modell som "Pilot Midtre Namdal – samkommune" har skissert.

- Målet med den modellen er en mer sammenhengende helsetjeneste der det investeres mer i forebyggende tiltak, styrket primærhelsetjeneste og utvikling av nye samarbeidsløsninger med spesialisthelsetjenesten.
- Forsøket skal forankres i nasjonale føringer, helseforetakts behov og lokale utfordringer i deltakende kommuner.
- Det legges til grunn at Regionstyret som generalistorgan for samarbeidet skal ha ansvar for nye desentraliserte spesialisthelsetjenester og andre oppgaver som krever høy kompetanse og/ eller stort befolkningsgrunnlag.
- Kommunene skal fortsatt ha ansvar for hoveddelen av dagens omsorgstjenester, inkludert heldøgns omsorg.
- Det skal vurderes endret oppgavefordeling mellom helseforetaket, regionstyret og kommunene, og endring i systemet for planlegging av løpende samhandling
- Det vil bli behov for utvikling av nye finansieringsutfordringer. Dette bør skje med utgangspunkt i nasjonale føringer og lokale løsninger.

Ved samtale med prosjektleder, kommunelege Per Tvette, forteller han at de så vidt har startet opp utredningen. Sluttrapport ventes til 1.oktober. Modellen ser spennende ut og tenkes utformet slik at den tar høyde for de utfordringer kommunene støter på når de skal samhandle med hverandre og spesialisthelsetjenesten – sømløst, billigst mulig og effektivt.

8. MandagMorgens forslag til bestiller/utførermodell( i samhandling med ulike private aktører.)

De har analysert en samhandlingsreform med hovedprinsipp: Bestiller – utførermodell.

Analysen gjengitt i MandagMorgen nr.13 av 30.mars 2009

- Bodø kommune har innført bestiller/utførermodell i samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten.
- Modellen er lite utviklet og brukt ennå, men tenkes videreutviklet for å ta høyde for utfordringene kommunene vil støte på i valg av organisasjonsmodeller som skal ta høyde for god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, der også private aktører kan være en del av utførertjenestene.

**F Eierstyring samt fordeler og utfordringer/ulempes ved alternative organisasjonsmodeller**

<b>Interkommunalt samarbeid (kl. § 27) = både kommunalt og eget rettssubjekt</b>
<b>Eierstyring:</b> Fullt ut underlagt kommunenes styringsrett. Styret velges av kommunestyrene. Ansvar for drift i samsvar med formål, vedtekter, kommunenes økonomiplan og årsbudsjett og evt. andre vedtak og retningslinjer. Kan delegeres myndighet til å fatte beslutninger om virksomhetens drift og organisering.
<b>Fordeler:</b>

- Stordriftsfordeler
- Politisk innflytelse sikret gjennom vedtekter, økonomiplan og budsjett. Underlagt kommunenes instruksjonsmyndighet.
- Gir skille mellom drift og forvaltning.
- Åpner opp for at de politiske organene i større grad driver mål- og resultatstyring, uten å involvere seg i hvordan oppgavene løses.
- Kommunene har arbeidsgiveransvar (kan avtales lagt til en av kommunene)
- Muligheter for å drive utviklingsarbeid
- Utløser ikke mva ved levering av tjenester til deltakerkommunene
- Følger kommunale regnskapsprinsipper

**Utfordringer og/eller ulemper:**

- Kommunene har ubegrenset ansvar for sin del av virksomhetens forpliktelser
- Slike virksomheter kan legge inn andre vekstforutsetninger (kan gå begge veier) enn det deltakerkommunene gjør. Kan oppstå mangel på samsvar mellom samarbeidsordningens prioriteringer og deltakernes.
- Krever endret kompetanse i kommunene, fra driftsrelatert kompetanse til kvalitetssikring, kontraktskompetanse og evne til å utføre bestillerrollen, fastsette og vurdere kvalitetskrav mv.
- Vanskelig å finne fram til endringer i fordeling av kostnader hvis faktiske forhold og forutsetninger endrer seg.
- Budsjettspørsmål og vedtektsendringer krever stor grad av enighet mellom kommunene. Kan være vanskelig å finne løsninger på interessekonflikter mellom eierne.
- Kan kun utøve forvaltningsmyndighet når det er hjemlet i lov
- Forholdet til formuesforvaltning krever avklaring

**Vertskommunemodell ( kl. § 28 b) = kommunalt rettssubjekt**

**Eierstyring:** Fullt underlagt kommunenes styringsrett. Ansvar for drift i henhold til samarbeidsavtale.

**Fordeler:**

- Gir stordriftsfordeler
- Krever få organisatoriske grep – klare ansvarsforhold
- Gir skille mellom drift og forvaltning
- Åpner opp for at de politiske organene i større grad driver mål- og resultatstyring, uten å involvere seg i hvordan oppgavene løses.
- Utløser ikke mva ved levering av tjenester til deltakerkommunene
- Følger kommunale regnskapsprinsipper
- Vertskommunen har arbeidsgiveransvaret

**Utfordringer og/eller ulemper:**

- Samarbeidskommuner kun sikret innflytelse over kvalitet og omfang på tjenestene gjennom kontrakt/avtale
- Krever endret kompetanse i kommunene, fra driftsrelatert kompetanse til kvalitetssikring, kontraktskompetanse og evne til å håndtere de delegerte rollene, fastsette og vurdere kvalitetskrav mv.
- Behovsendringer krever endringer i avtalen/kontrakten mellom kommunene. Kan være et problem å finne fram til en akseptert endring i fordeling av kostnader hvis faktiske forhold endres.
- Vertskommunen kan utøve forvaltningsmyndighet på vegne av samarbeidskommunene når det er hjemlet i lov
- Begrensninger i forhold til å drive utviklingsarbeid
- Forholdet til formuesforvaltning krever avklaring

**Vertskommunemodell ( kl. § 28 c) = kommunalt rettssubjekt**

**Eierstyring:** Fullt underlagt kommunenes styringsrett. Ansvar for drift i henhold til samarbeidsavtale. Folkevalgt nemnd har ansvaret for at oppgavene løses innenfor rammen av delegasjon fra deltakerkommunene

**Fordeler:**

- Gir stordriftsfordeler
- Krever få organisatoriske grep – klare ansvarsforhold
- Gir skille mellom drift og forvaltning
- Åpner opp for at de politiske organene i større grad driver mål- og resultatstyring, uten å involvere seg i hvordan oppgavene løses.
- Folkevalgt nemnd har ansvaret for at oppgavene løses innenfor rammen av delegasjon fra deltakerkommunene
- Utløser ikke mva ved levering av tjenester til deltakerkommunene
- Følger kommunale regnskapsprinsipper
- Vertskommunen har arbeidsgiveransvaret

- **Utfordringer og/eller ulemper:**

- Kjøpende kommuner kun sikret innflytelse over kvalitet og omfang på tjenestene gjennom kontrakt/avtale
- Krever endret kompetanse i kommunene, fra driftsrelatert kompetanse til kvalitetssikring, kontraktskompetanse og evne til å utføre bestillerrollen, fastsette og vurdere kvalitetskrav mv.
- Behovsendringer krever endringer i avtalen/kontrakten mellom kommunene. Kan være et problem å finne fram til en akseptert endring i fordeling av kostnader hvis faktiske forhold endres.
- Vertskommunen kan utøve forvaltningsmyndighet på vegne av samarbeidskommunene når det er hjemlet i lov
- Begrensninger i forhold til å drive utviklingsarbeid
- Forholdet til formuesforvaltning krever avklaring

**Interkommunalt selskap – IKS = eget rettssubjekt**

**Eierstyring:** styring/myndighet utøves gjennom representantskapet = selskapets høyeste organ. Kommunene har instruksjonsrett overfor sine medlemmer i representantskapet.

Representantskapet kan instruere styret og omgjøre dets beslutninger

Behandler selskapets regnskap, budsjett og økonomiplan. Investeringer av betydning behandles av representantskapet.

**Fordeler:**

- Gir stordriftsfordeler
- Politisk styring utøves via valg til og deltakelse i representantskapet
- Gir klart skille mellom drift (selskapet) og forvaltning (kommunen)
- Er rettslig og økonomisk skilt fra deltakerkommunene. Egen juridisk enhet.
- Kommunene har ikke arbeidsgiveransvar
- Ansatte har representasjonsrett i styret
- Åpner opp for at de politiske organene i større grad driver mål- og resultatstyring, uten å involvere seg i hvordan oppgavene løses.
- Kan utøve selvstendig formuesforvaltning
- Egnet til bruk innenfor områder der det er behov for korte beslutningsveier
- Muligheter for å drive utviklingsarbeid
- Regnskapsloven gjelder for IKS med forretningsmessig drift

- **Utfordringer og/eller ulemper:**
- Kun kommuner og interkommunale selskaper kan være eiere, ikke Helseforetaket
- Politikerne har begrensa styringsmulighet
- Krever endret kompetanse i kommunene, fra driftsrelatert kompetanse til kvalitetssikring, kontraktskompetanse og evne til å utføre bestillerrollen, fastsette og vurdere kvalitetskrav mv.
- Kan i utgangspunktet ikke ta opp lån eller stille garantier såfremt dette ikke er avtalt i selskapsavtalen
- Kommunene har ikke arbeidsgiveransvar
- Kommunene har ubegrenset ansvar for sin del av selskapets forpliktelser
- Kan utøve forvaltningsmyndighet på vegne av samarbeidskommunene når det er hjemlet i lov

### **Eierstyring:**

Uavhengig av hvilken samarbeidsform som velges (unntatt vertskommunemodellene § 28 b og c) anbefales det at kommunene etablerer retningslinjer for utøvelse av kommunene sitt eierskap, slik at kommunenes representasjon i selskapets organer utøves i samsvar med deltakerkommunene sine forventninger og målsettinger. I noen sammenhenger kan det være viktig at det er utarbeidet klare kravspesifikasjoner og systemer for vurdering av den tjenesten som leveres med hensyn til kvalitet og omfang.

Mulighetene for eierstyring er muligens minst ivaretatt i de to vertskommunemodellene etter kommunelovens § 28 b og c, alt avhengig av hvor dekkende samarbeidsavtalen er for premissene for samarbeidet.

Interkommunalt samarbeid etter § 27-modellen ivaretar eierstyringen gjennom at selskapet er direkte underlagt de respektive kommunene sin instruksjonsrett. Et § 27-samarbeid stiller krav til godt samarbeid mellom deltakerkommunene, samtidig som selskapets mulighet til å fatte raske beslutninger og forretningsmessig frihet blir mindre. Eierstyringen kan bli lite effektiv.

I interkommunale selskaper (IKS) kan mulighetene for eierstyringen oppfattes som redusert, da kommunenes eierskap i hovedsak utøves gjennom deltakelse i representantskapet. På den annen side så har dette organet muligheter til å instruere samt overprøve styrets vedtak. Viktige styringsdokumenter for eierne i et IKS vil være selskapsavtale, nedfesta eierstrategier samt vedtekter for selskapet.

### **G Mulig organisatorisk oppbygging av de alternative modellene i DMS Inn-Trøndelag**

1. Administrativt vertskommunesamarbeid (kommunelovens § 28b)  
Ansvaret for administrasjon og drift ligger hos vertskommunen.
2. Vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd (kommunelovens § 28c)  
Ansvaret for administrasjon og drift ligger hos vertskommunen.

3. Samkommune på helse – etter Midtre Namdals forsøksmodell.  
Kommunene må da søke om å få være pilot

**H Økonomi:**

Oppgaver som kommunene må ta standpunkt til finansiering av:

- Intermediærenheten/ etterbehandlingsenheten
- Kompetansesenter for ansatte, kostnader til læring og mestringssenter, kostnader til folkehelsearbeid.
- Leie av lokaler til kommunale tjenester
- Kostnader til ledelse og administrasjon
- Kostnader knyttet til ansatte

**I Forholdet til loven om offentlige anskaffelser:**

Lov om offentlige anskaffelser av 27/11-92 og anskaffelsesforskriften (ny forskrift fra 1. januar 2007) gir nærmere saksbehandlingsregler kommunene er forpliktet til å følge i forbindelse med inngåelse av kontrakter om anskaffelser.

**J Noen betraktninger om norske selskaps/samarbeidsformer i forhold til kontrollkriteriet:**

Interkommunalt samarbeid etter kommunelovens § 27:

Samarbeidet innebærer at det utarbeides vedtekter, etableres et felles styre og at det gis innskudd eller at det kan tas opp lån. Samarbeidsorganet kan drive ulike typer av samarbeid, og det kan overføres ansvar og myndighet i saker som angår virksomhetens drift og organisering. Samarbeid etter kommunelovens § 27 vil normalt sett oppfylle kravet til kontroll, og således falle innenfor loven om offentlige anskaffelser.

Interkommunale selskaper ( IKS).

Denne loven gir eierkommunene en større grad av mulighet for styring og kontroll over foretaket enn et aksjeselskap. Departementet mener at en eierkommune i utgangspunktet vil oppfylle kontrollkriteriet for bruk av egenregi til et interkommunalt selskap. Slik selskap vil følgelig i utgangspunktet falle utenfor loven om offentlige anskaffelser.

Vertskommunesamarbeid etter kommunelovens § 28 b og c:

Deltakerkommunene vil normalt oppfylle kontrollkriteriet om bruk av egenregi i et vertskommunesamarbeid. Avtalen mellom de enkelte kommuner og vertskommunen vil derfor normalt ikke reguleres av lov om offentlige anskaffelser.

## **K KS advokat Øyvind Renslos kommentarer og arbeidsgruppas vurderinger**

### **Administrativt vertskommunesamarbeid etter §§ 28 b og § 28 C**

- Kommuner kan i utgangspunktet samarbeide om alt. Unntak er myndighetsutøvelse etter kommunelovens § 2. Der må kommunene ha en hjemmel for å kunne overføre myndighet til en annen organisasjon. Helsetjenester må ha en hjemmel i kommunehelsetjenesteloven for sine vedtak om delegering av lovpålagte oppgaver. Det er bare vertskommunemodellen som gir mulighet for det.. Pr i dag er det bare den modellen som er lovlig i forhold til myndighetsutøvelse. Enkeltvedtaksretten kan også kun delegeres til en vertskommune.
- Samarbeidende kommuner kan delegerer myndighet til vertskommunen. I vertskommunemodellen har man beslutningsfunksjon. Hver kommune har instruksjonsrett overfor sin pasient. Kan ha styring via det.
- Kan ha administrativt samarbeid, med styre. Ansatte er da ansatt i vertskommunen, har kommunetilknøyning. Leder kan nyttiggjøre seg det kommunale tjenesteapparatet Kommunene kan gi myndighet til styret, som kan fastsette budsjettet. Må drive effektivt og styre effektivt.
- Rettsikkerheten for brukerne er bedre ivaretatt, fordi forvaltningsloven gjelder. Vertskommunemodellen mer sikker i forhold til gjeldende rett. Strukturen for klagebehandling er etablert i kommunen, og er bedre enn ved IKS.
- Nærhet til andre ledere i kommunen, enklere å koordinere, kjappere å ta enklere grep. Må ikke bygge opp egen administrativ ressurs for ansettelse, økonomi/regnskap, innkjøp, HMS tjenester, IKT tjenester.
- Eksempel på vertskommunemodell: Økonomifunksjonen i INVEST

### **I Stortingsmelding nr 47 står det:**

”Samarbeid etter disse modellene innebærer at utførelsen av oppgavene og myndighetsutøvelsen organisatorisk legges til en vertskommune. Modellene inneholder forholdsvis detaljerte regler om organisering og delegering. Bakgrunnene for modellene er særlig å gjøre det mulig å bygge opp velfungerende fagmiljøer i områder av landet der den enkelte kommune har vansker med å etablere den type kompetanse som kreves for å utføre hele registeret av oppgaver som er pålagt. Den enkelte kommune skal fremdeles ha det formelle ansvaret for de lovpålagte oppgavene som legges inn i samarbeidet.

Det er lagt vekt på å sikre rettsikkerhet der myndighet blir overdratt til en annen kommune(vertskommune) gjennom å klargjøre systemet for forvaltningsklage og lovlighetskontroll.

Loven skiller mellom administrativt vertskommunesamarbeid og vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. Der det ikke er aktuelt å overføre beslutningsmyndighet av prinsipiell karakter, kan man opprette et administrativt vertskommunesamarbeid. Dersom det skal overføres beslutningsmyndighet i prinsipielle saker, må det oppnevnes en felles folkevalgt nemnd for samarbeid som skal treffe avgjørelser i disse sakene. Hver deltakerkommune skal være representert med minst to representanter i denne nemnden. Dersom vedtaksmyndighet skal overlates til et interkommunalt samarbeid, er det bare vertskommune og samkommunemodell som er aktuelle.”

## Interkommunalt selskap(IKS)

IKS er ikke en ulovlig modell, men den er ullen i forhold til hvilke oppgaver som kan delegeres till et rettssubjekt. Samhandlingsreformen peker ikke på denne som aktuell modell. IKS har i seg selv selskapsrettslige prinsipper, den har klar styring, klare linjer og klar beslutningsstruktur. Kommunene kan lage seg klare avtaler på hva som skal være innenfor og hva som skal være utenfor. Instruks går via styret. Alle kommunene har styringsmuligheter. Gir større muligheter til å påvirke, kontrollere og styre, men ulemper for ansatte og økonomisk en dyrere løsning for kommunene. Forvaltningsloven gjelder ikke ved vedtak. Pasientens har dermed ikke klageadgang/informasjonsrett. Bli det mange ulike kommunale tjenester som legges inn i DMS, da er IKS en uhensiktsmessig styringsmodell. IKS kan kjøpe tjenester fra en kommune. Fosen DMS er organisert som et IKS med ansettelse av leder i 60 % stilling. Fosen IKS har ansvar for strategiene til de samarbeidende kommunene. Ansatte ved observasjons og etterbehandlingsenheten er ansatt i Ørland kommune etter § 28 b, kjøp av tjenester fra vertskommune. Innherred legevaktsentral er organisert som IKS. De kjøper tjenester fra Helse Nord-Trøndelag(ansettelser, IT, vaskeri, innkjøp) De fatter ikke enkeltvedtak, men det er her snakk om myndighetsutøvelse etter § 2 i kommuneloven. Lang praksis har gjort at mange legevakter har organisert sin interkommunale virksomhet etter IKS loven. Inn-Trøndelag brannvesen er også organisert som IKS, men der er ansatte ansatt i IKS et, og de er av kommunestyret delegert å foreta enkeltvedtak gjennom særlov.

I Stortingsmelding nummer 47, punkt 6.11.3 står det: " Skal kommunene samarbeide om oppgaver som medfører utøvelse av myndighet, må disse organiseres etter en vertskommunemodell i kommuneloven (§§ 28 a-k)"

## Samkommunemodell

Er et sterkere styringssubjekt. Har eget kommunestyre. Det politiske styringsbehovet blir bedre ivaretatt. Ordførerne sitter i styret og er mer tett på. Rådmennene skifter på ledelsen. Representanter fra hver kommune har ansvar for å ta den politiske prosessen i sin kommune. Saksflyten er bedre ved en slik organisering. Må vente til den blir lovlig, må søke om forsøksordning nå.

I Stortingsmelding nr 47, Samhandlingsreformen står det: Det vurderes å åpne for mulighetene til å samarbeide om lovpålagte oppgaver som krever myndighetsutøvelse gjennom en samkommunemodell, som var på høring i forbindelse med innføring av ny vertskommunemodell.

**KS advokat Øyvind Renslos anbefaling:**

Der vertskommunen drives effektivt med gode tjenester til borgerne, vil det å etablere et nytt rettssubjekt kunne skape usikkerhet om ny drift, hvor ny ledelse eventuelt skal etableres, nye rutiner. Det antas lettere å komme i gang med et samarbeid når man kan bygge videre på de ressurser som vertskommunen har. For vertskommunen vil det her være naturlig å videreføre og videreutvikle egen drift.

Advokaten vil derfor anbefale kommunene å vurdere en vertskommunemodell med folkevalgt nemnd, jf nedenfor. Ved en folkevalgt nemnd vil de mindre kommuner faktisk kunne oppnå større innflytelse enn gjennom et IKS, som treffer vedtak ved flertallsbeslutninger.

Ettersom vertskommunen vil være arbeidsgiver for de ansatte som har sitt arbeid knyttet til samarbeidsområdet, og således har den faglige kompetanse på området, vil vertskommunen kunne bli oppfattet som dominerende. En modell med nemnd vil generelt kunne minske faren for dette.

Vi understreker at til den felles nemnda må deltakerkommunene delegere "samme myndighet", jf. kommuneloven § 28c nr. 3.

**L Vurderinger fra andre advokater:**

Det er tatt kontakt med Arnt Robert Haugan, fungerende kommunaldirektør, ved kommunal og administrasjonsavdelingen hos fylkesmannen. Han ble bedt om å se på forespørselen om det finnes andre egnede modeller for interkommunalt samarbeid på helsesiden som er mulige ved dette samarbeidet. Han så på saken sammen med jurist fra helseavdelingen, Stein Jøssund. Jurist ved helseavdelingen tok deretter kontakt med Helsedepartementet for å få råd og veiledning. Departementet og fylkesmannen har fått problemstillingen oversendt pr. 10.06.09. Tilbakemeldingen derfra er at de råd KS advokaten har gitt er korrekte.

Advokat Jostein Østerås ble kontaktet, for å kvalitetssikre at de råd som er gitt fra KS advokat Øyvind Renslo, er korrekte. Brev fra advokat Østerås er vedlagt saken. KS advokat Renslos tilleggsutredning legges også ved saken.

En kan ikke se at de andre advokatenes råd endrer delprosjekt Kommnehelse sitt vedtak om organiseringsmodell: Vertskommune med nemnd som midlertidig organisering av DMS Inn-Trøndelag. Grappa ser at modellen har en del begrensinger og vil medføre mye byråkrati for å klare å ivareta god samhandling opp mot faglederne og rådmennene i de 5 kommunene samt opp mot Helse Nord-Trøndelag.

Samhandlingsreformen har ikke gitt anbefalinger om andre bedre modeller og gir ikke løfter om endringer i IKS loven for å gjøre den som brukbar modell. Det arbeides for å gjøre Samkommunemodellen etter Midtre Namdalsmodellen som aktuell modell. Samhandlingsreformen

oppfordrer kommunene selv til å finne gode samhandlingsmodeller, og komme med forslag til piloter på området.

**Prosjekt Kommnehelse sitt vedtak.**

**Ut fra en totalvurdering vil en tilrå at kommunene Steinkjer, Inderøy, Verran, Snåsa og Mosvik sin deltakelse i DMS Inn-Trøndelag organiseres midlertidig som "vertskommune med folkevalgt nemnd" etter § 28 c i kommuneloven. Dette er for tiden den eneste lovlige modellen for interkommunalt samarbeid om lovpålagte oppgaver. Organisasjonsmodellen er midlertidig og skal vurderes underveis.**

Vedtak i styringsgruppa den 15.06.09

- 1 Vertskommunesamarbeid med nemnd blir anbefalt som DMS Inn – Trøndelags organisasjonsmodell i oppstartfasen.
- 2 Steinkjer kommune velges som vertskommune
- 3 Organisasjonsmodellen vurderes underveis.
- 4 Det skal arbeides videre med å foreslå en mer hensiktsmessig organisasjonsmodell som hensyntar de organisasjonsutfordringer man har i forbindelse med interkommunalt samarbeid om helsetjenester.

#### **4. Kostandskalkyle for et fremtidig DMS Inn-Trøndelag i Steinkjer**

Vedlegg :

- Kostnads-kalkyle 2011- 2014, PR 13.07.09, 3 regneark
- Kostnadsfordelingsnøkler pr 13.07.09, 2 regneark
- KomRevs foreløpige vurderinger angående moms i forhold til organisasjonsmodell.
- Kommunevise oversikter over kostnader i perioden 2010- 2015

**Saksutredning:**

**Delprosjekt Kommnehelse ble i styringsgruppa den 18.05.09, bedt om å legge frem estimerte kostnader for DMS Inn-Trøndelag. I styringsgruppa den 02.06, ble gruppa bedt om å lage flere kostnadsfordelingsnøkler.**

Gruppa har sammenstilt kostnadsoverslag på drift og investering tilhørende sengeposten fra Samhandlingsgruppen og kostnadsoversikt på husleie og IKT løsninger fra delprosjekt infrastruktur.

Kommnehelsegruppa har utarbeidet kostnads-kalkyle for de 5 årene prosjektet varer, for ledelse og administrasjon og personal – og driftskostnader til ulike yrkesgrupper som vurderes lagt inn i DMS organisasjonen. **Alle kostnader er basert på 2009 kroner, og ikke indeksregulert eller justert for kommende lønnsoppgjør. Det er utarbeidet egne oppsett for hver av de fem kommunene.**

## **Saksvurderinger:**

### ***Daglig leder og enhetsledere:***

Enhetsleder til intermediearenheten, dialyse og poliklinikker er allerede ansatt. Personalkostnader er lagt inn i budsjett til intermediearenheten. Helseforetaket kjøper personellressurs av dette til sin dialyse og poliklinikkavdeling.

Daglig leder for DMS bør ansettes vår 2010. Dette for å kunne være med fra oppstart, skrive avtaler mellom kommuner og Helseforetak, samt lede utviklingen av prosjektet, gjennomføre innfasingen av ulike kommunale tjenester, gi informasjon til innbyggere, pasienter og administrativ og politisk ledelse i alle kommunene, samt Helse Midt og Helse N-T. Et så stort og strategisk viktig prosjekt trenger raskt tydelig ledelse på plass. Derfor er det beregnet helårsressurs til den stillingen i 2011.

### ***Helseforetakets dialyseavdeling og poliklinikker:***

Det planlegges at dialyseavdelingen og spesialistpoliklinikkene starter opp sin virksomhet våren 2010. Kostnader til drift og investering dekkes av Helse Nord-Trøndelag i sin helhet.

### ***Intermediearenheten og observasjonssenger/akuttsenger***

Helseforetaket, Kommunehelsegruppa og styringsgruppa har vært enig i at det planlegges med oppstart av intermedieærpost med 16 senger. Forprosjektet anbefalte 12 intermedieær senger og 4 akuttsenger. Representanter fra 4 av 5 kommuner i Kommunehelsegruppa og faglederne er enig i at man ikke starter med fire observasjonssenger før man har avklart behov og sett om ikke kommunene kan håndtere dette internt, samt at man får erfaring med virkningene i den enkelte kommune av de 16 intermedieær sengene. Alternativt kan kommunene kjøpe denne tjenesten fra hverandre ved behov.

### ***Kompetansesenteret for ansatte:***

Kompetansesenteret for ansatte opprettes i forkant av oppstart av intermedieærposten. Kostnader til fellesopplæringen på intermediearenheten er budsjettet under drift av sengeposten. Samme gjelder kostnader til videokonferanseutstyr og IKT infrastruktur.

Senteret skal gi mulighet for hospitering og opplæring av personell fra alle kommunene. Kostnader for ansatte i kommunene til opplæring via videokonferanse, vikar for de som er på hospitering, arrangering av fagkursdager/ fagnettverk må dekkes av den enkelte kommune i tillegg til de kostnader som er satt opp her. Kompetansesenteret kan ledes av daglig leder og fagkonsulent det første året, og så eventuelt bygges videre opp etter behov. **Kommunehelsegruppa og faglederne i kommunene har satt kompetanseopplæring, som kommer hver kommune til gode, som en av de høyst prioriterte oppgaver senteret skal ha.**

**Kommunale tjenester(jordmor, kreftsykepleier, kommunelege osv)**

Når det gjelder kommunale tjenester, så er det satt en forsiktig oppbygging av hver tjeneste, ut fra den prioritering og oppbygging som pr i dag ser mest realistisk ut for gruppa og faglederne i de ulike kommunene.

**Forebyggende enhet:** Økonomiske midler til forebyggende tjenester har helseministeren lovt skal komme alt høsten 2010. Derfor må aktivitet på den siden komme i gang i 2011.

**Kommunalt lærings- og mestringssenter:**

Lærings - og mestringssenteret for pasienter bør planlegges og komme i drift i 2011. Sykehusene Levanger og Namsos har lærings og mestringssenter i dag. De skal bestå i fortsettelsen, men ha hovedfokus på opplæring av pasienter som er blitt syke. Samhandlingsreformen legger føringer for at kommunene må komme opp med lærings - og mestringssenter i en mye tidligere fase i et pasientforløp, som forebyggende behandling og tilbud til risikoutsatte grupper, for å bremse sykdomsutvikling og hindre unødige sykehusinnleggelses. I oppstartfasen må dette nye senteret samhandle godt med begge sykehusene sine lærings og mestringssenter og lære/ erfare av dem, før lærings og mestringssentrene blir kommunalt ansvar i 2012. For å kunne planlegge oppstart av senteret fra 2012, trengs det fagkonsulentstilling. Derfor er den satt inn fra 2011.

**Politiske utfordringer:**

I oversikten på personell er det regnet ut ulike årsverk i de ulike stillingene, men politikerne må ut fra økonomiske og strategiske målsettinger klargjøre hvilke tjenester som skal inn, størrelsene på stillingene og hvilke år de skal organiseres under DMS, i de årene prosjektet skal vare.

**Inventar og utstyr:**

Kostnader til utstyr og inventar ved sengeposten og lokalene for kommunale tjenester er fordelt over 5 år. Det tas utgangspunkt i lånefinansiering for disse to beløpene med en avskrivning over 5 år. Det forutsetter at det er tredeling av kostnadene til utstyr og inventar ved sengeposten, slik at Helse Midt, Helse Nord-Trøndelag og de 5 kommunene betaler en tredjedel hver. Ved forespørsel til KomRev, den 29.06.09, svarte de at mesteparten av inventar og utstyr som skal investeres ved oppstart, kan sees på som en helhet/en pakke og føres i investeringsbudsjettet. Ca 200 000 tilhører driftsposten.

**Moms:**

KomRev ble i samme møte den 29.06.09, bedt om å orientere noe om momsregler i forhold til ulike organisasjonsmodeller, og da spesielt vertskommunemodell med nemnd. Modellen er ukjent for dem i forhold til helsetjenester. Det ble derfor i møtet besluttet at de kommer med et skriv om hvilke utfordringer de ser i forhold til moms i denne saken, samtidig som de sjekker med skattedirektoratet hvordan moms skal håndteres ved slik organisering.

### **Kostnadsfordeling mellom de 5 kommunene.**

Kommunehelsegruppa har gjennomgått forslag til kostnadsfordeling mellom de 5 kommunene. I første oppsett er det tatt utgangspunkt i en fordelingsnøkkel på 50 % lik fordeling av kostnader og 50 % etter folketall. Det er regnet ut fordeling mellom kommuner i forhold til sengeposten, administrasjon og ledelse og kommunale helsetjenester, vist i vedlegg "Kostnadsfordeling mellom 5 kommuner"

Erfaringsstall i forhold til fordelingsnøkler mellom kommunene viser at nye IKS modeller bruker fordelingsnøkler slik: Fosen DMS IKS har fordelingsnøkkel 60/40. Namdal rehabilitering IKS har fordelingsnøkkel 50/50, Innherred interkommunale legevakt har fordelingsnøkkel 40/60, Drammen interkommunale legevakt IKS har fordelingsnøkkel 50/50. Gruppa bruker derfor fordelingsnøkkel 50/50 i første oppsettet.

I styringsgruppemøte den 02.06.09, ble prosjekt Kommunehelse bedt om å komme med flere kostnadsfordelingsnøkler. Derfor er det utarbeidd 5 nøkler til: Nøkler i forhold til innbyggertall, nøkler lik 30/70, 40/60, 50/50, 60/40 og 70/30. Hvilke fordelingsnøkkel som skal brukes i fremtidig DMD Inn-Trøndelag, blir forhåpentligvis vedtatt på styringsgruppemøte den 07.09.09.

### **Vedtak i kommunehelsegruppa 26.05.09**

**Vedtak: Kostnadskalkyle for 2011, datert 25.05, med de rettinger som er anført, legges frem som estimerte kostnader/budsjett 2011 fra Kommunehelsegruppa. Samme gjelder Forslag til økonomisk fordeling kommunene imellom pr 27.05.09. Oppdatert pr 28.05.09**

**Kommunehelsegruppa vedtok på møtet den 09.06.09 enstemmig å legge frem**

- Kostnadskalkyle intermediearenhet og administrasjon
- Kostnadskalkyle 2011- 2014 Personell kommunale tjenester DMS pr 10.06.09.
- Kommuneberegninger pr 05.06.09( Se ark 2 – fordelingsnøkler samlet)

**som gruppas reviderte forslag til kostnadskalkyler og mulige fordelingsnøkler kommunene imellom. Oversikt over hver kommunes utgifter ved ulike kostnadsfordelingsnøkler er av 25.07.09.**

### **Vedtak i styringsgruppa den 15.06.09**

**Styringsgruppa ber prosjektledelsen om å utrede og konkretisere potensialet for kommunene med henvisning i erfaring fra etablerte forsøk, og beskrive mulige innsparinger ved tiltakene fram til 2012.**

## **5. Potensielle innsparinger ved etablering av DMS Inn-Trøndelag**

- Vedlegg :
- SINTEF Helses rapport : Evaluering av Henie-Onstad bo - og Rehabiliteringssenter, februar 2005.
  - Evaluering av Fosen DMS ved Ernst & Young og HIST. Gjennomgang av hovedkonklusjoner

### Saksutredning:

Viser til sak 38/09 og sak 33/09. Delprosjekt kommunehelse ble i styringsmøte den 15.06.09, bedt om å utrede og konkretisere potensialet for kommunene med henvisning i erfaringer fra etablerte forsøk, og beskrivemulige innsparinger ved innføring av DMS Inn- Trøndelag fram til 2012.

Vi skal her se nærmere på innsparingspotensialet ved:

1. Interkommunalt samarbeid – 16 intermediaersenger
2. 4 akutte omsorgsplasser
3. Forebyggende satsing

### Faktaopplysninger:

#### 5.1. Potensielle innsparinger ved innføring av 16 intermediaersenger

Det er opprettet flere DMS'er rundt om i landet. Men det er få som har gjennomført kostnadsevaluering av virksomhetene sine. De fleste DMS som jeg har kontaktet, viser til at **det er viktig her å se at satsingen på DMS har gitt en stor kvalitetsmessig gevinst for innbyggerne i kommunene, ikke minst for de eldre pasientene og kronisk syke**. Deres forbedrede livskvalitet er beskrevet i mange evalueringer, men er vanskelig å tallfeste i kroner og øre. Andre peker på at dette er et **strategisk viktig valg for deres kommune**, for å møte fremtidens utfordringer innen helse og omsorgstjenesten, med eldrebølgen og færre yrkesaktive.

**Det primære formålet med tiltaket er ikke å oppnå innsparing, men å arbeide for en omfordeling av oppgaver, kompetanse og ressursbehov mellom nivåene, slik at pasienter i en fremtidig situasjon kan få god tilgjengelighet til en kvalitativt forbedret tjeneste i samarbeidende kommuner, og slik at de kommunale helsetjenestene gjennom sterkere satsing på forebyggende strategier og formalisert samarbeid blir bedre i stand til å oppfylle målsettingen om å løse oppgaver på laveste effektive omsorgsnivå**

Av de DMS er som har gjennomført kostnadsanalyser finner vi følgende:

- SINTEF helse har evaluert virksomheten ved Henie Onstad bo - og rehabiliteringssenter(16 plasser), som er at samarbeid mellom sykehuset Asker og Bærum og kommunene Asker og Bærum. Analysen er fra 2005.
- Sjøstad DMS er analysert gjennom doktorgradsarbeidet til kommunelege Helge Garaasen i Trondheim,
- Ernst and Young har foretatt analyse av Fosen Distriktsmedisinske Senter.
- DMS Stjørdal holder på med sin evaluering. Tilbakemeldinger derfra er at rapport forventes ferdig rundt årsskiftet 2009/2010.
- Prosjekt sykestuer i Finnmark kjøres i 2009. Rapport forventes å foreligge i 2010. Gjelder 16 sykestuer i Finnmark, den største er i Alta. Helsedirektoratet skal via prosjektet prøve en enkel modell av insatsfinansering av sykestuene. Sykestuesengene i Finnmark dekkes 50 % av spesialisthelsetjenesten( 490 000 pr seng i 2008)og 50 % av kommunene

- Sjukestugu i Hallingdal finansieres i sin helhet av Sykehuset Ringerike. Ingen kommunal betaling.
- Valdres, Otta og Florø DMS har ikke intermediasenger ennå, bare polikliniske spesialisthelsetjenester.
- DMS Lenvik(Midt-Troms) er ennå på prosjektstadiet i samarbeid(mellom 10 kommuner og Helse Nord) Helsedirektoratet har gitt Finsnes en nasjonal koordineringsfunksjon for distriktsmedisinske sentre og lignende institusjoner. De er nyetablert og har ennå ingen informasjon eller økonomiberegninger i forhold til effektiviseringsgevinster for kommuner ved innføring av DMS.

**Eksempler på vurderinger i andre kommuner:**

**5.1.1 SINTEF Helse skriver i sin analyse av Hennie – Onstads bo og rehabiliteringssenter (HOBR)**

Her presenteres en kostnadsanalyse som vurder kostnadmessig effekt for staten ved Sykehuset Asker og Bærum HF, og for kommunene Asker og Bærum som følge av tiltaket **spesialenhet for utskrivingsklare pasienter (SUP) ved Henie-Onstad Bo - og Rehabiliteringssenter**(HOBR). Kostnadsanalysen tar utgangspunkt i en differansebetraktning, som beregner endring i kostnader i løpet av ett år (2004). Kostnadsanalysen er en kostnadsminimeringsstudie som sammenligner totale kostnader ved spesialenheten for utskrivingsklare pasienter, i relasjon til et mer tradisjonelt behandlingsforløp.

Kostnadsminimeringsstudie er et spesialtilfelle av kostnads-effekt analyse (5), hvor det helsemessige resultatet av de alternative behandlingsmodellene anses som like godt. Årsaken til at en kostnadsminimeringsstudie har blitt valgt, er at kvaliteten på pasientbehandlingen ved SUP antas å være minst like god som et mer tradisjonelt behandlingsforløp. Dette begrunnes ut fra pasienttilfredshetsundersøkelsen presentert i kapittel tre, og lavere reinnleggelsesrate i sykehus for pasientgruppen som har fått et behandlingstilbud ved SUP sammenlignet med tilsvarende pasientgrupper – som vises i dette kapitlet. Det beregnes med andre ord endring i kostnader for stat og kommune i 2004 som følge av en spesialenhet for oppfølging av eldre utskrivingsklare pasienter ved HOBR.

**Kostnadmessig effekt for kommunene Asker og Bærum**

Et mål for den nye spesialenheten ved HOBR er å tilrettelegge for at de aktuelle pasientene i størst mulig grad skal kunne klare seg med omsorg på laveste mulige effektive omsorgsnivå. I praksis innebærer dette en målsetting om at en høyere andel av de aktuelle pasientene skal kunne unngå bruk av permanent sykehjemsplass. Det innebærer også en målsetting om pasientene som har fått et tilbud fra spesialenheten ved HOBR i større grad er mer selvhjulpne i hjemmet.

I dette avsnittet vil det bli forsøkt å tallfeste kostnadmessig betydning for kommunene av å ha opprettet tilbudet ved SUP. Tidsperspektivet er endring i kostnader i løpet av ett år (2004). Kostnaden ved å drifte spesialenheten for utskrivingsklare pasienter ved HOBR vil bli holdt opp mot antatt redusert behov for hjemmesykepleie og mer permanent institusjonsplass. Det vil si at analysen av kostnadmessige effekter for kommunene av tilbudet SUP er en differansebetraktning.

**Det foreligger ikke noen kontrollert studie som tallfester endret behov for hjemmebasert omsorg eller institusjonsplass som følge av tilbudet fra SUP. Endret behov for hjemmebasert omsorg og sykehjemsplass har blitt anslått på bakgrunn av rimelighetsbetraktninger.**

Nedenfor vil det punktvis redegjøres for hva som her inkluderes som endring i driftskostnader for Bærum kommune i 2004 som følge av at tilbudet ved HOBR har blitt opprettet.

Kostnadsberegningen vil oppsummeres i en tabell etter den punktwise gjennomgangen.

### Samlet kostnadsanalyse for SAB HF og kommunene, og forløpsanalyser.

I dette avsnittet oppsummeres resultatene fra kostnadsanalysen i tabell 4.12 nedenfor. For diskusjon om bakgrunn for, og tallfesting av, de ulike kostnadskomponentene vises det til SINTEFS rapport fra Henie Onstads bo og rehabiliteringssenter, avsnittene 4.1 og 4.2.

Tabell 4.12 Samlet kostnadseffekt for SAB HF og kommunene Asker og Bærum som følge av spesialenheten ved HOBR. (2004 Kroner)

Kostnadskomponenter	Kostnadsdifferanse basert på lavt anslag (kr)	Kostnadsdifferanse basert på høyt anslag (kr)
1. Kostnader ved drift av SUP	8 578 800	8 578 800
2. Redusert liggetid på SAB HF m/ SUP	-1 888 588	-2 513 280
3. Redusert rate for reinnleggelser ved SAB HFm/SUP	- 631 948	-1 263 896
4. Redusert behov for hjemmebasert Omsorg m/ SUP1	- 3 557 400	-3 557 400
5. Redusert behov for hjemmesykepleie etterutskrivning fra sykehus m/ SUP	- 4 851 000	-9 702 000
6. Redusert behov for sykehjemsplass m/ SUP	-1 375 000	-2 750 000
<b>SUM kostnadsendring</b>	<b>-3 725 136</b>	<b>-11 207 776</b>

**Tabell 4.12 viser at det anslås en årlig kostnadsbesparelse for den samlede helsetjenesten i størrelsesorden 3,7 til 11,2 millioner som følge av å overføre 220 eldre pasienter til en spesialenhet for utskrivingsklare pasienter i 2004. Som det også framgår av tabell 4.12 knyttes den anslåtte kostnadsbesparelsen i stor grad til en vurdering av at pasientene i større grad blir selvhjulpne etter et opphold på SUP, og dermed kan klare seg med et mindre omfang av hjemmebaserte tjenester i etterkant av oppholdet på SUP (se punkt 5 i tabell 4.12).**

For nærmere diskusjon av forutsetninger og resultater vises det til avsnittene 4.1 og 4.2

For å ytterligere illustrere kostnadseffekten av mindre behov for hjemmebasert omsorg presenteres det nedenfor regneeksempler som viser årlig driftskostnad for en pasient ved fire ulike behandlingsforløp. Enhetskostnadene som benyttes i regneeksemplene er redegjort i avsnittene 4.1 og 4.2. Eksemplene tar utgangspunkt i en eldre pasient, som kan være en dame på ca 84 år med lårhalsbrudd.

**Eksempel 1: Sykehusopphold med påfølgende opphold på SUP, og deretter behov for Hjemmebasert omsorg.**

De aktuelle pasientene med lårhalsbrudd som overføres til SUP ligger i gjennomsnitt 11 døgn innlagt på sykehus (se avsnitt 4.1). Et gjennomsnittlig sykehusopphold på 4,2 døgn ved SAB HF koster kr 28 600. Vi antar et påslag per døgn ut over gjennomsnittlig liggetid på kr 4 080, og for 6,8 døgn tilsvarer dette kr 27 444. Kapittel to viser en pasient med lårhalsbrudd i gjennomsnitt ligger i 25 døgn på SUP. Med en døgnkostnad på kr 1 726 ved SUP (se kapittel to) vil oppholdet på SUP koste kr 43 150. I tillegg antas det at pasienten i gjennomsnitt har behov for 3,5 time hjemmebaserte tjenester i form av hjemmesykepleie og rehabiliteringstjeneste i 26 uker. Med en timepris på kr 490 for hjemmebasert omsorg, utgjør dette kr 44 590. Oppsummert vil kostnaden for dette behandlingsforløpet se slik ut:

a) Sykehusopphold 11 døgn:	Kr 56 344,-
b) Opphold på SUP i 25 døgn:	Kr 43 150,-
c) Hjemmebasert omsorg 3,5 t/uke i 26 uker	Kr 44 590,-
<b>SUM</b>	<b>Kr 144 084,-</b>

**Eksempel 2: Sykehusopphold, ikke overført til SUP, påfølgende behov for hjemmebasert omsorg.**

De aktuelle pasientene med lårhalsbrudd som ikke overføres til SUP ligger i gjennomsnitt 13 døgn på sykehus. Kostnaden sykehusoppholdet beregnes da til kr 64 504, som består av kostnaden for et gjennomsnittlig sykehusopphold på kr 28 600 pluss et påslag for liggetid 8,8 døgn ut over gjennomsnittlig liggetid på kr 35 904. Rett etter utskrivning fra sykehus antas et behov for hjemmebaserte tjenester på 10,5 timer per uke i fire uker. Dette utgjør kr 20 580. Deretter antas et behov for hjemmebaserte tjenester på 7 timer per uke i 26 uker, noe som tilsvarer en kostnad på kr 89 180. Oppsummert vil samlet kostnad for dette behandlingsforløpet se slik ut:

a) Sykehusopphold 13 døgn:	Kr 64 504,-
b) Hjemmebasert omsorg 10,5 t/uke i 4 uker	Kr 20 580,-
c) Hjemmebasert omsorg 7 t/uke i 26 uker	Kr 89 180,-
<b>SUM</b>	<b>Kr 174 264,-</b>

**Eksempel 3: Sykehusopphold, ikke overført til SUP, påfølgende behov for hjemmebasert omsorg. I tillegg reinnlagt på sykehus etter fire uker.**

Det initiale sykehusoppholdet koster som vist under eksempel to kr 64 504. Det antas fortsatt behov for hjemmebasert omsorg i 10,5 timer per uke i fire uker etter det innledende sykehusoppholdet, noe som beregnes å koste kr 20 580. Pasienten antas nå å bli reinnlagt på sykehuset. Frekvensoversikter har vist at gjennomsnittlig liggetid for et reinnleggelsesopphold er 11 døgn. Reinnleggelsesoppholdet på sykehuset vil da i gjennomsnitt koste kr 56 344 (jf eksempel 1). Etter reinnleggelsesoppholdet antas behov for hjemmebasert omsorg i 24 uker med 7 timer per uke, noe som tilsvarer en kostnad på kr 82 320. Oppsummert vil samlet kostnad for dette behandlingsforløpet se slik ut:

a) Sykehusopphold i 13 døgn:	Kr 64 504,-
------------------------------	-------------

b) Hjemmebasert omsorg 10,5 t/uke i 4 uker	Kr 20 580,-
c) Reinnlagt på sykehus i 11 døgn	Kr 56 344,-
d) Hjemmebasert omsorg 7 t/uke i 24 uker	Kr 82 320,-
SUM	Kr 223 748,-

#### Eksempel 4: Sykehusopphold, ikke overført til SUP. Deretter overført til sykehjem.

Det initiale sykehusoppholdet vil fortsatt koste kr 64 504. Med en årskostnad på kr 550 000 for en sykehjemsplass vil 11 måneder på sykehjem koste kr 504 167. Samlet år kostnad for et slikt utfall vil se slik ut:

a) Sykehusopphold i 13 døgn:	Kr 64 504,-
b) Sykehjem i 11 måneder:	Kr 504 167,-
SUM	Kr 568 671,-

Det er et visst omfang av reinnleggelser i sykehus for pasientene som overføres til SUP også. I hvor stor grad opphold på SUP fører til redusert behov for sykehjemsplass er usikkert, i og med at pasientene som får tilbudet antas å kunne tilbakeføres til hjemmet etter opptrening.

Eksempelene 3 og 4 viser uansett den kostnadmessige betydningen av å unngå reinnleggelser i sykehus og å utsette behov for sykehjemsplass. Under avsnitt 4.1 har det blitt beregnet en signifikant lavere reinnleggingsrate i sykehus for pasienter som har fått tilbud ved SUP.

Dette betyr at største volumet av tenkte pasientforløp er forløpene skissert under eksempel 1 og 2. Eksempel 1 og 2 viser at koster om lag 30 000 kr mer å følge opp en pasient med lårhalsbrudd som ikke får tilbud fra spesialenheten for utskrivingsklare pasienter. Pasienter med lårhalsbrudd som får et tilbud fra SUP har i gjennomsnitt to døgn kortere liggetid ved SAB HF enn tilsvarende pasienter som ikke får dette tilbudet. Avsnitt 4.1 har vist at gjennomsnittlig kortere liggetid ved SAB HF for pasienter som overføres til SUP er 2,8 døgn. Gjennomsnittlig liggetid ved SUP er 22 døgn, mens pasientene med lårhalsbrudd i gjennomsnitt oppholder seg 25 døgn på SUP. Disse to momentene innebærer at kostnadsbesparelsen for andre pasientgrupper er større.

Kostnadsdifferansen mellom eksempel 1 og 2 er basert på høye anslag for kostnadsbesparelse (se avsnitt 4.2 og 4.3). Hvis lave anslag benyttes vil det for eksempel 1 og 2 innbære at perioden hvor det antas at pasientene som har vært på SUP har redusert behov for hjemmebasert omsorg reduseres fra 26 til 13 uker (punkt c)). Hvis lave anslag legges til grunn reduseres kostnadsdifferansen mellom eksempel 1 og 2 til ca kr 8 000, i favør av å benytte SUP. Imidlertid må det presiseres at positive effekter som redusert reinnleggingsrate kommer i tillegg.

**Kommentarer: Kommunehelsegruppa mener at kostnadsbesparelse ved høyt anslag er urealistisk å forvente som innsparingspotensiale ved innføring av DMS Inn-Trøndelag. Se vedtaket.**

#### 5.1.2. Fosen DMS – evaluert av Ernst and Young.

(6 intermediærsenger, 2 observasjonssenger(forsvaret har 1)

- Totalt er 229 pasienter lagt inn til etterbehandling ved enheten – 61 % fra Trondheim og 39% fra Orkdal
- 85 % av pasientene som legges inn på etterbehandlingsenheten skrives ut til:
  - hjemmet (ca. 60 %)
  - kommunale korttidsplasser (ca. 10 %)
  - sykehjem (ca. 6 %)
  - andre (ca. 9 %)
- 15 % blir reinnlagt ved St. Olavs Hospital
- Gjennomsnittlig liggetid ca. 11,4 dager, mulig 21 døgn.
- Liggetid observasjonssenger inntil 1 døgn

<b>BUDSJETT OG REGNSKAP 2007</b>		
<b>INNTEKTER</b>	<b>Årsbudsjett</b>	<b>Regnskap pr juni</b>
<b>Observasjon og etterbehandling</b>		
St.Olavs Hospital	2 020 000	1 010 000
Helse Midt-Norge	2 020 000	1 010 000
Skjønnsmidler fra Fylkesmannen	900 000	450 000
Kommuner på Fosen	1 120 000	560 000
Skjønnsmidler fra Fylkesmannen - Legestilling	250 000	125 000
Andre inntekter (ref. fra St. Olavs)		59 125
<b>Sum Observasjon og etterbehandling</b>	<b>6 310 000</b>	<b>3 214 125</b>
<b>Kommunale korttidsplasser</b>		
Kjøp av korttidsplasser - Ørland kommune	1 800 000	900 000
Kjøp av korttidsplasser- Forsvaret	600 000	300 000
<b>Sum Kommunale korttidsplasser</b>	<b>2 400 000</b>	<b>1 200 000</b>
<b>SUM INNTEKTER</b>	<b>8 710 000</b>	<b>4 414 125</b>
<b>KOSTNADER</b>		
Lønns- og personalkostnader	6 944 000	3 455 508
Kjøp av varer og tjenester	800 000	299 249
Kjøp av inventar og utsyr	46 000	478
Internkjøp og husleie	920 000	460 000
<b>SUM</b>	<b>8 710 000</b>	<b>4 215 235</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>0</b>	<b>198 890</b>

#### Kommentarer til tabellen fra Ernst and Young:

- Budsjettet for 2007 er på 8,7 mill kr.
- Estimerer pr. utgangen juni indikerer et lite merforbruk for første halvår 2007 (hensynstatt periodisering)
- Gjøres alle plassene om til observasjon - og etterbehandlingsplasser vil finansieringsbehovet øke med 2,4 mill kr.
- Bortfall av skjønnsmidler vil bety ytterligere økning i finansierings- behovet. Samlet utgjør dette 1,15 mill kr.
- De økonomiske konsekvensene av OE- enheten vurderes å være positive. Spesielt vurderes muligheten på lengre sikt som gode.
- Ingen direkte økonomisk effekt utover årlig driftstilskudd
- Rimelig å anta positive effekter ift. relatert redusert behov for hjemmesykepleie og hjemmehjelp for pasienter som har vært innlagt ved OE enheten før de utskrives til hjemmet

- SINTEF\* rapport viser at det ikke er urimelig å anta at disse effektene overstiger årlig driftstilskudd.

### 5.1.3. Intermediærenheten ved Søbstad Sykehjem i Trondheim

Kommunelege Helge Garaasen i Trondheim kommune, har gjennomført en doktorgradsstudie av intermediærenheten ved Søbstad sykehjem (20 senger med gjennomsnitt 18 liggedager)

*Bakgrunn:* Formålet med studien var å sammenlikne bruk av helse- og omsorgstjenester, kostnader og død under seks og 12 måneders oppfølging av pasienter sluttbehandlet på en intermediæravdeling i sykehjem, med tradisjonell behandling i sykehus.

*Materiale og metode:* I en randomisert kontrollert studie ble **142** pasienter over 60 år innlagt St. Olavs Hospital for akutt sykdom eller forverring av kronisk sykdom slutt- og etterbehandlet på en intermediæravdeling i et sykehjem eller på sykehuset. **Intervensjonsgruppen, 72 pasienter**, ble mens de var innlagt på sykehuset, randomisert til sluttbehandling på sykehjemmet, mens **sykehusgruppen, 70 pasienter**, ble randomisert til standard viderebehandling på sykehuset. Resultatene er basert på intention-to-treat analyser og justert for alder, kjønn, ADL og diagnoser.

#### **Resultater**

Reinnleggelser: I intervensjonsgruppen ble 14 pasienter (19,4 %) reinnlagt sammenlignet med 25 pasienter (35,7 %) i sykehusgruppen

*Resultater etter seks måneder:* Etter seks måneder var det 18 (25,0 %) klarte seg selv i intervensjonsgruppen sammenlignet med syv (10,0 %) i sykehusgruppen. Det var en ikke signifikant reduksjon av antall døde i intervensjonsgruppen med en ikke signifikant økning i dager innlagt i institusjon for den initiale behandlingsperioden. Samlede gjennomsnittlige behandlings- og omsorgskostnader per pasient var for de første seks månedene NOK 78632 i intervensjonsgruppen sammenlignet med NOK 112568 i sykehusgruppen **Gjennomsnittlige forskjell behandlings- og omsorgskostnader per pasient og observasjonsdag var NOK 296**

*Resultater etter 12 måneder:* Etter 12 måneder var 13 (18,1 %) døde i intervensjonsgruppen og 22 døde (31,4 %) i sykehusgruppen. Pasientene i intervensjonsgruppen var under observasjon i en lengre tidsperiode enn sykehusgruppen: 335,7 sammenlignet med 12 292,8 dager ( $p=0,01$ ). Det var ingen statistiske forskjeller i behovet for kommunal langtidsomsorg, antall sykehusinnleggelse eller dager i sykehus mellom gruppene.

Gjennomsnittlige behandlings- og omsorgskostnader per pasient og observasjonsdag var NOK 606 i intervensjonsgruppen sammenlignet med NOK 802 i sykehusgruppen.

#### **Konklusjon studie**

**Sluttbehandling på intermediært nivå i et sykehjem medførte færre reinnleggelser, at flere pasienter klarte seg selv uten kommunale omsorgstjenester og lavere mortalitet. Samtidig var behandlingstilbudet kostnadseffektivt.**

#### 5.1.4. Prosjekt sykestuene i Finnmark

De 16 sykestuene i Finnmark, som har 40 sykestuesenger, er med på et forskningsprosjekt sammen med Helse Nord, Helse Finnmark og Finnmark fylkeskommune. I statsbudsjettet er det satt av 7,5 mill kroner til dette prosjektet i 2009. Helse Nord har gått inn med tilsvarende beløp. Prosjektet ledes av Helsedirektoratet.

Med forsøksordningen ønsker de å få bedre oversikt over aktiviteten og tjenestene som ytes av sykestuene. Og de ønsker å utprøve en modell med enkel aktivitetsbasert finansiering av sykestuene. Erfaringene fra prosjektet håper de vil bidra til økt kunnskap om tilbud som ligger i skjæringspunktet mellom kommunale tilbud og spesialisthelsetjenesten.

De 16 sykestuekommunene er Alta, Berlevåg, Båtsfjord, Gamvik, Hasvik, Karasjok, Kautokeino, Lebesby, Loppa, Måsøy, Nessby, Nordkapp, Porsanger, Tana, Vadsø og Vardø. Dette er alle kommuner med stor avstand til sykehus.

Ved kontakt til Alta sykestue og Porsanger sykestue blir det opplyst at Helseforetaket betaler 50 % av kostnadene. Pr 2008 – 490 000 pr sykestueseng. Sykestuesengene er oftest samlokalisert med korttidsplasser i kommunene.

#### 5.2. Inn-Trøndelag DMS, potensiell innsparing ved opprettelse av kommunale observasjonsplasser kontra bruk av korttidsplasser i sykehjem.

Utredningen tar utgangspunkt i forprosjektrapporten, som anbefalte at det vurderes opprettet fire kommunale akutt plasser/observasjonsplasser.

Kostnad pr år når alle liggedøgn er utnyttet

4 kommunale senger a 1500	2 190 000
4 kommunale senger a 1800	2 628 000
4 sykehjemssenger a 2100	3 066 000
4 observasjonsenger a 2500	3 650 000

I dag betaler Helseforetakene for pasienter som legges inn på sykehus, enten det er akutt plasser, planlagt innleggelse eller observasjonsplasser. For kommunene er denne tjenesten gratis, selv om Helseforetakene mener at ca 6 % av de som innlegges kunne vært behandlet i kommunal helsetjeneste.

Ved å opprette 4 observasjonsplasser fra 2011, får kommunene en merkostnad på **3, 65 millioner kroner pr år for drift av disse plassene.** (2009 kroner) hvis de tilknyttes intermediearenheten. I tillegg kommer en merkostnad på personellsiden, da 16 intermedieærplasser er optimalt i forhold til bemanning. Med 16 intermedieærplasser og 4 observasjonsplasser, får vi en lite rasjonell løsning bemanningsmessig, både på intermediearenheten og Steinkjers samlokaliserte korttidsplasser. Intermediearenheten får da 20 plasser som er lite effektiv bemanningsmessig og Steinkjer kommunale korttidsavdeling får bare 9 plasser, som også er lite gunstig bemanningsmessig. Det vil gi sløsing med bemanningsressurser og lite rasjonell løsning.

Alternativer:

- Kjøp av korttidsplasser kommunene imellom ved behov, vil koste 1500 – 1800 pr. døgn pr seng, og man kan bedre få dekt sesongvariasjonen ved internkjøp kommunene imellom.
- Eller man kan se effektene av 16 intermedieærplasser og omdefinere egne korttidsplasser til 1-2 akutte omsorgsplasser, og hvor man tar høyde for at sengene er ledige til helger og høytider.

I og med at dette da blir kommunale plasser, må kommunene i fellesskap stå for disse kostnadene, eller inngå forhandlinger med Helse Nord-Trøndelag om en kostnadsfordeling. Behovsanalyser viser at reelt behovet tilsvarer i gjennomsnitt i underkant av en sengeplass for alle kommunene samlet. Fire sengeplasser er for høyt anslag. Sengene vil da stå tomme mesteparten av året og til en kostnad på opptil 3,5 millioner kroner. Faglederne og medlemmene i prosjektgruppa fra Steinkjer, Inderøy, Snåsa og Mosvik kommuner melder tilbake at det er mest økonomisk lønnsomt for dem å ha disse 4 sengene som kommunale korttidssenger i egen kommune og ikke som akutte observasjonssenger.

Vedtar politikerne at det skal opprettes fire interkommunale observasjonsplasser, må dette gå på bekostning av fire kommunale korttidsplasser i Steinkjer. Steinkjer må vurdere om det er behov for å erstatte disse plassene, eller om effekten av intermedieærenheten vil tilsi et redusert behov for korttidsplasser. Alternativt må nye korttidsplasser bygges annet sted. **Merkostnad nybygg på 4,2 mill.** Årlige avskrivningskostnader på 85 000 med 50 års nedskrivningstid.

### 5.3. Forebyggende behandling.

Steinar Krokstad – HUNT er forspurt om innsparingspotensiale ved forebyggende behandling. Han skriver blant annet i email:

*"Forskermiljøet mener at den økonomiske effekten av forebygging, ser vi først om 15 år. Økt overlevelse vil dels kunne bety mer utgifter til pleie og omsorg.*

*Det eneste holdbare argumentet for at forebygging lønner seg er at det bidrar til bedre helse. Det er bedre å være frisk enn syk. Vi tror forebygging kan bremse/stoppe utgiftsøkningen på en del områder."*

SINTEF Helses forebyggende avdeling refererer til følgende svar ved samme forespørsel:

*"Jeg har sjekket rundt med forskerne her. Vi har ikke noen flere undersøkelser eller rapporter om ditt tema.*

Kommunal og regionaldepartementet: Saksbehandler hadde ingen tall å gi ut.

Helsedirektoratet: Kaja Cecilie Sillerud har den 11.08 har videresendt saken til divisjon helseøkonomi og finansiering i Helsedirektoratet, og bedt dem komme med uttalelser til prosjektet. Pr 31.08 har vi ikke mottatt mer informasjon fra dem.

### Prosjekt kommunehelses vurderinger:

Ved opprettelse av 16 intermedieærseenger ved DMS, og med en kostnadsfordeling på en tredjedel på henholdsvis Helse Midt-Norge, Helse Nord-Trøndelag og 5 kommuner, vil det gi en merkostnad på kommunene tilsvarende 5,5 mill det første år. Dette er kostnader kommunene ikke har i dag. Men

ved å opprette 16 senger hvor pasientene kan ligge i inntil 21 dager (gjennomsnitt ved DMS Stjørdal er 10,8 dag), vil det gi pleiemessige andre behov i alle kommuner. Sannsynligvis vil det bli mindre belastning på hjemmesykepleien og korttidsavdelingene i de enkelte kommunene, da pasientene er mer ferdigbehandlet og utredet enn det vi opplever i dag med alt for tidlig utskriving og deretter påfølgende reinnleggelser på ca 20 %.

Ved nyetableringen ønsker vi at pasientens opplevelser står i sentrum. Den kvalitetsmessige forbedring pasientene opplever med å få være i nærheten av familie, starte tidlig opptrening etter operasjon, slippe reinnleggelser etter for tidlig utskriving fra sykehus, er vanskelig å tallfeste. Samme er livskvaliteten på å få reise hjem og mestre selv, kontra bli lagt inn på sykehjem. Og hvordan prissetter vi muligheten til å leve istedenfor å dø, ved at antall dødsfall blir færre?

Tallene som kommer frem ved de ulike analysene fra andre DMS'er er veldig usikre og vanskelig å sette som tall som skal gi potensielle innsparinger i kommunene i dette samarbeidet.

Kommunene har ulikt ståsted og ulik organisering av institusjonsplasser, hjemmebasert omsorg og rehabiliteringstilbud ved oppstart av samarbeidet. KOSTRA tallene for 2008 fra hver kommune viser det. Det gjør det vanskelig å se kommunene under ett. Ulikheter kommunene imellom kan gi ulike anslag på innsparing/utgifter og må utredes før oppstart av samarbeidet.

**Vedtak:**

**Grappa har ikke gode nok forutsetninger til å gi en felles anbefaling på mulige innsparinger på tiltakene ved DMS Inn-Trøndelag frem mot 2012. Grappa avventer rapport fra DMS Stjørdal, som kan si noe om kostnadsbesparelser på tilsvarende prosjekt som det som planlegges hos oss. Grappa ser det som viktig at det gjennomføres intern evaluering for hver kommune ved oppstart og ekstern evaluering både av kvalitet og kostnad underveis i prosjektet.**

**Styringsgruppas vedtak den 24.08 ble: Framlagt orientering tas til etterretning.**

## **6. Senter for omsorgsforskning**

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i 2008 4 nasjonale sentre for omsorgsforskning, knyttet til høgskolene. Senter for omsorgsforskning, Midt-Norge, er lagt til HINT. Formålet med etableringen av sentrene er å styrke praksisnær forskning og utvikling, drive forskningsformidling overfor kommunene og utdanningssektoren og bidra til kompetanseheving i omsorgssektoren. Sentrenes virksomhet skal omfatte tjenester til brukere i alle aldersgrupper.

Sentrene skal være kommunenes kunnskapsorganisasjon på omsorgsfeltene, og kan innbefatte et bredt spekter av tjenester for å skaffe fram kunnskaper som kommunen har behov for når nåværende og fremtidige tjenestetilbud skal utvikles.

Alle vet at kommunenes utfordringer på omsorgssektoren er betydelige i nær fremtid, og at dette vil legge beslag på store deler av kommunenes ressurser. Samtidig vet vi at mange kommuner i vår region er små og vil få synkende innbyggertall. Dette vil ofte bety lavere andel i arbeidsfør alder og reduserte offentlige inntekter.

De nyopprettede sentrene er ment å være kommunens kompetansetilbyder på dette området og kan tilby tjenester på blant annet:

- Gi råd og vildning i forbindelse med framtidig tilrettelegging av omsorgstilbud.
- Innhente nøkkeldata for framtidig planlegging
- Skrive søknader – søke midler
- Sammenligne omsorgsdata fra andre kommuner
- Trivselsundersøkelser og tiltak for å redusere sykefravær
- Innhente og formidle aktuell kunnskap

I Stortingsmelding nr 7. (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge, er innovasjon i helse- og omsorgssektoren et sentralt område. Dette understøttes også Samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr.47(2009, hvor det legges vekt på å styrke innovasjonsevnen i helse- og omsorgssektoren). I meldingen pekes det på at større innovasjonsevne i helse- og omsorgssektoren vil gi økt verdiskapning gjennom bedre løsninger for pasientene og bedre ressursutnyttelse. Og den legger opp til ønske om godt samspill mellom omsorgssektoren og universitets og høyskolesektorene. I statsbudsjettet for 2009 fikk kommunene ca 8 mill til forskning i allmenntilleggsmedisin, mens spesialisthelsetjenesten fikk 445 mill. Denne skjevfordelingen ønsker regjeringen å gjøre noe med.

Vi gjennomførte et møte med daglig leder for Senter for omsorgsforskning i Midt-Norge, Asbjørn Okstad, den 25.06.09. Det ble gitt gjensidig informasjon om DMS Inn-Trøndelag, samt sett på hvilke områder vi kan samarbeide om. Okstad utfordret samarbeidet til å melde seg som forskningskommuner og få et tettere samarbeid med Omsorgsforskningscenteret.

**Medlemmene i kommunehelsegruppa anbefaler enstemmig at vi ønsker mer informasjon om omsorgsforskning før vi melder oss som forskningskommuner. Det ønskes samarbeid om praktisk forskning, søknadsskriving, evaluering av likheter/ulikheter kommunene imellom og evaluering av DMS Inn-Trøndelag, innhenting og spredning av nyttig informasjon/forskningkunnskap kontakt med forskermiljøer.**

## **7. Evaluering av DMS Inn-Trøndelag**

Delprosjekt kommunehelse ble i styringsgruppemøte den 02.06, bedt om å utrede hvilke datagrunnlag som kan gi prosjektet gode måleindikatorer ved senere evaluering.

### **Hensikt:**

Innhente konkrete størrelser som viser hvor vi stod ved oppstart av prosjektet og hvilke mål vi jobber mot, og til hvilket tidspunkt vi oppnår dem i prosessen. En senere evalueringsprosess vil trenge disse tallstørrelsene for å kunne utføre god evaluering på logistikk, økonomi, kvalitet, kvantitet, brukertilfredshet. I forprosjektrapporten er viktigheten av evaluering beskrevet. Prosjektet fikk imidlertid bare tildelt 2 av de 3,9 mill det ble søkt om fra Helsedepartementet. Dermed måtte posten evaluering strykes. Det er beklagelig, da evalueringserfaringer fra prosjektet er meget viktig.

### **Saksvurderinger:**

Delprosjekt kommunehelse drøftet saken om evaluering i møte den 09.06.09. Det finnes lite tallmateriale fra evaluering av andre DMS. SINTEF har en rapport om Hennie Onstad senteret, men vi mangler evaluering fra DMS Stjørdal. Hvilke økonomiske besparelser DMS satsingen kan gi for helseforetaket og kommunene, og ikke minst samfunnet, finnes det lite forskning rundt.

Derfor ser Kommunehelsegruppa det som viktig at vi allerede nå ved oppstart av DMS Inn-Trøndelag legger til rette for å samle inn data som kan gi hver kommune og Helseforetaket tilbakemeldinger på hvor stod vi, hva oppnådde vi av ulike nyttige goder i de ulike kommuner, og er satsingen etter forventningene?

Det er behov for å evaluere om det blir endring i behov for hjemmesykepleie, korttids plass og langtids plass i hver kommune, samt å se forskjellene mellom kommunene. Dette kan vi få gode svar på gjennom KOSTRA og IPLOS og ved en sammenstilling av dataene. Tallene kan også gi en indikasjon på om kommunene har økonomisk vinning ved DMS satsingen. Det er også viktig å se på hvilke konkrete effekter vi får på innleggelser og reinnleggelser på sykehusene. Hvilke effekter har dette på kvaliteten på pasientbehandlingen? Blir de eldre og kronikere å oppleve de nye tilbudene som "sømløse helsetjenester"?

Kompetanse og kompetansestyrking er et av satsingsområdene. For å møte morgendagens utfordringer med "eldrebølgen" og færre arbeidstakere i yrkesaktiv alder, så er det viktig at det satses på kompetanse og attraktive arbeidsplasser for helsetjenestene i alle kommuner. Dette må registreres og evalueres. Oppnås en slik effekt ved denne satsingen?

Og forebyggendeeffekten ønskes målt så godt det lar seg gjøre. Effekten av forebygging kommer ofte 10 år etter. Her må vi se på trender, og koble våre tall med HUNT datatall. Det er mulig vi kan få til et samarbeid med senter for omsorgsforskning, hvor første samarbeid kan gå på evaluering og utarbeidelse av loggføringssystem.

### **Vedtak i kommunehelsegruppa:**

**Gruppa konkluderer med at vi må ta vare på 19 ulike tallstørrelser fra hver kommune som skal loggføres ved oppstart og for hvert år deretter. Dataene skal benyttes til intern evaluering.**

### **Vedtak i styringsgruppa 15.06.09:**

- 1. Styringsgruppa tar fremlagt oppsett for data til evaluering til etterretning.**
- 2. De foreslåtte dataene velges som datamateriale som skal loggføres ved oppstart og hvert år deretter.**
- 3. Dataene skal benyttes aktivt til intern evaluering.**