



Midt-Finnmark helsehus

Et samarbeidsprosjekt mellom kommuner i
Midt-Finnmark som et svar på utfordringene i
samhandlingsreformen

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	3
1.1	Demografisk utvikling	3
1.2	Samhandlingsreformen	4
2	Produksjonsgrunnlag	5
2.1	Forebygging	5
2.2	Geriatrici	6
2.3	Dialyse	7
2.4	Diabetes	7
2.5	Rehabilitering/habilitering	7
2.6	Kreftlindring	8
2.7	Rus/psykisk helsevern	8
3	Midt-Finnmark-modellen	8
3.1	FUNNKE (tilrettelegging for bruk av IKT i kommunehelsetjenesten)	10
3.2	Oppgaver Porsanger	11
3.3	Oppgaver Karasjok	11
3.4	Oppgaver Lebesby	11
3.5	Oppgaver Gamvik	11
3.6	Oppgaver 5	11
3.7	Oppgaver 6	11
4	Finansieringsmodell for etableringen	11
5	Planlagt framdrift	11
6	Anbefalt videre prosess	12
	Vedlegg: Aldersutvikling 2009 til 2030	13

1 Innledning

Med bakgrunn i at Regjeringen har lagt fram St.meld 47 om samhandlingsreformen ser Porsanger kommune at det både vil åpne seg nye muligheter og nye utfordringer. Såvel utfordringene som mulighetene knytter seg opp til at kommunen får et større ansvar for egen befolkning knyttet både til forebygging, behandling av kronikere, rus/psykisk helsevern og habilitering/rehabilitering.

For å kunne møte disse utfordringene må kommunen legge til rette for både nye strukturer og tenkemåter.

1.1 Demografisk utvikling

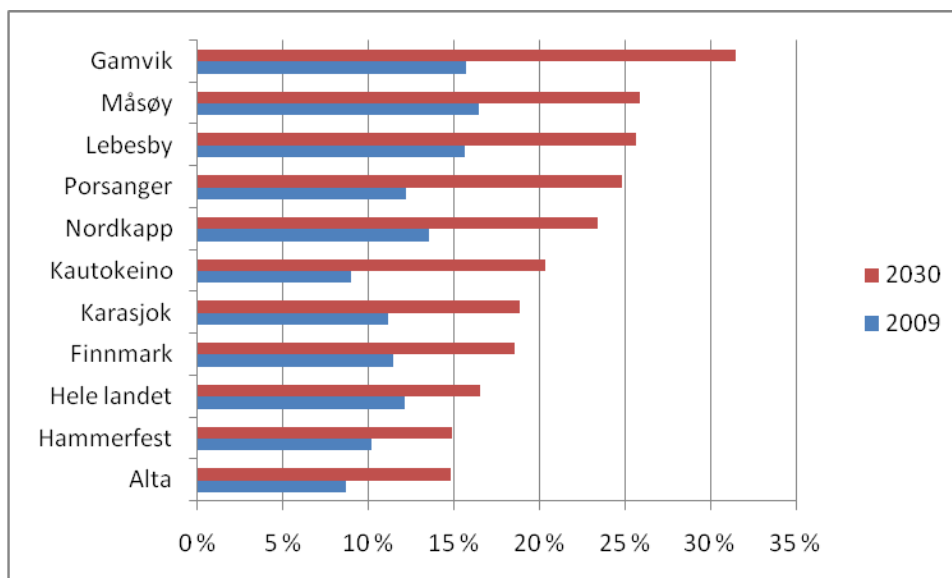
I de kommende årene vil det skje svært mye med aldersfordelingen i befolkningen i Norge; vi blir stadig eldre. Ved utgangen av 2009 regner SSB med at gjennomsnittsalderen i Porsanger vil være 40,1 år og i 2030 regner SSB med at denne øker til 46,2 år.

Også øvrige kommuner i regionen opplever mye av de samme utfordringene. Både i eksempelvis Nordkapp, Måsøy, Lebesby og Gamvik forventes det at gjennomsnittsalderen vil øke til over 45 år. I Gamvik, som har en forventet nedgang i antall innbyggere med hele 29 %, forventes det at gjennomsnittsalderen i 2030 vil være 50,3 år.

Tabell 1: Estimert befolkningsutvikling i en del Finnmarkskommuner samt gjennomsnitt for Finnmark og Norge som helhet (kilde: SSB)

	2009		2030		Endring i % (antall innbyggere)
	Antall innbyggere	Gjennomsnittsalder	Antall innbyggere	Gjennomsnittsalder	
Alta	18 488	35,2	21 411	39,6	16 %
Hammerfest	9 493	37,7	11 399	40,8	20 %
Hele landet	4 799 252	38,5	5 824 071	40,8	21 %
Karasjok	2 786	37,9	2 825	41,9	1 %
Finnmark	72 492	38,4	74 364	42,2	3 %
Kautokeino	2 971	36,6	2 758	44,0	-7 %
Tana	2 951	40,4	2 817	44,4	-5 %
Nordkapp	3 180	40,5	2 721	45,1	-14 %
Måsøy	1 309	43,1	1 112	45,2	-15 %
Porsanger	4 000	40,1	3 420	46,2	-15 %
Lebesby	1 332	41,3	1 058	46,6	-21 %
Gamvik	1 025	43,0	725	50,3	-29 %

Videre viser statistikken at antall personer over 67 år øker sterkt. I figuren under ser vi at i Porsanger forventes 16 % av befolkningen å være over 67 år i 2009 og dette forventes etter hvert økt til 25 % av befolkningen.



Figur 1: Prosent av befolkningen over 67 år (Kilde: SSB, middels nasjonal vekst (Alternativ MMMM))

Statistikken ovenfor viser også at gjennomsnittsalderen i Norge øker sterkt i årene som kommer, noe som vil føre til store utfordringer for dagens helsesystem.

1.2 Samhandlingsreformen

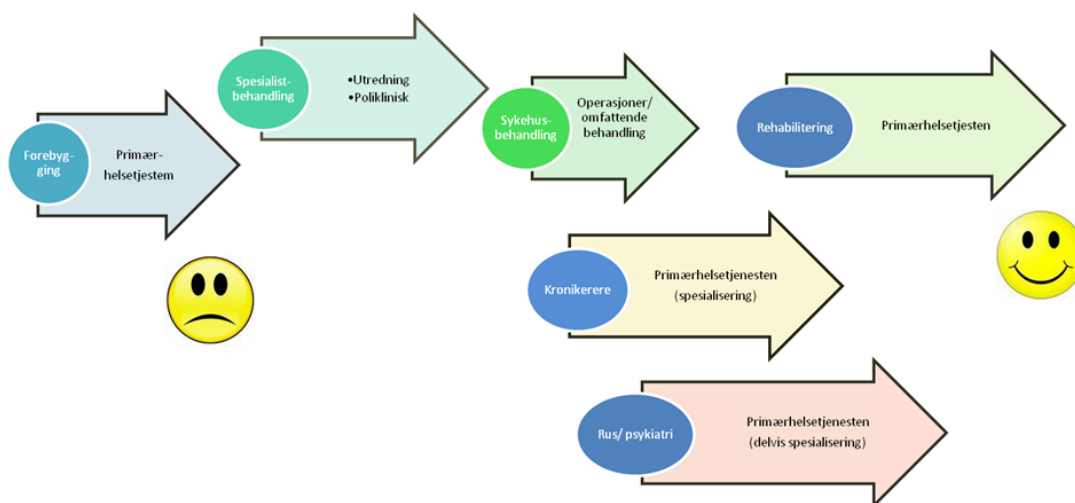
St. meld 47, "Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid" sier at de viktigste oppgavene er å få til en bedre samordning mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette stiller videre en rekke krav til kommunene og deres evne til å finne gode løsninger for sine innbyggere. De kommunene som ikke er proaktive i forhold til reformen vil kunne tape deler av sin framtidige økonomiske handlefrihet.

Mindre kommuner som ikke har en aktiv holding til reformen må også høyst sannsynlig i framtiden bli avhengig av å kjøpe mange og dyre tjenester fra spesialisthelsetjenesten eller fra omkringliggende kommuner.

Gjennom reformen ønsker regjeringen å overføre mer ansvar til kommunene. Tilbudet i kommunene skal være et lavterskeltilbud som skal gi et helsetilbud nærmere befolkningen. Departementet fokuserer blant annet på følgende forhold:

- Kommunene får en større vekst i inntektene fra staten for å ta større ansvar for helsetilstanden til innbyggerne
- Fastlegene skal ha bedre tid til hver pasient samt ha tid til arbeid innenfor forebygging og delta i legevaktjeneste
- Kommunene skal få større faglige miljø og det skal bygges opp tverrfaglighet i primærhelsetjenesten
- Det skal etableres kommunale behandlingssenger (observasjon, etterbehandling og rehabilitering)
- Det skal etableres lokalmedisinske sentra
- Kommunene må samarbeide mer for å kunne levere de tilbudene som innbyggerne har krav på
- Det vil bli lovfestet at helseforetakene og kommuner skal inngå avtaler. Disse avtalene skal godkjennes av departementet

- Pasienter som er hyppige brukere av både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har rett på en koordinator som skal følge pasienten
- Det vil bli bevilget egne midler til forebygging (i 2010 får kommunene 230 mill kroner samt 10 mill kroner til evaluering)
- Nytt incentivsystem:
 - Man vil gå bort fra forholdet på 40 % innsatsstyring og 60 % grunnfinansiering til en fordeling på 30/70
 - Kommunene vil få hånd om 2/3 av innsatsstyringen til kjøp av spesialisthelsetjenester fra sykehusene og andre deler av spesialisthelsetjenesten. I den grad kommunene kan levere de lovpålagte tjenestene for en lavere sum vil deres frie inntekter øke
 - For rusbehandling får kommunen en regning på 20 % av kostnadene mens staten betaler 80 %
- For utskrivningsklare pasienter får kommunen 100 % av kostnadene fra første dag. Dersom kommunen ikke kan gi et godt nok tilbud til pasienten etter behandling i spesialisthelsetjenesten vil dette få store økonomiske konsekvenser



Figur 2: Verdikjedetankegangen i samhandlingsreformen

2 Produksjonsgrunnlag

2.1 Forebygging

Kommunene vil få et større ansvar for helse til egen befolkning da man gjennom reformen vil bli belastet med minimum 20 % av behandlingstkostnadene i spesialisthelsetjenesten. Det vil derfor være svært god kommunal økonomi å satse på å forebygge både livsstilsykdommer og kroniske lidelser.

Særlig bør det fokuseres på fysisk aktivitet og godt kosthold som kan forebygge diabetes og hjerte-/karsykdommer samt høyt blodtrykk (se også Folkehelseinstituttet, fhi.no).

Livsstilsentraler er et nytt satsingsområde for kommuner der man skal legge forholdene til rette for at det formidles kunnskap om både kosthold og fysisk aktivitet. Disse sentralene gir

også tilbud om individuell oppfølging. Her kan det også bygges opp kompetanse som kan bistå i omkringliggende kommuner.

Et annet tilbud som er under oppbygging er helsesportssentre (blant etablert i Valnesfjord utenfor Bodø). Dette tilbudet kan i visse sammenhenger sammenlignes med opptreningssentrene, men man satser på å få nasjonale oppgaver og har en noe annen profil på blant annet forebygging av helseplager gjennom kosthold og fysisk aktivitet. Helsesportssentrene som institusjon har imidlertid ennå ikke fått sin endelige profil da tilbudet er under utbygging.

Dersom man lykkes med å skape et tilbud som gjør befolkningen friskere og dermed mindre krevende gjennom lavere bruk av helsetjenester, så vil dette være svært lønnsomt for kommunene både gjennom økonomiske besparelser og en sprekere befolkning.

2.2 Geriatri

Det er ca 560 personer over 65 år i Porsanger pr januar 2009. Dette er ca 14 % av befolkningen.

- 4,3 % er mellom 65-69 år (172 personer), av disse har 3 personer demenssykdom
- 4,0 % er mellom 70-74 år (160 personer), av disse har 8 personer demenssykdom
- 2,5 % er mellom 75-79 år (100 personer), av disse har 15 personer demenssykdom
- 2,1 % er mellom 80-84 år (ca 84 personer), av disse har 13 personer demenssykdom
- Ca 1 % er mellom 85 - 90 år (40 personer), av disse har 6 personer demenssykdom
- Ca 0,2 % er over 90 år (8 personer), av disse har 3 personer demenssykdom

Totalt er det dermed 48 personer med demenssykdom i Porsanger pr januar 2009. Yngre personer enn 65 år med demens er ikke registrert i denne statistikken. Antall personer i regionen vil da være fra ca 210 til ca 280 personer avhengig av hvordan man definerer omlandet.

Porsanger kommune har i dag et demensteam som består av geriatrik sykepleier, kommunelege 2 og fysioterapeut med videreutdanning i demens.

Teamet utreder, kartlegger, diagnostiserer og følger opp pasienter samt pårørende etter behov. Demensteamet i Porsanger deltar i utviklingsprogrammet "Utredning og diagnostisering av demens". Dette er et av tre utviklingsprogrammer Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse nå gjennomfører på oppdrag for Helsedirektoratet (under Demensplan 2015).

Man deltar også i et kompetansehevingsprogram innen geriatri i regi av Helse Nord. Her har kommunen hatt samarbeid med Karasjok kommune og Helse Finnmark, klinikk Hammerfest. Et av målene har vært å vurdere når det er riktig med sykehusinnleggelse og når dette ikke er aktuelt.

Ved en styrking av teamet vil kommunene i regionen i større grad enn i dag basere seg på å ha pasienter i mest mulig kjente omgivelser og de får behandling der de bor.

2.3 Dialyse

Sykehuset i Tromsø har ansvaret for nyrevirksomheten i Finnmark. Satellittene i Kirkenes, Hammerfest og Alta har daglig kontakt med dialyseavdelingen i Tromsø på dialysesykepleienivå, og dialyselege i Tromsø har visitt på pasientene rutinemessig. All kommunikasjon mellom satellitter og moderavdeling skjer via teledialyse. I tillegg har UNN regelmessige polikliniske dager på sykehusene i Hammerfest og Kirkenes og på helsesenteret i Alta. De tar seg da av oppfølgingen av nyresviktpasienter som ikke er i dialyse, og de ser til dialyseenhetene på de respektive plasser. Det arbeides i tillegg nå med etablering av dialyse i Vardø.

Bruk av dialyse er økende. Tidligere var tilbudet kun å finne på de større sykehusene, men gjennom teknologisk utvikling og bedre lyd-, bilde- og datakommunikasjonssystemer med større fagmiljøer har også noen mindre sykehus og helsesentre fått dette tilbudet. Det anslås at markedet for dialyse i Porsanger i dag er 2 til 4 personer og om lag 10 personer i regionen avhengig av hvilke kommuner en vil få til et samarbeid med.

Innen dialyse kan man ikke operere med ambulante team da maskinen må stå på én plass. Det kreves i tillegg spesialutdannet personell for å betjene maskinen. Antall personer i Porsanger er ca 2-4 pr år. Antall personer i regionen vil kunne være ca 10 pr år.

2.4 Diabetes

Det vil ikke være hensiktsmessig å sentralisere behandling av diabetespasienter. I dette arbeidet bør det først og fremst satses på ambulante team med kvalifisert personell. Teamet bør bestå av både lege og spesialsykepleier.

Det finnes ca 140 personer med diabetes i Porsanger (Folkehelseinstituttet). I hovedsak bør det skilles mellom to typer diabetes; den som kan reguleres gjennom mat og kosthold samt den som må reguleres med insulin. Svangerskapsdiabetes finnes videre i ca 1,1 % av befolkningen og for Porsanger utgjør dette 1-2 personer pr år.

Antall personer i regionen med diabetes er ca 500-600. Tilbudet det ambulerende teamet skal gi vil da være både veiledning og hjelp i medisiner og bistand i sammensetning av kosthold som gjør at plagene blir minst mulig for den enkelte pasient.

Ved godt forebyggende og lindrende arbeid vil utgiftene til kommunene kunne bli vesentlig redusert.

2.5 Rehabilitering/habilitering

De som trenger rehabilitering/habilitering har behov for mye tilrettelegging og hjelp av fysioterapeut og ergoterapeut. Pasientene må ha hjelp og tilrettelegging hver dag. Et tverrfaglig kompetanseteam kan lære opp personell i de omkringliggende kommunene som har slike pasientgrupper. Et slikt team bør bestå av fysioterapeut/ergoterapeut, lege og sykepleier.

Antall personer i Porsanger som rehabiliteres/habiliteres er stort. Dette kan være slagpasienter, pasienter som har vært igjennom ulike operasjoner med videre. Med økende

alder i befolkningen er det grunn til å tro at behovet for rehabilitering/habilitering vil øke de kommende årene.

2.6 Kreftlindring

Tall fra 2001-05 (Folkehelseinstituttet) viser at man i en kommune med 4.000 innbyggere vil ha ca 18 nye krefttilfeller pr år. Det kan da være hensiktsmessig å vurdere muligheten av å etablere et ambulerende team bestående av kreftsykepleier og lege.

2.7 Rus/psykisk helsevern

Porsanger kommune har om lag 60 personer med problematikk innen rus og psykisk helsevern.

I tillegg til prosjektmedarbeidere er det ansatt tre psykiatriske sykepleiere. Fagteamet har gjennom årene opparbeidet seg både bred erfaring og tung teoretisk kompetanse.

I forhold til samhandlingsreformen kan kommunen opparbeide seg kompetanse til å kunne tilby behandling der brukerne er; i hjemmene. Dette vil da stille krav til døgnbemanning. Et helsehus vil kunne tilby avrusning samtidig som det settes i gang et behandlings-/ettervernstilbud i hjemmet.

3 Midt-Finnmark-modellen

For å løse de store oppgavene som Samhandlingsreformen beskriver må flere kommuner gå sammen i et partnerskap. Midt-Finnmark helsehus har følgende partnere:

- Porsanger
- Karasjok
- Lebesby
- Gamvik
- Kautokeino
- kommune 5
- kommune 6

Karasjok, Lebesby, Gamvik, Kautokeino og Porsanger gir et pasientgrunnlag på ca 12 000 mennesker. Dersom en lykkes med å få med 1 til 2 flere kommuner vil grunnlaget kunne økes med mellom 4 000 og 5000 innbyggere.

I forarbeidene til Samhandlingsreformen var det indikert at en velfungerende "helsekommune" burde ha mellom 15 og 20 000 innbyggere. Dette tallet har det ikke vært mulig å få verifisert gjennom kontakt med både departementet og helse direktoratet. Videre har helseministeren gjennom media indikert at en bør kunne se på alternative løsninger for eksempelvis Finnmark som har svært store avsander og få innbyggere.

For å lykkes må en bygge videre på og videreutvikle de gode relasjonene til Helse Finnmark og Helse Nord.

330-skvadronen vil også være en aktiv partner. 330-skvadronen vil særlig være sentral i den delen av Helsehuset som vil samarbeide opp mot det planlagte Ressurs- og kompetansesenteret for sikkerhet og beredskap i nordområdet. Blant annet ønskes det at

dette ressurscenteret skal en koordinerende enhet for formidling av førstelinje helsetilbud (se notatet om ressurscenteret).

Det framtidige målet for arbeidet med samhandlingsreformen i Porsanger er etablering av et interkommunalt foretak, men i første fase vil en videre utvikling av dagens modell med en kommunal avdeling være det mest hensiktsmessige.

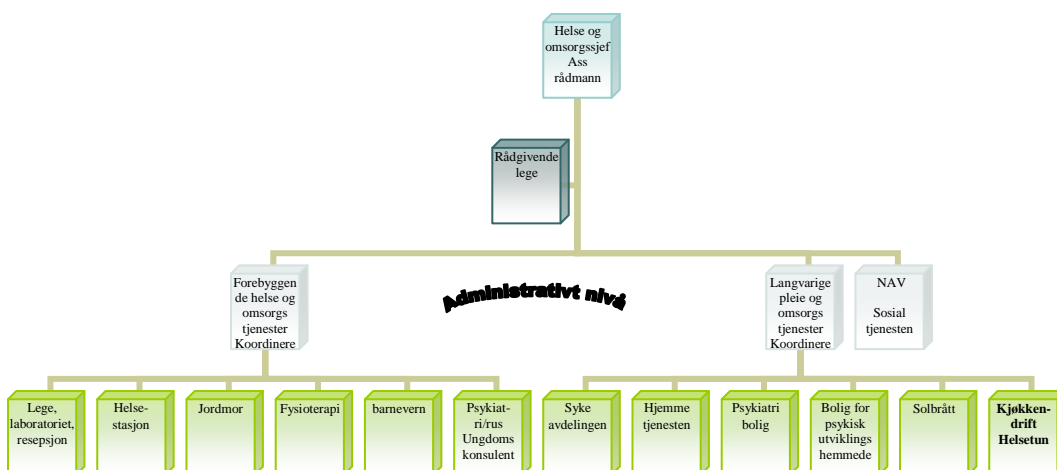
Det er så langt ikke klart om det knytter seg noen investeringsmidler med samhandlingsreformen, men mye tyder på at dette ikke vil komme. Om dette er riktig må reformen finansieres gjennom drift. Dette fordrer at Porsanger må inngå forpliktende avtaler med samarbeidende kommuner.

Samhandlingsreformen vil, forutsatt at den vedtas, i større grad enn tidligere bidra til at kommunene kan utvikle gode lokale løsninger til beste for brukerne. Det vil imidlertid i en situasjon med begrensede lokaler, personellressurser og økonomi være nødvendig med en overordnet prioritering av hvilke tjenester som skal etableres.

Videre vil det være nødvendig å utrede videre pasientgrunnlag, personellbehov, arealbehov og økonomi for ulike tjenester. Samhandlingsreformens intensjon er at kommuner som etablerer gode løsninger lokalt skal belønnes økonomisk ved at kommunen skal være med å finansiere bruk av spesialisthelsetjenester.

Gjennom dette arbeidet ønsker Porsanger sammen med omkringliggende kommuner tidlig å starte arbeidet med videreutvikling av tjenestetilbudet i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen. Tilbudet utvikles i samarbeid med de aktørene kommunen nå samarbeider med, samt videreutvikling av dagens strukturer. Den framtidige modellen baserer seg på administrativt nivå på to hovedinndelinger; forebyggende helse og omsorg samt langvarige pleie- og omsorgstjenester. I forebyggende enhet finner vi lege, laboratorium, helsestasjon, jordmor, fysioterapi, barnevern og psykisk helsevern/rus samt ungdomskonsulent. I langvarige pleie og omsorg finner vi sykeavdeling, hjemmetjeneste, psykisk helsevern (boliger) og Solbrått.

Imidlertid må denne oppbyggingen også sees i sammenheng med de samarbeids-konstellasjonene man får til med de omkringliggende kommunene. Det vil i en slik oppbygging være mulig å selge og/eller samarbeide med andre om enkelttjenester som gjør at det totale tilbudet til befolkningen blir best mulig for den enkelte.



Figur 3: Framtidig modell for helsehuset i Porsanger

3.1 FUNNKE (tilrettelegging for bruk av IKT i kommunehelsetjenesten)

Prosjektet har ambisjoner om å presentere Nord-Norge som en nasjonal og internasjonal foregangsmodell og testlaboratorium for nye telemedisinske løsninger. Landsdelen har en helsetjeneste som ligger langt framme når det gjelder telemedisin og elektronisk samhandling. Tradisjonelt har det vært slik at nye telemedisinske løsninger gjerne har blitt tatt i bruk i nord før resten av landet har fulgt etter. I så måte har helsesektoren i nord flere ganger inngått i rollen som innovativ pioner.

Prosjektet har sitt utspring fra Universitetssykehuset i Nord-Norge og Helse Nord. De har sammen med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin arbeidet for å få andre til å benytte tjenester i Norsk helsenett.

Gjennom å ha fokus på kommunene som arena for innovasjon kan det iverksettes ulike former for utviklingsarbeid som bidrar til å nyttiggjøre og videreutvikle regionens samlede ressurser. Telemedisin er et område som er modent nok til å ha et betydelig potensial for tjenesteproduksjon og sysselsettingsvekst med kommunesektoren i en nøkkelrolle. Først og fremst gir dette tilgang på bedre helsetjenester, men potensialet for næringsmessig uttelling er også i høyeste grad til stede.

Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin vil bidra til å posisjonere regionens ressurser og kompetanse på dette området og forsterke samarbeidsrelasjoner østover slik at disse kan bygge opp nye aktiviteter knyttet til helse innen Norges nordområdesatsing. Gjennom et slikt regionalt utstillingsvindu vil man også kunne posisjonere nordnorske kommuner.

FUNNKEs ambisjon er videre at dette potensialet skal kunne stimulere kommunene til å bli aktive deltakere i et større og helhetlig regionalt utviklingsprosjekt som også tar sikte på å selge kompetanse og tjenester til landets øvrige kommuner, spesialisthelsetjenesten med videre.

Visjonen til prosjektet har to perspektiver:

- Regionen skal framstå som et attraktivt laboratorium for utvikling og pilotering av framtidrettede IT-løsninger for helsevesenet
- Bidra til bedre helsetjenester til befolkningen i vår egen region

For å bidra til å realisere visjonen skal følgende målsettinger realiseres i forprosjektet FUNNKE:

- Kartlegge og beskrive de tekniske og organisatoriske forutsetningene for at fastlegene, kommunene og UNN kan etablere og benytte en felles elektronisk samhandlingsplattform
- Forankre planene hos beslutningstakerne og etablere samarbeid mellom helsevesenets aktører, forsknings- og utviklingsinstitusjoner og bedrifter
- Beskrive et hovedprosjekt som skal jobbe for at regionen og Helse Nord framstår som ledende i bruk av telemedisin og elektronisk informasjonsutveksling i Norge

Midt-Finnmark helsehus vil i en oppstartsfase kunne få bistand fra Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NTS). Dersom man skal lage et detaljert program for implementering av FUNNKE vil dette bli en tjeneste som NTS vil ta betalt for. Alta kommune er nå i en prosess med FUNNKE.

3.2 Oppgaver Porsanger

- Dialyse
- Diabetes
- Geriatri
- Habilitering
- Rehabilitering

3.3 Oppgaver Karasjok

3.4 Oppgaver Lebesby

3.5 Oppgaver Gamvik

3.6 Oppgaver 5

3.7 Oppgaver 6

4 Finansieringsmodell for etableringen

Økonomiske konsekvenser er todelt:

Økonomi i samhandlingsreformen:

Intensjonen i Samhandlingsreformen er at det skal være økonomisk gunstig for kommunen å etablere omfattende helsetjenestetilbud i egen kommune. Bruk av spesialisthelsetjenester (sykehus og legespesialister) skal delfinansieres av kommunen. Dette betyr at kommunale tilbud som etableres til en lavere kostnad og med et hensiktsmessig tjenestenivå vil være å foretrekke. Utstrakt bruk av spesialisthelsetjeneste grunnet manglende kommunalt tilbud vil straffes økonomisk for kommunene. Det vil derfor være en fordel for kommunen å være godt forberedt med et godt tjenestetilbud ved innføring av reformen.

Økonomi i det videre prosjektet:

Det vil være behov for frikjøp av ressurser og innleie av prosjektmedarbeidere/prosjektleder. Det vil videre påløpe en del kostnader til drift som reisekostnader, møtevirksomhet, styringsgruppemøter og andre driftsutgifter.

5 Planlagt framdrift

- 2009: IKT nasjonal enhet etableres. Datakommunikasjonsplattformen skal komme på plass

- 2010: Nasjonal helseplan. Felles helse- og sosiallov. Midler til kommunene til forebyggende helsearbeid blir avsatt
- 2011: Nytt økonomisk system ferdigstilles
- 2012: Iverksetting

6 Anbefalt videre prosess

Som nevnt består reformen av at kommunene skal få større ansvar for følgende elementer:

- **Forebygging**
Mål: En bedre generell helsetilstand i befolkningen og færre innleggelser på sykehus (mindre bruk av spesialisthelsetjenesten)
- **Habilitering/rehabilitering**
Mindre bruk av tilbud i spesialisthelsetjenesten som ikke er tilpasset de behov som ferdigbehandlede pasienter har for å komme tilbake til samfunnet (også mer kostnadseffektiv behandling)
- **Tilbud til kronikere**
Et bedre og mer tilpasset tilbud nærmere hjemmemiljøet
- **Rus/psykisk helsevern**
Et bedre og mer tilpasset tilbud nærmere hjemmemiljøet
- **En kommunikasjonsplattform som gir tilfredsstillende integrasjon mellom involverte enheter**

Departementet er noe uklar på hvordan ny infrastruktur i kommunene skal finansieres, men det antydes at dette blir kommunenes eget ansvar.

Selv om reformen ikke er vedtatt er det bevilget midler til tiltak både innenfor rus/psykisk helsevern og forebygging. Det er derfor vår anbefaling at man starter med et arbeid for å finne gode prosjekter, særlig innen forebygging.

Videre bør det prioriteres å få på plass en kommunikasjonsplattform som gjør det lettere å integrere alle kommunens enheter og spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder "FUNNKE" har Vest-Finnmark Regionråd og Alta kommune allerede vært i kontakt med miljøet i Tromsø. Det vil også kunne være riktig å integrere Porsanger kommunes arbeid inn mot dette prosjektet.

Disse første stegene kan gjøre at man kommer i posisjon i forhold til de nye elementene som etter hvert vil komme på plass.

De totale økonomiske konsekvensene med å etablere et prosjekt som posisjonerer kommunen i forhold til samhandlingsreformen vil i denne fase være vanskelig å estimere eksakt. Imidlertid bør det vurderes frikjøp av en kommunelege i halv stilling. Videre bør det settes av administrative ressurser tilsvarende et halvt årsverk til prosjektleder. Dette halve årsverket kan deles mellom en ansatt i kommunen og en ekstern prosjektleder. Slik ekstern prosjektledelse må lyses ut på minimum begrenset anbud og vil i en prosjektperiode på ett år koste om lag kr 3-400.000. Driftskostnader bør være på om lag kr 200.000.

I dette arbeidet må både kompetanse, pasientgrunnlag og fasiliteter gjennomgås i detalj med deltakende kommuner slik at en detaljert plan kan utarbeides. Videre må man også se på hvilke tjenester de deltakende kommunene kan gjennomføre selv og hva som eventuelt må kjøpes fra andre kommuner eller regioner.

Vedlegg: Aldersutvikling 2009 til 2030

I andre kommuner i regionen, samlet for Finnmark og i Norge.

