



UTSKRIFT AV MØTEBOK REGIONRÅDET FOR HALLINGDAL

Møtedato: Fredag 27.8.2010

Tilstades: 6 av 6 medlemmer

Desse møtte frå Regionrådet:

Oddvar Grøthe,	Hemsedal kommune
Erik Kaupang,	Hol kommune
Torleif Dalseide,	Ål kommune
Olaug Grønseth Granli,	Gol kommune
Gerd Eli Berge,	Nes kommune
Tor Egil Buøen,	Flå kommune

Knut Arne Gurigard møtte som dagleg leiar.

Rådmannsutvalet deltok saman med prosjektleiarar Trond Kleppen og Reidar Aasheim og leiar i prosjektgruppa Øystein Lappegard.

SAK49/10 SLUTTRAPPORT FOR FORPROSJEKTET – HALLINGDAL LOKALMEDISINSKE SENTER

Vedtak

1. Regionrådet for Hallingdal godkjenner sluttrapport for forprosjektet Hallingdal Lokalmedisinske Senter (HLS) og etablering av ein mellomprosjektperiode på 4 mnndr. med ei kostnadsramme på 300 000 kr.
Kostnaden vert dekt av attståande midlar frå forprosjektet og eksterne tilskotsmidlar.
2. Mellomprosjektet, med same prosjekt- og styringsgruppe som i forprosjektet, skal utarbeide:
 - a. ein fullstendig prosjektplan for eit hovudprosjekt.
 - b. ein finansieringsplan for hovudprosjektet når staten sin finansieringsordning er fastlagt.
 - c. ein framdriftsplan for eit hovudprosjekt over 3 år, der fyrste halvdel av prosjektperioden skal gjennomførast som ein utgreiingsfase med rapportering og godkjenning før gjennomføringsfasen (siste halvdel av prosjektet) vert i verksett.
3. Det er ein målsetting å opprette eit hovudprosjekt frå mai 2011 inndelt i 7 delprosjekt. Prosjekteigarar for hovudprosjektet skal som i forprosjektet vere Regionrådet for Hallingdal og Vestre Viken HF, med ansvar for 50 % av finansieringa på kvar av eigarane.
4. Under føresetnad av vedteke hovudprosjekt, skal kostnaden med fyrste år av hovudprosjektet dekkast gjennom overføring av resterande tildelte midlar til forprosjekt / mellomprosjekt samt eksterne tilskotsmidlar.
Kostnadane med hovudprosjektet i 2012 og 2013 vert vurdert og godkjent i samband med mellomprosjektet og når staten sine finansieringsordningar er kjent.
5. Eigarane vil etablere følgjande beslutningspunkt:
 - a. etter slutføring av mellomprosjekt, for endeleg vedtak om oppstart av hovudprosjekt.
 - b. etter utgreiingsfasen i hovudprosjektet / før overgang til gjennomføringsfasen.

Saksopplysing

Regionrådet for Hallingdal og styret for Vestre Viken HF vedtok i september 2009 saman å etablere eit forprosjekt knytt til Stortingsmelding nr 47 Samhandlingsreforma : Rett behandling – på rett stad – til rett tid.

Målet med prosjektet var å finne overordna løysingar for å kunne vidareutvikle Hallingdal sjukestugu som eit lokalmedisinsk senter med base for:

- Desentraliserte spesialisthelsetenester

- Samhandling mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta
- Interkommunalt samarbeid om kommunale tenester innan helse og omsorg

Forprosjektet har vore gjennomført etter planen og innafør dei tildelte budsjettmidlane med 325 000 kr på kvar av prosjekteigarane, der Reidar Aasheim har gått inn i prosjektleiarfunksjonen med 50 % på vegne av helseforetaket. Regionrådet engasjerte Trond Kleppen i tilsvarende 50 % stilling for Regionrådet sin kostnadsdel.

Det er søkt om tilskotsmidlar for forprosjektet og ein overgangsperiode (mellomprosjekt) ut frå ein totalkostnad på 950 000 kr, og er innvilga tilskot på til saman 780 000 kr.

Forprosjektet konkluderar med at det er grunnlag for å gå vidare med prosjektet gjennom ein mellomprosjektperiode for utarbeiding av ein fullstendig prosjektplan for eit hovudprosjekt med oppstart i februar 2011. Hovudprosjektet er tilrådd inndelt i 7 delprosjekt med ein hovudprosjektleiar i 100 % stilling som ansvarleg for gjennomføringa av hovudprosjektet inklusive dei 7 delprosjekta.

Konklusjonane i forprosjektet er som følgjar:

1. Forprosjektet har vært gjennomført etter den framdriftsplan og med de ressursene som ble tildelt prosjektet, der sluttrapporten blir behandlet i august-september 2010.
2. Det etableres et mellomprosjekt i 4 mndr for utarbeidelse av:
 - a. en fullstendig prosjektplan for et hovedprosjekt.
 - b. en finansieringsplan for hovedprosjektet når statens finansieringsordning er fastlagt.
 - c. framdriftsplan for et hovedprosjekt over 3 år, der første halvdel av prosjektperioden skal gjennomføres som en utredningsfase med rapportering og godkjenning før gjennomføringsfasen (siste halvdel av prosjektet) blir iverksatt.
3. Mellomprosjektet gis en ressursramme på 300 000 kr og tidsressurs på 4 mndr med inntil 80 % stilling prosjektledelse. Kostnaden blir dekt av eksterne tilskuddsmidler til forprosjekt og mellomprosjekt.
4. Det opprettes et hovedprosjekt fra februar 2011 inndelt i 7 delprosjekt. Prosjekteiere for hovedprosjektet blir som i forprosjektet Regionrådet for Hallingdal og Vestre Viken HF, med ansvar for 50 % av finansieringen på hver av eierne.
5. Prosjektledelse for hovedprosjektet tildeles en tidsressurs på 100 % stilling i 2 år, med mulighet for utvidelse.
 - a. Hovedprosjektleder skal også dekke prosjektledelse for delprosjekt 1.
 - b. For de øvrige delprosjekt skal det vurderes å nytte deltidstillinger på 20 – 40 % i tråd med ressurstillingsplanen under kap 9 i rapporten, ved frikjøp fra eksisterende fagstillinger i kommunene og ved sjukestugu.
 - c. Det opprettes en felles styringsgruppe for hele hovedprosjektet, og med prosjektgrupper/referansegrupper etter behov for det enkelte delprosjekt.
6. Kostnaden med hovedprosjektets første år dekkes gjennom overføring av resterende tildelte midler til forprosjekt / mellomprosjekt samt eksterne tilskuddsmidler. Kostnadene med hovedprosjektet i 2012 og 2013 blir vurdert og godkjent i samband med mellomprosjektet og når statens finansieringsordninger er kjent.
7. Eierne skal etablere beslutningspunkt som følger:
 - a. etter slutføring av mellomprosjekt, for endelig vedtak om oppstart av hovedprosjekt.
 - b. etter utredningsfasen i hovedprosjektet / før overgang til gjennomføringsfasen.
8. Ved overgang fra prosjekt til driftsfase synes det mest formålstjenlig at Hallingdal Lokalmedisinske Senter organiseres etter § 28 i kommuneloven vertskommunesamarbeid. Som et alternativ kan det være aktuelt å søke HLS som et nasjonalt pilotprosjekt som

omhandler alle element i stortingsmelding nr 47. Beslutning om dette tas etter mellomprosjektet.

Vurdering

Etter ei gjennomføring av forprosjektet med sterk forankring i så vel politisk miljø, fagmiljøet i kommunane og ved sjukestugu, saman med brukarrepresentantar og tilsettere representantar, bør det ligge godt til rette for at prosjektet har funne fram til dei rette tiltaka.

Dagleg leiar trur det er rett å gjennomføre eit mellomprosjekt, fyrst og fremst for å utarbeide ein fullstendig prosjektplan for hovudprosjektet, men òg å vurdere framdriftsplan og form for hovudprosjektet. Forprosjektet legg opp til eit hovudprosjekt som er delt inn i to fasar. Fyrste fase er ein utgreiingsfase som skal gå over eitt år. I 2012 går ein over i ein toårig gjennomføringsfase (etableringsfase). Mellomprosjektet må avklare korleis dette skal organiserast. Mellomprosjektet vil òg gi svar på finansieringsbehov og ikkje minst finansieringsløyningar, da regjeringa har sett ned eit utval for utgreiing av dette. Regjeringa vil òg i løpet av hausten avklare organiseringsformer for lokalmedisinske sentra, slik at mellomprosjektet kan gi endeleg svar på kva val samhandlingspartane har for organisasjonsformer og gi ei vurdering av dette.

Forprosjektet legg opp til at forprosjekt og mellomprosjekt gis eit felles økonomisk grunnlag med ei kostnadsramme på 950 000 kr, der mellomprosjektet er kostnadsrekna til 300 000 kr. Prosjekteigarane har tidlegare løyvd 650 000 kr til forprosjektet.

Prosjektgruppa og styringsgruppa har godkjent at det i søknad om eksterne tilskotsmidlar blir operert med to prosjektperiodar (forprosjekt og overgangsperiode), og dei eksterne tilskotsgivarane har gitt tilskot ut frå den samla kostnadsramma på 950 000 kr. Det er gitt tilsegn om 780 000 kr i eksterne midlar, slik at prosjekteigarane står att med ei reell utgift på 170 000 kr, eller 85 000 kr på kvar av eigarane. Sluttrapporten for forprosjektet tilrår da at resterande del av Regionrådet og VestreViken HF si løyving, kan overførast til eigenfinansiering av fyrste år i hovudprosjektet.

Rett utskrift

Ål 5.9.2010

Knut Arne Gurigard

Knut Arne Gurigard

Dagleg leiar

Vedlegg 1: Sluttrapport for forprosjektet med 6 vedlegg.

Vedlegg 2: Sameleoversikt kommunesvar

2010

Forprosjekt

Hallingdal Lokalmedisinske Senter



Reidar Aasheim og Trond Kleppen
Prosjektledere
15.07.2010



Innhold

Sammendrag	4
1. Innledning	6
1.1 Mål og rammer	6
1.2 Resultatmål	7
1.3 Rammer	7
1.4 Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken	8
2. Historikk	8
2.1 Stortingsmelding nr 47 (2008-2009)	9
3. Metode og gjennomføring	11
4. Gjennomføring i henhold til prosjektplan	12
4.1 Status	12
4.2 Kritiske suksessfaktorer	13
4.3 Forslag og tiltak	13
4.4 Forventet måloppnåelse	13
5. Hallingdal Lokalmedisinske Senter (HLS)	14
5.1 Administrasjon og organisering	17
5.2 IKT, Telemedisin og medisinskteknisk utstyr	17
5.3 Kompetanse / Lærings- og mestringssenter (LMS)	19
5.4 Forebyggende tiltak	19
5.5 Medisinskfaglig samarbeid	20
5.6 Døgn og dagbehandling – somatikk.	21
5.7 Rus og psykisk helsearbeid	21
6 Behandlingskjeden - Pasientforløp	23

7.	Økonomiske forhold	24
8.	Eierskap, organisering og styring.....	26
8.1	Eierskap	26
8.2	Organisering	27
9.	Framdriftsplan	29
	Sammenlignbare prosjekt	30
10.1	Erfaringer:.....	35
11.	Konklusjoner	36
12.	Vedlegg	37

Sammendrag

Forprosjektet Hallingdal Lokalmedisinske Senter (HLS) er opprettet og eiet av Regionrådet for Hallingdal og Vestre Viken HF for å utrede en videreutvikling av Hallingdal sjukestugu til et lokalmedisinsk senter i tråd med det som er foreslått i Storingsmelding nr 47 – 2008/2009.

Storingsmeldingen legger opp til at det blir etablert lokalmedisinske sentra og regionale samhandlingstiltak innenfor et folketallsminimum på 20 000 innbyggere, og at dette skjer i et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten/helseforetaket i regionen.

Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken har valgt ut vårt prosjekt som ett av to frontprosjekt innenfor de 26 kommunene.

Forprosjektet har vært gjennomført som et forankringsprosjekt med sterk involvering av helse- og omsorgspersonell ute i kommunene og ved Hallingdal sjukestugu. Representanter for brukerne og de ansatte har også deltatt i arbeidet, både i referansegrupper, prosjektgruppe og i styringsgruppe. Dette har ført til at tiltak som blir foreslått i stor grad er basert på forslag prosjektledelsen har fått fra de som "har skoen på".

Forprosjektet anbefaler eierne å videreføre arbeidet i Hallingdal gjennom et hovedprosjekt, der hovedprosjektet bør få en fullstendig prosjektplan utarbeidet gjennom et mellomprosjekt på 4 mndr. Dette fordi en må avvente endelige signaler fra regjeringen.

Et hovedprosjekt blir anbefalt gjennomført fra februar 2011, der følgende delprosjekt skal inngå:

- 1 Administrasjon og organisering
- 2 IKT, Telemedisin og medisinskteknisk utstyr
- 3 Kompetanse / Lærings- og mestringssenter (LMS)
- 4 Forebyggende tiltak
- 5 Medisinskfaglig samarbeid
- 6 Døgn og dagbehandling – somatikk
- 7 Rus og psykisk helsearbeid

Ved positivt vedtak om etablering av et hovedprosjekt bør det ansettes en hovedprosjektleder i 100 % stilling. Prosjektledelsen anbefaler at hovedprosjektleder i tillegg til å koordinere og ha hovedansvar for framdrift i alle delprosjekt, skal lede delprosjekt 1 – Administrasjon og organisering.

De øvrige delprosjekt bør ha en egen prosjektorganisasjon med prosjektleder og prosjektgruppe, men som er underlagt hovedprosjektleder og en overordnet felles

styringsgruppe. Prosjektledere for de seks delprosjektene bør kunne rekrutteres/frikjøpes fra stillinger i kommunene eller helseforetaket i ca 20 - 40 % pr delprosjekt, avhengig av delprosjektets omfang.

Forprosjektet anbefaler at hovedprosjektet får samme prosjekteiere og samme kostnadsdeling som forprosjektet (Regionrådet for Hallingdal og Vestre Viken HF med 50 % på hver).

For en framtidig driftsorganisering av et lokalmedisinsk senter blir det anbefalt å nytte Vertskommunemodellen (§ 28 i kommuneloven). Tiltak som eierne finner aktuelt å legge til andre kommuner, skal fortsatt administreres under det lokalmedisinske senter.

Eier av bygningsmasse for lokalmedisinsk senter skal utredes i mellomprosjektet i nær dialog med helseforetaket og kommunene. Her må det også skje en avklaring på hvorledes spesialisthelsetjenesten/helseforetaket kan delta i en framtidig driftsorganisasjon. På grunn av organisasjonsendringene i Vestre Viken HF som har pågått under hele forprosjektet har det ikke vært mulig å avklare dette i løpet av forprosjektperioden.

Den statlige finansieringen som er under utredning er forutsatt at skal løse merutgiftene som kommunene får ved overføring av oppgaver når prosjektene går over i en vanlig driftsfase. Om dette vil skje gjennom omfordeling av 20 % av sykehusenes finansieringsmidler eller som direkte rammefinansiering er ikke avklart.

Det som er sikkert er at Staten vil være med å finansiere utredningsprosjekt slik det er gjort i inneværende år, og at forprosjektet derfor har regnet med finansiering av prosjektet i 2010 og 2011 uten at eierne må skyte inn ytterligere midler ut over egeninnsats.

1. Innledning

Regionrådet for Hallingdal og styret for Vestre Viken HF vedtok i september 2009 å starte et forprosjekt i Hallingdal knyttet opp mot Stortingsmelding nr 47 (2008 - 2009)

”Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted- til rett tid”.

Til grunn for vedtakene lå en prosjektplan utarbeidet av et arbeidsutvalg i Samarbeidsutvalget mellom Ringerike sykehus og Hallingdalskommunene, der det var lagt klare føringer for mål, innhold, ressursbruk og gjennomføring.

Reidar Aasheim fra Vestre Viken HF og Trond Kleppen fra kommunene ble engasjert som prosjektledere med 50 % stilling hver, og startet arbeidet med forprosjektet 1.nov 2009. Prosjektkostnadene deles likt mellom prosjektets to eiere med fratrekk for eksterne tilskudd.

Forprosjektet har hatt en prosjektgruppe og en styringsgruppe med deltagere oppnevnt fra de to prosjekteierne (vedlegg 1).

1.1 Mål og rammer

Visjon:

Visjonen er å kunne utvikle helhetlige helsetjenester i Hallingdal der pasientene kan få samordnede tjenester av god kvalitet uavhengig av hvilket nivå som har ansvaret for å yte tjenestene.

Overordna mål:

Målet med prosjektet er å finne overordnede løsninger for å kunne videreutvikle Hallingdal sjukestugu som et lokalmedisinsk senter, som base for

- desentralisert spesialisthelsetjeneste,
- samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og
- interkommunalt samarbeid om kommunale tjenester innen helse og omsorg.

Effektmål:

- ❖ Pasienter i Hallingdal som har behov for tjenester fra ulike nivå i helsetjenesten, skal oppleve at pasientforløpet er preget av koordinert samhandling med utgangspunkt i pasienten sine behov.
- ❖ En skal i Hallingdal lykkes med å bygge opp en struktur og en organisering som sikrer den overordna målsettinga i Helse Sør-Øst:
”Å desentralisere det en kan og sentralisere det en må”.
- ❖ En skal i Hallingdal få til en kompetanseflyt fra spesialisthelsetjenesten og ut i kommunene så nær pasientene sitt nærmiljø som mulig.

- ❖ I all samhandling og alt samarbeid skal en ha fokus på forebygging og mestring slik at sykehusbehandling kan utsettes eller avverges.
- ❖ Samhandlingen skal være preget av samarbeid mellom likeverdige samarbeidsparter.
- ❖ Kommunene skal søke felles løsninger på alle utfordringer innen helse og omsorg der enkeltkommuner sliter for å oppfylle krav om kompetanse, kvalitet og effektivitet.
- ❖ Med utgangspunkt i de nye finansieringsordningene skal kommunene i Hallingdal innen helse og omsorg søke fellesløsninger for en bedre utnytting av ressursene.

1.2 Resultatmål

- Å få kartlagt de områder der samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i Hallingdal bør utvikles videre.
- Å få kartlagt de områder der samarbeidet mellom kommunene innen helse og omsorg bør utvikles videre i tråd med samhandlingsreformen.
- Å gi oversikt over økonomiske forhold ved et lokalmedisinsk senter, herunder hvordan de nye finansieringsordningene vil slå ut for Hallingdalskommunene.
- Å finne fram til egnet eierskap, organisering og styring av et lokalmedisinsk senter i Hallingdal.
- Å gi tilråding om det videre arbeidet i form av en framdriftsplan/prosjektplan for videreutvikling av Hallingdal sjukestugu som lokalmedisinsk senter i Hallingdal.

1.3 Rammer

Etter korrigert framdriftsplan av 01.11.2009 avsluttes forprosjektet 31.08.2010. Signaler fra stortingsbehandlingen av samhandlingsreformen 27.04.10 skal innarbeides.

Forprosjektet har ei øvre økonomisk ramme på kr. 650.000,-, der halvparten faller på kommunene og halvparten på Vestre Viken HF, Ringerike sykehus. Dette ble av prosjektledelsen foreslått utvidet med et mellomprosjekt på fire måneder til en kostnad på 300 000 kr for å utarbeide en fullstendig prosjektplan med framdrift og finansiering for et hovedprosjekt som er planlagt å starte i 2011. Prosjektgruppa og Styringsgruppa har sluttet seg til dette. Samlet kostnad vil da bli 950 000 kr, men med en forutsetning om at sentrale instanser slik som Helsedirektoratet/KS og Helsedialog/HelseSørØst ville bidra med prosjektmidler.

Helse Sør-Øst har våren 2010 bevilget 380.000 kr til forprosjektet. Regjeringen varslet i revidert nasjonalbudsjett en økning i økonomisk ramme for stimulering av planarbeidet med lokalmedisinske senter og kommunesamarbeid. Forprosjektet er i denne sammenheng bevilget 400.000 kr fra Helsedirektoratet.

1.4 Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken

I nedslagsfeltet til sykehusene i Vestre Viken HF er det etablert et 26-kommuners samarbeid, der Hallingdal er representert ved rådmann Odd Egil Stavn.

Her er samhandlingsreformen og kommunehelsearbeidet satt i fokus, og det er plukket ut to frontprosjekt for hele regionen, Geriatriloftet i Drammen og Hallingdal Lokalmedisinske Senter.

Dette vil styrke vårt prosjekt, spesielt i samband med søknader om midler fra sentralt hold, der det er vektlagt en bred forankring for samarbeidet. I tillegg kan dette åpne for prosjektets status i forhold til vurdering opp mot nasjonale frontprosjekt / pilotprosjekt.

2. Historikk

Regionrådet for Hallingdal har eksistert i snart 60 år.

Den unike samarbeidsviljen i regionen har gitt resultat i godt over 100 ulike samarbeidstiltak. De fleste av disse er fortsatt i funksjon.

Interkommunalt samarbeid innen helse og omsorg med alle seks kommuner inkludert, er ikke av de mest omfattende samarbeidsområder. Felles legevaktsentral og nattlegevakt, jordmorvaktordning og IT-løsninger innen helse og omsorg er likevel gode eksempel på positivt samarbeid. To-kommunesamarbeid har nok vært mer vanlig innen den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Alle kommunene har sluttet opp om Hallingdal Sjukestugu (HSS), som i 30 år har spilt en viktig rolle som "sjukehusets forlengede arm" i Hallingdal. Allerede to år etter at Buskerud Fylkeskommune etablerte sjukestugu med en somatisk sengeavdeling og en fødeenhet, startet videreutvikling av institusjonen med de to første poliklinikk-tilbudene. Dette er nå utviklet videre til 14 fagområder og med 25 ambulerende spesialister som deltar.

I 1990 fremsto HSS etter kongelig åpning med to nybygg, poliklinikkbygg og psykiatribygg. Tre år senere kom luftambulansebase og bilambulansebase. Med oppstarten for psykiatrireformen kom et psykiatrisk poliklinikkbygg i 2002.

Institusjonen har, som en del av Ringerike sykehus fra 1995, utviklet seg videre og framstår i dag som et ideelt grunnlag for lokalmedisinsk senter.

I 2007 etablerte Hallingdalskommunene og Ringerike sykehus/Hallingdal Sjukestugu en forpliktende samarbeidsavtale og et eget samarbeidsutvalg, og det er etablert ca 40 ulike tiltak for samarbeid mellom sjukestugu og kommunene.

Det er i løpet av prosjektperioden gjort vesentlige endringer i sykehusorganiseringen

innenfor Vestre Viken HF som består av Sykehuset Asker og Bærum, Sykehuset Buskerud, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus. I fra KommuneHelsesamarbeidet Vestre Viken foreligger til behandling i kommunene og helseforetaket et forslag til overordnet samarbeidsavtale mellom helseforetaket og de 26 kommunene.

De fleste kommunene i Hallingdal har i perioder hatt problemer med rekruttering til fagstillinger og med å skaffe tilstrekkelig kompetanse til ulike deler av helse- og omsorgstjenestene.

2.1 Stortingsmelding nr 47 (2008-2009)

Med bakgrunn i stadig økende kostnader ved sykehusinnleggelser og et økende antall eldre med behov for behandling, har myndighetene sett behovet for en omlegging av behandlingstilbudet. Behovet for behandling nærmere pasientenes hjem har de senere år økt, ikke minst av lidelser som egner seg for lokal behandling og som ikke krever den samme spisskompetanse som ved sykehusene. Utviklingen av moderne teknologi (IKT og medisinskteknisk utstyr) har brakt behandlingen helt ut til pasientens hjem, en trend som trolig bare vil øke i årene som kommer.

Regjeringen legger i henhold til Stortingets behandling av stortingsmeldingen, opp til at samhandlingsreformen skal implementeres som en opptrappingsplan. Et videre hovedprosjekt i Hallingdal mellom kommunene og Vestre Viken HF må følgelig tilpasses de sentrale vedtak og føringer som kommer.

Regjeringen vil i løpet av høsten 2010 legge fram en finansieringsplan og en nærmere beskrivelse av tjenestenivå og innhold av hva intermediære døgnplasser skal være.

Det er i stortingsmelding 47/ 2008 – 2009 foreslått etablering av lokalmedisinske sentra der tilbud *før, istedenfor* og *etter* sykehusopphold skal utgjøre kjernen. Dette omfatter døgn- og dagtilbud for observasjon, behandling, etterbehandling og rehabilitering, samt lindrende behandling, I tillegg kan et lokalmedisinsk senter inneholde lærings- og mestringssenter og tverrfaglige ambulante eller stasjonære team med utgangspunkt i det kompetansemiljøet som finnes i senteret. I tillegg kan senteret også inneholde trygghetsplasser.

Det er bred enighet i Stortinget om en reform som gir kommunene et økt behandlingsansvar. Det er satt et særlig fokus på pasientforløpet, slik at det både skal gi pasientene større sikkerhet for effektiv behandling, bedre samarbeid mellom de ulike ledd i behandlingskjedene og ikke minst tydeligere ansvars plassering og fordeling av kostnader.

Helse og omsorgsminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen sa under Helsekonferansen 2010: *Samhandlingsreformen ønskes velkommen over alt. Av pasienter. Av helsepersonell. Av lokalpolitikere.*

Den grunnleggende ideen vinner stor oppslutning:

- Å forebygge sykdom.

- Å bedre folkehelsen.
- Å oppdage sykdom i tide.
- Å forhindre sykehusinnleggelser.
- Å lære seg å leve med en diagnose.
- Å få hjelp i nærheten av der du bor.

Det er bred enighet om retningen og hovedlinjene i reformen. Stortinget har gitt klarsignal.

Nå vet vi hvor vi skal og ballen er tilbake i departementet.

Med respekt å melde – samhandling er ikke noe nytt. Det finnes mange flotte eksempler på lokale initiativ som har vært i gang lenge før samhandlingsmeldingen kom.

Hun fortsatte med følgende klare melding:

Stortinget har gitt oss støtte til å gå videre på flere viktige områder. Jeg skal nevne noen av dem.

Lokalmedisinske sentre. Vi skal ha lokalmedisinske sentre over hele landet.

De skal ikke erstatte lokalsykehusene.

Lokalmedisinske sentre skal bli den nye arenaen for samarbeid mellom kommuner og sykehus.

Det skal være tverrfaglige team rundt fastlegene og det skal være korttidsplasser for pasienter som er ferdig behandlet i sykehus, men for syke til å komme hjem.

Det finnes ingen fasit for hvordan sentrene skal organiseres. Mulighetene er mange.

Dere sitter med ideene. Vi skal lage gode rammer.

La meg presisere: 1. januar 2012 er startdatoen for nye lover, økonomiske virkemidler, nytt avtaleverk og endringer i organiseringen av allmennlegene. Det er altså ingen endringer i fremdriftsplanen.

Samhandlingsreformen vil føre til to nye lover og en nasjonal helse- og omsorgsplan.

Det skal lages en ny folkehelselov og en ny kommunal helse- og omsorgslov, der det vil gå tydelig fram at kommunen har et helhetlig ansvar for folks helse og velferd.

I den nye nasjonale helse- og omsorgsplanen skal det konkretiseres hvordan alt henger sammen med alt i helse- og omsorgstjenesten. Planen skal også ha forslag til finansieringsmodeller og avtalestruktur mellom helseforetak og kommuner.

3. Metode og gjennomføring

St. melding nr. 47 – Samhandlingsreformen favner bredt innenfor pasient- og brukergrupper, ulike fagnivåer i kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester, og har relasjoner mot andre interessegrupper og områder i samfunnet, der helse vil være sentralt.

I forprosjektet har en derfor valgt å involvere bredt fra starten av i tenkning og bevisstgjøring rundt resultatmålene i prosjektplanen:

- *Å få kartlagt de områder der samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i Hallingdal bør utvikles videre.*
- *Å få kartlagt de områder der samarbeidet mellom kommunene innen helse og omsorg bør utvikles videre i tråd med Samhandlingsreformen.*

Prosjektledelsen valgte i oppstartsfasen å involvere helseledere, administrasjon og tillitsvalgte i hovedtrekkene i stortingsmeldingen, under filosofien at de som har skoen på vet best hvor det trykker. Dette ble gjort gjennom besøk ute i den enkelte kommune og i helseforetakets fagavdelinger på Hallingdal sjukestugu. Det ble satt et særlig fokus på hva som ville være basisoppgaver for den enkelte kommune i Hallingdal, hva kommunene måtte vurdere som felles utfordringer og hva helseforetaket og kommunene måtte finne som felles innsatsområder.

Fagavdelingenes ledere i kommunene og helseforetaket gav skriftlig tilbakesvar til prosjektledelsen på disse utfordringene. Svarene gav grunnlaget for tema og innhold i to dialogkonferanser (januar og mai), der referansegrupper ble nedsatt på tvers av kommuner og fagavdelinger i helseforetaket. Referansegruppene hadde også deltagelse fra ansattes representanter og brukerrepresentanter. Forankring av prosjektet utenfor regionen er skjedd ved at bl.a. prosjektleder for kommunehelsesamarbeidet i Vestregionen og samhandlingsdirektør i Vestre Viken HF var deltakere og medvirkende i første dialogkonferanse. KS sentralt og KS Buskerud er informert om prosjektet gjennom møter i Ål og Oslo og KS Buskerud sin dialogkonferanse.

Referansegruppene la fram nærmere 150 ulike små og store tiltaksområder. Disse er kvalitetssikret gjennom en metodikk for å prioritere og bearbeide tiltakenes behov og mulighet for realisering med hensyn til politiske, faglige og økonomiske vurderinger.

Prosjektgruppen har bearbeidet dette materialet og sett disse innspillene i forhold til stortingsmeldingen og erfaringer andre steder i landet. Prosjektgruppen har anbefalt overfor styringsgruppen en videreføring i et hovedprosjekt med 7 delprosjekter.

Helsedirektoratet har i tidsskriftet "Helserådet" en artikkel om innholdet i Lokalmedisinske sentra, og ut fra forslaget der er det bare tannhelsetjenesten som ikke er ivaretatt i prosjektet HLS. Dette kan eventuelt følges opp gjennom samtaler med Tannhelsetjenesten i Hallingdal.

4. Gjennomføring i henhold til prosjektplan

4.1 Status

Forprosjektet startet en måned etter planlagt oppstart. Dette førte til en korrigering av ferdigstillingstidspunktet til 1. sept 2010. Styringsgruppa og Regionrådet i Hallingdal behandler prosjektrapporten i august. Administrativ styringsgruppe for kommunehelsesamarbeidet i Vestregionen og Vestre viken HF har saken til behandling primo september før saken går til sluttbehandling i de respektive kommunestyre og styret for Vestre Viken HF medio september 2010.

Prosjektplanen la i punkt 3 opp til en vurdering av økonomiske forhold ved etablering av et lokalmedisinsk senter. En fullverdig vurdering av dette har ikke vært mulig, siden Stortinget har utsatt behandlingen av de økonomiske føringene. Regjeringen har etablert en egen komité bestående av fire statssekretærer, som skal legge fram sitt arbeid høsten 2010, før statsbudsjettet for 2011 behandles i Stortinget. Det forventes at Stortinget vil trappe opp bevilgningene til reformen over flere år.

Prosjektledelsen legger opp til at det skal være mulig å utrede de økonomiske forhold for prosjektet i et mellomprosjekt før oppstart av et ev. hovedprosjekt (se kap. 7)

I punkt 5 i prosjektplanen heter det:

Å gje tilråding om det vidare arbeidet i form av ein framdriftsplan/prosjektplan for vidareutvikling av Hallingdal sjukestugu som lokalmedisinsk senter i Hallingdal.

Forprosjektet svarer på hvordan det videre arbeidet bør etableres og med forslag til framdriftsplan. En fullverdig prosjektplan inkl. budsjett og kostnadsvurdering for hovedprosjektet inkl. alle delprosjekt vil bli så omfattende at dette må skje under det som er beskrevet som en mellomprosjekt høsten 2010 (se kap. 9)

Ut over de ovenfor nevnte punkt har prosjektet ingen avvik i tid, kostnader, ressursbruk ut over at kostnadene med forprosjektet for prosjekteierne kan reduseres vesentlig og overføres hovedprosjektet.

Prosjektledelsen har fått inn 780 000 kr i tilskudd for forprosjektet og mellomprosjektet.

4.2 Kritiske suksessfaktorer

Prosjektplanen beskriver følgende suksessfaktorer for forprosjektet:

- God forankring politisk og administrativt, hjå fagpersonell, arbeidstakarorganisasjonar, brukarar
- Å lukkast i å byggje desentraliserte tenester ut frå ein felles base ved HSS
- At vi lukkast med å utnytte ressursane betre gjennom samhandling
- At kommunane og helseforetaket saman utviklar felles og tydelege mål
- God kommunikasjon og informasjon

Prosjektledelsen har lagt spesiell vekt på kulepunkt 1, 4 og 5 ved god informasjon og dialog med så vel kommunene som helseforetaket gjennom hele forprosjektperioden. Forankring gjennom møter ute i hver kommune og i avdelingene i sjukestugu, sammen med etablering av 11 referansegrupper (vedlegg 2) og 2 konferanser, skulle sikre at vi fikk felles tiltak og mål med arbeidet. Likeledes har helseforetaket og alle kommunene deltatt i prosjektgruppe og styringsgruppe.

Gjennom forslag til områder som med fordel kan etableres i samarbeid, har alle kommunene kommet med innspill (vedlegg 3).

De mer komplekst sammensatte referansegrupper på tvers av kommunegrenser og helseforetak, ga ut fra dette sine forslag til konkrete tiltak for samarbeid både mellom kommunene og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene (vedlegg 4).

Kommunene har også vært invitert til å se på tiltak som kan desentraliseres og som den enkelte kommune er spesielt gode på. Videre arbeid med dette må vurderes i hovedprosjektet, når endelig avklaring om de enkelte delprosjekts innhold er fastlagt.

Å utnytte ressursene bedre gjennom samhandling er hele fundamentet for reformen, og har hatt en prioritering i forhold til utvelgelse av tiltaksområder (se vedlegg 5 Behovs og viktighetsanalyse).

4.3 Forslag og tiltak

Prosjekteierne har godkjent justering av ferdigstillingstidspunktet for forprosjektet til 1.sept 2010.

Prosjekteierne har gjennom styringsgruppen akseptert at det trengs en overgangsperiode / mellomprosjekt for fullstendig utarbeiding av en prosjektplan for hovedprosjektet.

Med grunnlag i de eksterne tilskudd som er tildelt forprosjekt / mellomprosjekt skal dette ikke medføre økte kostnader for prosjekteierne.

Ingen andre tiltak eller forslag er nødvendig for gjennomføring av forprosjektet.

4.4 Forventet måloppnåelse

Prosjektlederne vurderer at resultatmålene for forprosjektet vil nås fullt ut når forprosjektperioden og mellomprosjektet ses under ett.

I de påfølgende avsnitt vil vi ta for oss de tiltak som forprosjektet har kommet fram til.

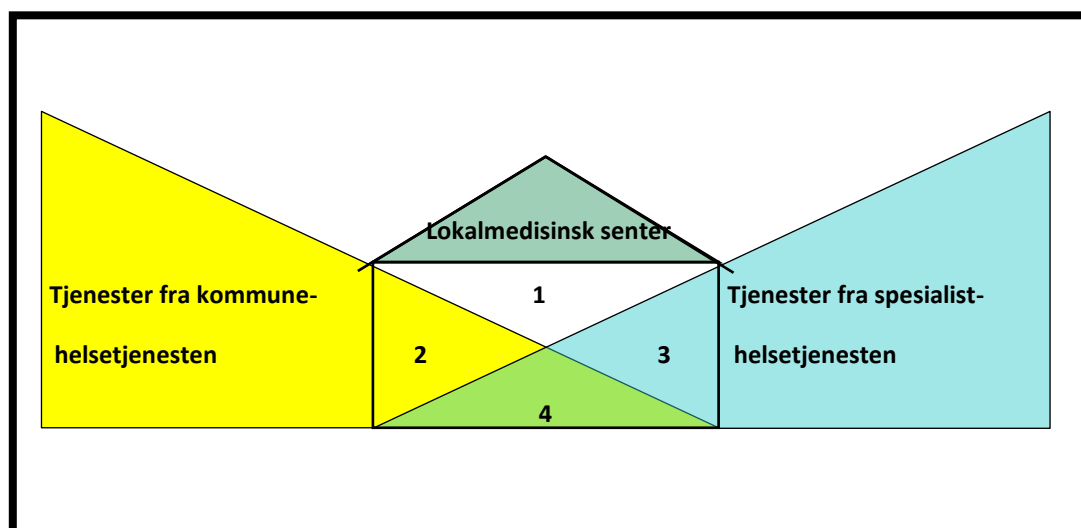
5. Hallingdal Lokalmedisinske Senter (HLS)

Samhandlingsreformen peker på utfordringene små kommuner vil stå ovenfor innen helse og omsorg de kommende år. Lokalmedisinske sentra der interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene står sentralt i anbefalingene. Med Hallingdal sin lange tradisjon i interkommunalt samarbeid og Hallingdal sjukestugu som et unikt fundament for et lokalmedisinsk senter, er det naturlig for forprosjektet å anbefale en videreutvikling av Hallingdal sjukestugu til Hallingdal Lokalmedisinske Senter som vår løsning på de nevnte utfordringene.

Det lokalmedisinske senteret i Hallingdal må enten fysisk romme eller ivareta koordineringen av:

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

Disse oppgavene kan illustreres slik:



Figur 1 Oppbyggingen av det lokalmedisinske senter i Hallingdal

Videre prosjektorganisering

Det foreslås et mellomprosjekt på 4 mndr for utarbeidelse av en fullstendig prosjektplan for et hovedprosjekt som kan starte medio februar 2011.

Hovedprosjektet vil utrede videre og legge til rette for en gradvis oppbygning og utvikling av et lokalmedisinsk senter i Hallingdal.

Prosjektet Hallingdal Lokalmedisinsk Senter vil ha en unik stilling, da det etter våre registreringer er det eneste prosjektet som har tatt opp i seg alle de sentrale føringene i samhandlingsreformen. Dette kan åpne for en dialog med Staten om å nytte prosjektet som et utstillingsvindu på nasjonalt nivå, og at eierne bør vurdere å søke dette tatt opp som et nasjonalt pilotprosjekt de tre år som hovedprosjektet gjennomføres.

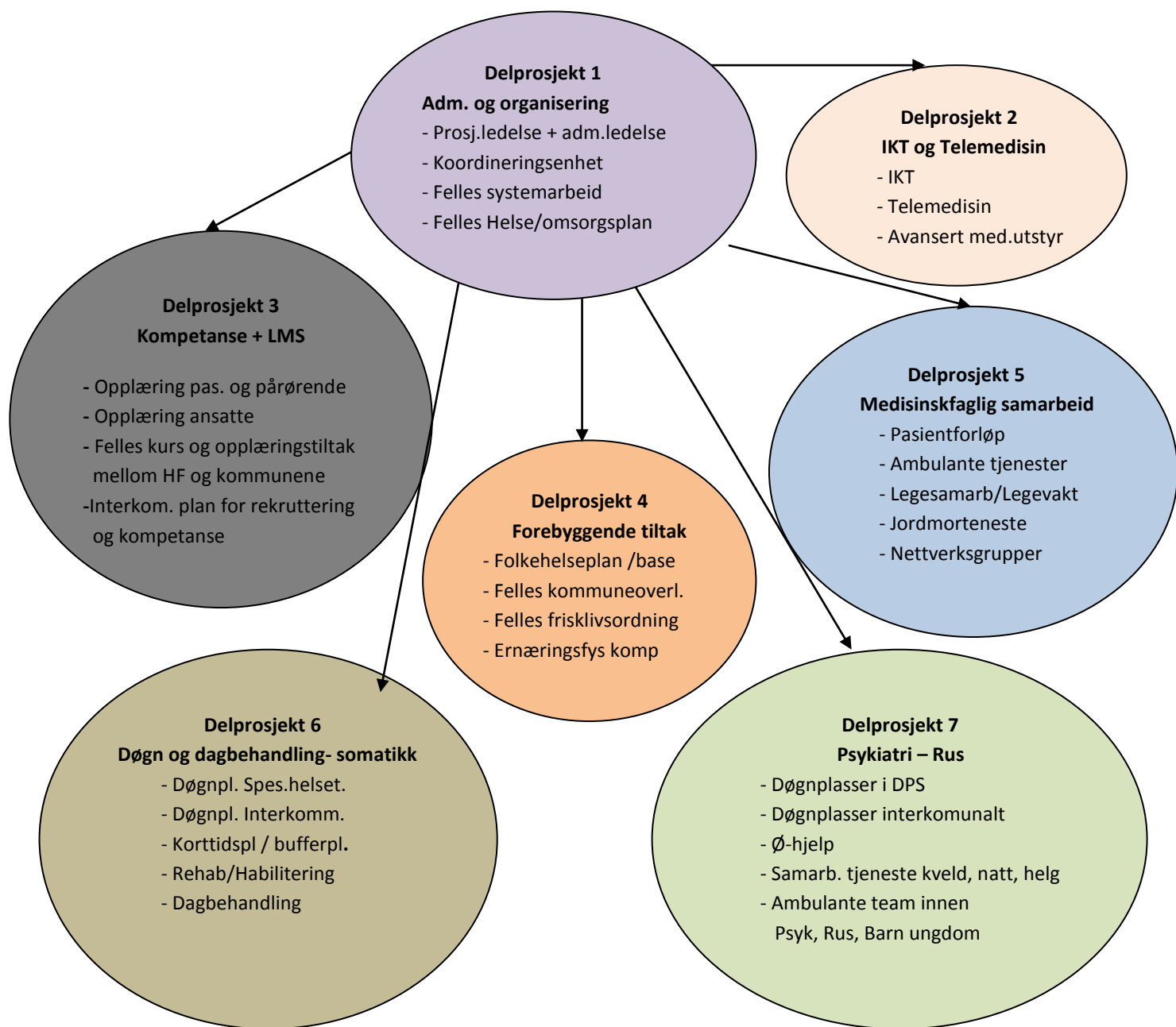
Det er lagt inn som forutsetning at Vestre Viken HF skal videreutvikle tjenestetilbudet med spesialisthelsetjeneste i Hallingdal i tråd med sentrale anbefalinger og føringer og med hjelp av de muligheter som følger av ny medisinsk og teknologisk utvikling.

Der tjenesteområder er spesielt egnet for desentralisering, kan deltjenester legges ut til kommuner som har høy kompetanse på dette aktuelle området. Dette må vurderes nærmere i hovedprosjektet, men kan også skje på et senere tidspunkt når driftsfasen er godt etablert.

Ved positivt vedtak om etablering av et hovedprosjekt bør det ansettes en prosjektleder som hovedansvarlig for hovedprosjektet. Prosjektledelsen anbefaler hovedprosjektet delt inn i 7 delprosjekt, der hovedprosjektleder i tillegg til å koordinere og ha hovedansvar for framdrift i alle delprosjekt, skal lede delprosjekt 1 Administrasjon og organisering.

De øvrige seks delprosjekt bør ha egen prosjektorganisasjon med prosjektleder og prosjektgruppe, men som er underlagt hovedprosjektleder og ei overordna felles styringsgruppe. Prosjektledere for de seks delprosjektene bør kunne rekrutteres fra stillinger i kommunene eller helseforetaket i ca 20 - 40 % pr delprosjekt, avhengig av delprosjektets omfang.

De enkelte delprosjekt som anbefales er vist i organiseringsmodellen under.



Figur 2: Hovedprosjektmodell med 7 delprosjekt

Delprosjektene er nærmere beskrevet i de neste avsnittene:

5.1 Administrasjon og organisering

Delprosjekt 1 bør utrede videre:

- Administrativ organisering, økonomi og ledelse ved Hallingdal Lokalmedisinske senter, inkl. det videre utviklingsarbeidet i tråd med sentrale føringer og ivareta avtaler, organisering, systemarbeid, kvalitetssikring, koordineringsfunksjoner, gode felles IKT-løsninger. Inkludert i systemarbeidet skal samarbeidet om individuell plan inngå.
 - Koordinering: Ledelsen av hovedprosjektet har ansvaret for å sørge for nødvendig dialog og kontakt mellom delprosjekt nr. 1 og øvrige delprosjekt og å sørge for framdrift av hovedprosjektet.
 - Dialog og samordning med andre samhandlingsprosjekt (f.eks innen barnevern, familievern, Livreddere i Hallingdal, Nasjonalt pilotsykehus Ringerike Sykehus m.fl.).
 - Oppbygging av felles systemarbeid, jmf. Stortingsmeldingens vektlegging av helseovervåking, samfunnsmedisinske oppgaver og arbeidet med samarbeidsavtaler.
 - Overordnet strategisk plan for området helse og omsorg i Hallingdal.
- Det er viktig for befolkningen å ha nærhet til tjenester. Kommunene blir i samhandlingsreformen utfordret på mange nye oppgaver som krever ny kompetanse, nye investeringer og sammensatte løsninger. En overordnet strategisk plan sett på tvers av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenestene vil legge føringer for de tiltak som kommunene vil løse gjennom interkommunalt samarbeid, de tiltak kommunene vil løse i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og de tiltak spesialisthelsetjenesten vil gjennomføre desentralisert i Hallingdal.

5.2 IKT, Telemedisin og medisinskteknisk utstyr

Regjeringen har trukket opp mål for bruk av IKT i helsevesenet. Målsettingen beskriver at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på. Dette gjelder blant annet:

- Forholdet mellom tjenesteyter og pasient, -elektroniske timebestillinger,
- helseinformasjon, - e-opplæring, - onlinekonsultasjoner,
- telemedisinske behandlingsalternativer, - tilgang til egen journal.

Mellom Helse-Sør Øst og kommunene er det lagt plan for innføring av intensjonene i meldingsløftet 2015. Vestre Viken HF og kommunene i Vestre Viken HF er forpliktet til å delta i dette opptrappingsprogrammet som starter opp i 2010.

Hallingdal Sjukestugu har i flere år benyttet kompetanse og inspirasjon fra Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling for de områder som er benyttet i pasientbehandling, i

undervisning, i veiledning og som møtefora. Telemedisin har medvirket til å bringe kompetanse nærmere slik at pasienter og fagfolk har sluppet å reise. Enkelte av kommunene har skaffet seg erfaring med bruk av videokonferanse med Sunnaas Sykehus rundt oppfølging av pasienter som er skrevet ut til kommunene

Den døgnåpne telefontjenesten NHS24 i Skottland ble ikke bygget opp uten motstand. Men i dag tilbys befolkningen nærmest en sykepleier på dørstokken som gir helseinformasjon, råd om selvhjelp og rask kontakt med de rette hjelpeinstanser.

Dalane distriktsmedisinske senter i Eigersund har etablert et samarbeid med Medisat i Danmark og fått utviklet en koffert som KOLS-pasienter får med seg hjem. Her har de muligheter til prøvetaking og analyse og direkte kommunikasjon med helsesenteret via videooverføring.

Kommunesamarbeidet i Vestregionen og Vestre Viken HF legger planer for bruk av telemedisinske løsninger i pasientbehandling mellom kommunene og helseforetaket. Når nye modeller skal utprøves vil Hallingdal fremstå som aktuell innenfor ulike pilotprosjekter. Dette kan for eksempel være innenfor:

- gruppen hjemmeboende med særlige pleie- og oppfølgingsbehov,
- grupper hjemmeboende innefor kronikergrupper,
- pasienter med psykiske lidelser,
- legevaktsamarbeide,
- undervisning,
- supervisjon og veiledning fra spesialisthelsetjenesten,
- møtefora for behandlingspersonell mellom sykehus og kommunehelsetjenesten og mellom kommunene.

Delprosjektet må også:

- sørge for at arbeidet skjer i nært samarbeid med IKT Hallingdal
- sørge for ledelse av arbeidet med samordning og felles utnyttelse av medisinskteknisk utstyr
- ta stilling til mulighet for og om det er hensiktsmessig å etablere og utvikle felles avviks- og kvalitets-system mellom sykehus og kommuner og/eller om det er behov for ytterligere samordning og utvikling av slike interkommunale system.

5.3 Kompetanse / Lærings- og mestringssenter (LMS)

LMS er i St. melding nr. 47 beskrevet som et tjenestetilbud som kommunene skal ha ansvar for. Ringerike Sykehus har i dag etablert LMS med satellittfunksjon på HSS. Deler av denne tjenesten skal flyttes over til kommunalt ansvar. Noen funksjoner vil trolig fortsatt måtte ligge i sykehus. Dette må avklares nærmere.

Prosjektgruppen foreslår følgende innhold:

- System for opplæring av pasienter og pårørende
- System for kompetanseutvikling for ansatte og faggrupper
- Felles kurs og opplæringstiltak mellom kommunene og helseforetak
- Felles plan for å sikre seg kompetanse; - beholde og rekruttere, bygge ny kompetanse for å dekke eksisterende behov og nye behov som følge av nye oppgaver.
- Etablere felles kompetansebase
- Samarbeid om kompetanse (slik som ernæringskompetanse og logopedi)
- Etablere et tett samarbeid med Undervisningssjukeheimen i Buskerud med tanke på kompetanseutvikling innen omsorgstjenestene.

5.4 Forebyggende tiltak

Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, framfor tilbud som er innrettet på å mestre, å redusere kroniske sykdommer og å forebygge hendelser som kan medføre skader og sykdom. Kommunene får en særlig oppgave med å sørge for å organisere og legge til rette for ulike tiltak, slik at investeringer i helsetjenesten kan rettes mot forebyggende tiltak framfor stor bruk av økonomiske og faglige ressurser på pasientgrupper med særlig krevende behandlingstiltak. Hallingdal har gjennom satsing på Friskliv og helseforebygging, samarbeid med frivillige organisasjoner, tverrfaglig satsning på tvers av psykisk helse, helsestasjonsarbeide, familievern, skolehelsetjeneste, dagsentra m.m. påbegynt viktige satsningsområder. Helsetjenesten må videreutvikle dette arbeidet sammen med andre etater og instanser og i planer som forplikter kommunene og helseforetak.

Satsningsområder kan være:

- Folkehelseplan
- Folkehelsebase
- Felles samfunnsmedisinske arbeid / Felles kommuneoverlege
- Videreutvikle samarbeidet innen friskliv
- Koordinering og videreutvikling av Miljørettet helsevern

5.5 Medisinskfaglig samarbeid.

Kommunene i Hallingdal har bygget opp fagmiljøer som har sin styrke på ulike felt. I Hallingdal må en bygge opp systemer som gjør at kompetanse kan nyttiggjøres på tvers av kommunegrensene og at kompetanseoverføring ikke bare skal skje fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, men også kommunene i mellom.

Sentralt i St. melding nr. 47 er beskrevet pasientens rett til koordinerte tjenester. Pasienter mottar tjenestene fra ulike tjenestesteder, fra ulike nivåer og fra ulikt personell i samme organisasjon. Det er i dag få systemer som sikrer pasienten med helhetlige planer og tiltak i behandlingsforløp gjennom helsevesenet på tvers av avdelingsgrenser og nivå. Det er en særlig utfordring å sikre gode pasientforløp gjennom en god og hensiktsmessig organisering og oppgavefordeling. Det legges sterke føringer på at helsetjenesten i større grad skal nå pasienten i pasientens bo- eller nærmiljø. Dette utfordrer helsetjenesten på å finne ambulante modeller og løsninger som er tjenlige for pasientene og de som skal yte helse- og omsorgshjelp. Tenkning rundt ambulante løsninger bør drøftes ut med delprosjekt 6 - *Døgn og dagbehandling - somatikk* og delprosjekt nr. 7 - *Psykisk helsearbeide og Rus*. Formålet med ambulante team er å bidra til kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene, forebygge innleggelser, og motvirke at pasienter og pårørende får lang reisevei til sykehus. I det videre arbeidet skal det vurderes å bygge opp flere ambulante tverrfaglige team i kommunene med et særskilt fokus på diabetes, kols, rehabilitering, habilitering, lindrende behandling, demens og psykisk helse/rus. For omtale av ambulante team innen rus og psykisk helse vises til delprosjekt 7.

IKT og telemedisinske løsninger vil være nyttige hjelpemidler for å gjøre behandlingstilbud tilgjengelig og nær bruker/pasients bolig. Delprosjekt nr. 2 vil utgreie dette området.

Delprosjekt nr 5 bør utrede videre:

- Pasientforløp – implementering av pilotprosjekt mellom Ringerike sykehus og omliggende kommuner.
- Oppbygging av amb. team innen utvalgte fagområder (slik som barn/ungdom, rehabilitering, geriatri/psykogeriatrici m.fl)
- Legetjenestesamarbeide og legevakt
- Prehospitale tjenester – samarbeid mellom ambulansetjeneste og legetjenesten
- Jordmortjeneste
- Nettverksgrupper

5.6 Døgn og dagbehandling – somatikk.

St.m. nr. 47 beskriver kommunenes ansvar for å bygge opp tilbud før, istedenfor og etter sykehusinnleggelser og viser til flere steder i landet som Sjøstad helsehus i Trondheim, Alta helsesenter, Fosen DMS med flere. Alle disse eksemplene representerer kommunale modeller.

Helsedirektoratet uttaler i Helserådet, rapport nr. 09/10 at denne behandlingen bør utgjøre kjernefunksjonen i det lokalmedisinske senter. I Hallingdal har spesialisthelsetjenesten bygd opp klinikkovergripende tjenester i døgnavdeling over 30 år i somatikk. Det blir viktig i delprosjektet å få klarlagt videre behov og innhold i fremtidens spesialisthelsetjenestetilbud basert på døgnbehandling i Hallingdal. Likeså avgrensning mot kommunale pleie- og omsorgstjenester. Kommunene vil måtte planlegge behovet for interkommunale tjenester for pasienter eller grupper pasienter med spesielle behov. Dette må evt vurderes samlokalisert med nåværende somatisk sengeavdeling for å utnytte tjenestetilbud, løsninger og felles kompetanse.

Følgende områder bør utredes:

- Innhold og behov for døgntilbud i spesialisthelsetjenesten
- Innhold og behov for interkommunalt døgntilbud
- Behov for korttidsplasser og "buffer"-plasser
- Behov for dag og døgnplasser til rehabilitering
- Behov for dag og døgnplasser til habilitering
- Behov for dagbehandling knyttet opp mot døgnavdeling og poliklinikk

5.7 Rus og psykisk helsearbeid

Mennesker med rusproblemer og psykiske lidelser er grupper som har behov for tjenester fra ulike tjenesteytere på tvers av nivåer og sektorer og gjerne samtidig.

Opptappingsplanen i psykiatri (1998 – 2008) har lagt grunnlaget for å løse deler av disse utfordringer, men fortsatt er psykisk helse framhevet som et sterkt satsningsområde i st. meld. nr 47.

De kommunale helse- og sosialtjenestene omfatter forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og behandling. Spesialisthelsetjenesten ivaretar sykehusfunksjoner, Distriktpsikiatrisk senter (DPS) og Psykisk helsevern for barn- og unge. I Hallingdal er spesialisthelsetjenester i psykiatri organisert som en del av DPS på Ringerike. DPS skal tilby differensiert behandling poliklinisk dag- eller døgnbehandling. DPS skal bistå kommunen med råd og veiledning. Ny organisering av Vestre Viken HF vil medføre at Psykisk helsevern for barn og unge vil bli organisert i egen fagavdeling med satellittenhet fortsatt lokalisert på Hallingdal sjukestugu.

Geografi og avstander utfordrer psykiatrien i kommunene i Hallingdal og helseforetaket. Gode lavterskeltiltak som medvirker til å redusere antall innleggelser i spesialisthelsetjenesten, og som understøtter legevakttjenesten, er klare utfordringer. Krevende enkeltsituasjoner vil måtte løses med bistand fra flere aktører – dette være seg i kommunen eller i helseforetak.

Ambulante tjenester sammen med råd og veiledning er prioriterte områder beskrevet i stortingsmeldingen. ACT-team (Assertive Community Treatment) er et aktivt oppsøkende behandlingsteam som jobber på tvers av nivåer og sektorer, og har mange plasser vist seg å være en god modell for å hjelpe disse brukerne.

Kompetanseoppbygging og etablering av gode rutiner for henvisninger og overflytting av pasienter mellom nivåene, vil forenkle og kvalitetssikre behandlingsforløpet rundt den enkelte pasient.

Delprosjektet vil måtte utrede følgende utfordringer:

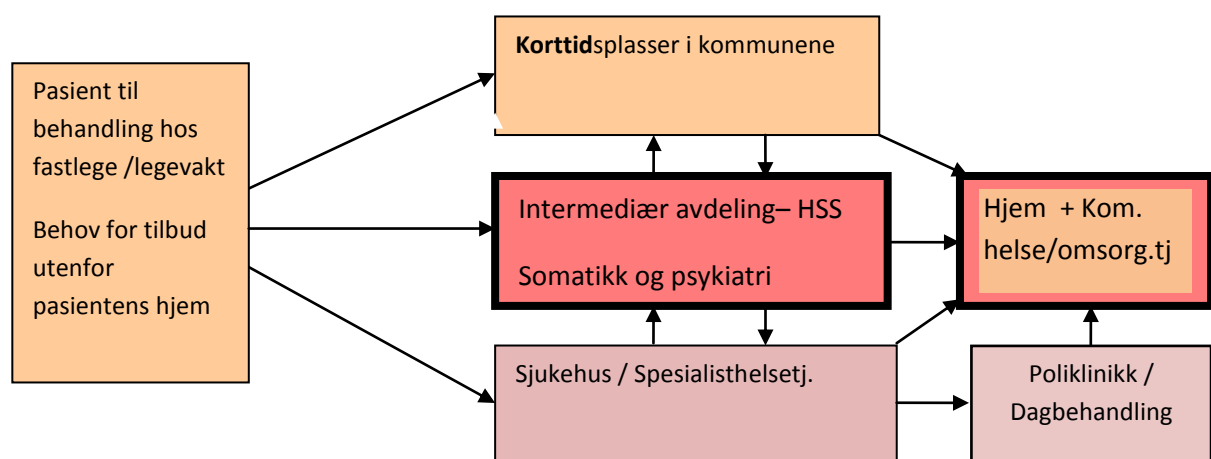
- Innhold og behov for døgnplasser i spesialisthelsetjenesten
- Innhold og behov for interkommunalt døgntilbud
- Interkommunale tjenester / Lavterskeltilbud: Øyeblikkelig hjelp (kveld, natt, helg)
- Ambulante team; Psykiatri, Rus, Barn- og unge
- Samarbeidsrutiner i overgangsfaser

6 Behandlingskjeden - Pasientforløp

Pasientforløp og behandlingskjeden står sentralt i Stortingsmelding 47 og gis derfor en egen omtale her. Mye av utredningsarbeidet her må ivaretas av delprosjekt 6 Døgn og dagbehandling – somatikk og delprosjekt 7 Rus og psykisk helse. Med grunnlag i at Ringerike sykehus har et eget nasjonalt pilotprosjekt gående omkring pasientforløp, er det nærliggende at vårt prosjekt trekker veksler på og samarbeider med dette prosjektet.

Det forutsettes at intermediære sengeplasser på HLS skal kunne gi tjenester både før, istedenfor og etter sykehusbehandling. HLS kan ta imot pasienter direkte fra kommunene etter nærmere angitte prosedyrer nedfelt i kommunenes og sykehusets kvalitetshåndbøker. Fra intermediæravdeling vil de fleste pasienter skrives ut til hjemmet eller til annen boform med heldøgns tilsyn i kommunene. Noen pasienter vil fra HLS måtte overføres til sykehus.

Nedenfor er vist et skjema for behandlingskjeden, slik vi ser for oss at dette kan planlegges for våre intermediære sengeplasser.



Figur 3: Flow-chart som beskriver intermediæravdelingens plass i behandlingskjeden.

7. Økonomiske forhold

Forprosjektet beskriver tre prosjektperioder:

1) forprosjekt 2) mellomprosjekt 3) hovedprosjekt.

Finansiering av de ulike periodene kan skje på følgende måte:

Prosj-periode	Kostnad	Finansiert slik:			
		Reg-råd/Kom	Vestre Viken	Statstilskudd	Andre tilsk.
1 Forprosjekt	650 000	85 000	85 000	250 000	230 000
2 Mellomprosj.	300 000	0	0	150 000	150 000
3Hovedprosjekt År 1 (2011)	1 400 000	Overført løyv. 240 000	Overført løyv. 240 000	700 000	220 000

Prosjektgruppa og styringsgruppa har godkjent at det ved etablering av et hovedprosjekt, må gjennomføres en mellomprosjekt (mellomprosjekt) med utarbeidelse av en fullstendig prosjektplan for hovedprosjektet og hvert enkelt delprosjekt. Finansieringsordninger fra statlig hold er ikke avklart og vil først skje i nov/des i år. Finansiering av hovedprosjektet må derfor også legges inn som oppgave for mellomprosjektn.

Det første året i hovedprosjektet vil i hovedsak bestå i utredningsarbeid, mens overgang til drift og gjennomføring først kan skje fra 2012, som er sammenfallende med regjeringen sin målsetting om oppstart. Dette innebærer at 2011 kan finansieres gjennom prosjekttilskudd fra eierne og statlige tilskudd.

Det er gitt tilsagn om statstilskudd til forprosjekt og mellomprosjekt med 400 000 kr, i tillegg til et prosjekttilskudd fra Helse SørØst med 380 000 kr. Eierne sitt tilsagn om 325 000 kr på hver til forprosjektet, kan da reduseres til 85 000 kr, og det resterende beløp kan overføres til hovedprosjektets første år med 240 000 kr som prosjekteiernes innsats.

Det er regnet med ca 20 månedsverk i første år av hovedprosjektet (2011), som vil gi en lønnskostnad på ca 1 mill kr.

Til drift, utstyr, prosjektgrupper og reisegodtgj./møter er det regnet med 400 000 kr.

For 2012 og 2013 må mellom-/hovedprosjektet avklare kostnadene og finansieringsmulighetene, avhengig av komitéarbeidet som pågår i statlig regi.

Hvilke økonomiske incentiver som vil bli tatt i bruk ovenfor kommunene er uklart, men det er stort behov for tiltak som kan bidra til å redusere behovet for spesialisthelsetjenester og dermed også ressursforbruket.

For kommunene og helseforetaket er det to forslag som er spesielt interessante:

1. Kommunene må betale for utskrivningsklare sykehuspasienter fra 2012.
2. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten med 20 %, ved at kommunene får tildelt tilsvarende midler. Disse midlene kan enten kommunen bruke til å kjøpe spesialisthelsetjenester eller bygge opp egne tilbud.

Kommunestrukturen med mange små kommuner med liten økonomisk bæreevne for håndtering av utgiftsvariasjoner er en utfordring. Dette sammen med rekrutterings- og kompetanseutfordringene er hovedgrunnen til kravet om samarbeid.

8. Eierskap, organisering og styring

Eierskap, organisering og styring er til dels innbyrdes avhengig av hverandre. Statlige signal om mer enhetlige løsninger kan påvirke senere vurderinger og mulige alternativ.

8.1 Eierskap

I tidsskriftet Helserådet sier Helsedirektoratet følgende om eierskap:

Selv om man endrer eierskap til store deler av det som i dag gjøres i lokalsykehusene, vil mye av den aktiviteten som i dag utføres der, fortsatt bli utført på samme sted av de samme aktørene. De lokalmedisinske sentrene vil kunne bli et svært viktig nav i den framtidige strukturen i institusjonshelsetjenesten.

Eierskap kan vurderes ut fra 1) Prosjekteier 2) Eiendomseier 3) Driftsselskapseier.

Eierskapet kan strengt tatt være forskjellige for disse tre, selv om det ideelle kanskje ville være felles eierskap for alle.

1) Prosjekteiere er fastslått i forprosjektet og forutsettes videreført inn i et hovedprosjekt. Eierne er Hallingdalskommunene og Vestre Viken HF. Prosjektplanen legger opp til at Hallingdal sjukestugu (HSS) skal videreutvikles til Hallingdal sitt lokalmedisinske senter. Prosjektledelsen har derfor tatt utgangspunkt i at lokalisering av hovedbasen skjer ved HSS.

2) Nåværende eiendommer knyttet til HSS er eid av Vestre Viken HF (tidligere overdratt fra Buskerud fylkeskommune som fikk sjukestugu overdratt fra Ål kommune i 1979), og dette aktualiserer helseforetaket som eier.

Foreløpige signal fra foretaket går derimot på at det lokalmedisinske senteret bør ha kommunene som eiere og at spesialisthelsetjenesten eier eller leier lokaler av kommunene for sine ansvarsområder. Helseforetaket er i gang med en bred vurdering av dette tema i forhold til alle kommunene i sitt nedslagsfelt (26 kommuner).

Eiere av lokaler / bygg og utstyr vil være avhengig av valgt organiseringsmodell, der Hallingdal med en eventuell vertskommunemodell, kan velge at vertskommunen står som eier av lokaler og driftsmidler, eller at helseforetaket fortsatt eier bygningsmassen og leier ut lokaler til det lokalmedisinske senteret.

3) Nåværende sjukestugu er i sin helhet driftet av Vestre Viken HF. For framtidige driftsselskap av lokalmedisinsk senter er det fra statlig hold klart signalisert at skal være kommunalt driftet. En har fra andre steder i landet registrert at det i prosjektarbeidet med samhandlingsreformen, skjer en delt finansiering på partene. Avhenge av framtidig finansieringsordninger, kan det være rett å ta endelig avgjørelse om dette etter mellomprosjektperioden.

8.2 Organisering

Forutsatt at den framtidige driften av det lokalmedisinske senteret blir lagt på kommunalt nivå, har prosjektledelsen vurdert følgende organiseringsmodeller:

- 1) Aksjeselskap
- 2) Interkommunalt Selskap (IKS)
- 3) Vertskommunemodell
- 4) Samkommunemodell

Med utgangspunkt i at det lokalmedisinske senter skal ha kommunal tjenesteyting som formål, og ikke skal være en utbyttebasert forretningsdrift eller en serviceorganisasjon, er aksjeselskap og IKS uaktuelle som organisasjonsform. Det er fra statlig hold også uttalt at vertskommunemodell eller samkommunemodell er de eneste aktuelle organisasjonsformer for denne type virksomhet.

Det er nå tatt inn en ny bestemmelse i kommuneloven for å gjøre rettstilstanden enklere og mer oversiktlig på vertskommuneområdet. Det er gitt en generell hjemmel til å overlate utførelsen av lovpålagte oppgaver og delegere offentlig myndighetsutøvelse til andre kommuner i et vertskommunesamarbeid (§ 28 a), med mindre den enkelte særlov avskjærer det.

Organisering etter kommunelovens § 28 (Vertskommune)

- Er etablert innenfor et fast geografisk samarbeidsområde.
- Har som formål å etablere et forpliktende samarbeid på viktige strategiske områder.
- Består av et politisk styrt regionråd med ansvar for å utrede og fremme forslag til nye samarbeidsordninger overfor kommunestyrene.
- Regionrådet er kun et støtteorgan for kommunene og har ikke egen beslutningsmyndighet.
- Regionrådet kan bestå av politikere og rådmenn og kan ha en egen administrasjon.
- Hver enkelt samarbeidsordning organiseres og finansieres for seg.
- Kommunene har felles IKT-system som grunnlag for felles samarbeidsløsninger.
- Etablering av styrer etter kommunelovens § 28, vertskommuner vil som regel være de viktigste tilknytningsformene.
- Vanlig å forsøke å fordele ansvar for de interkommunale oppavene etter en arbeidsdelingsmodell.
- Løsningen kan etableres innenfor dagens kommunelovgivning og krever ingen nasjonal godkjenning

En samkommune skiller seg fra § 28-samarbeid på følgende områder:

- Den har et fastere og mer regulert politisk styringsorgan som er indirekte valgt fra kommunestyrene.
- Den har ansvar for å løse flere oppgaver og er tillagt beslutningsmyndighet over egne oppgaver
- Selvstendige interkommunale enheter samles i samkommunen
- Den har selvstendig økonomi og er indirekte finansiert fra medlemskommunene
- Den er en egen juridisk enhet med ubegrenset deltakeransvar
- Den har en egen administrasjon som er tilpasset de oppgavene den er tillagt gjennom lov, forskrifter og samarbeidsavtale mellom kommunene (grunnnavtale)
- Myndighetsoverføringen fra kommunestyrene til samkommunen er foreløpig ikke hjemlet i dagens kommunelovgivning og modellen krever derfor forsøksstatus.
Det er satt i gang arbeid med en egen lovhjemmel, som nå er ute på høring.

Samkommunemodellen har i Norge bare vært utprøvd i Innherred-samarbeidet (Levanger-Verdal-Frosta), der Frosta senere har trukket seg ut. I tillegg er det under etablering et samkommuneforsøk i Midtre Namdal og en utprøving av helsekommune i samband med samhandlingsreformen i tre kommuner i Telemark. Regjeringen har åpnet for en vurdering av samkommunemodellen i samband med lokalmedisinske sentra. Dette vil, om det er politisk ønske og vilje til å gå videre med alternativet, kreve lovendringer. En slik prosess vil trolig ikke være slutført når forprosjektrapporten blir behandlet. Om denne modellen synes aktuell kan et evt. vedtak om organisasjonsform utsettes til oppstarten av hovedprosjektet i 2011.

Vertskommunemodellen, der Ål gis i oppdrag å drifte det lokalmedisinske senteret på vegne av de seks kommunene og helseforetaket kan på nåværende tidspunkt synes mest aktuelt. Denne modellen har Hallingdal allerede erfaring fra på andre tjenesteområder.

Det bør i så fall vurderes om samarbeidet skal skje etter § 28 b Administrativt vertskommunesamarbeid, eller etter § 28 c Vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd der deltakerkommunene kan delegere til nemnda myndighet til å treffe vedtak også i saker av prinsipiell betydning og nemnda kan delegere til vertskommunens administrasjon myndighet til å treffe vedtak i enkeltsaker eller typer av saker som ikke er av prinsipiell betydning. Hver av deltakerne skal være representert med to eller flere representanter i nemnda.

Fellestiltak som eierne finner aktuelt å legge ut til andre kommuner, bør likevel vurderes organisert og koordinert under det lokalmedisinske senter.

9. Framdriftsplan

Forprosjektet:

Hovud-aktivitetar	Tidsplan										Ress. bruk
	Nov	Des	Jan	Feb	Mars	Apr	Mai	Juni	Juli		
1- Samhandling											40
2- Samarb. interkom											44
3- Økonomi											32
4- Organisering											32
5- Framdriftsplan											32
Sum dagsverk:											180
Arbeidsmøter	x		x		x		x		x		
Styringsgr.møter	x				x					x	
Milepælar	x										x
Beslutningspunkt	x										x

Mellomprosjekt:

Hovud-aktivitetar	Tidsplan Mellomprosjekt										Ress. bruk
	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mars					
1- Prosjektplan											40
2- Samarb. interkom											8
3- Organisering											8
4- Økonomi											8
5- Framdriftsplan											6
6- Oppstart h-prosj.											
Sum dagsverk:											70
Arbeidsmøter	x		x		x		x				
Styringsgr.møter	x					x					
Milepælar	x					x					
Beslutningspunkt	x						x				

Hovedprosjekt:

Hovud-aktivitetar	Tidsplan Hovedprosjekt										Ress. bruk
	1.kv	2.kv	3.kv	4.kv	2012	2.kv	3.kv	4.kv	2013		
Delprosjekt 1 (100%)										-	18
Delprosjekt 2 (20%)											2,5
Delprosjekt 3 (40%)											5
Delprosjekt 4 (40%)											5
Delprosjekt 5 (20%)											2,5
Delprosjekt 6 (40%)											5
Delprosjekt 7 (40%)											5
Sum månadsverk:											43
Prosj.-møter	x		x		x		x		x		
Styringsgr.møter	x		x			x			x		
Milepælar	x			x				x			
Beslutningspunkt	x			x					x		

Leder av delprosjekt 1 skal også ha det overordnede ansvar for et samlet hovedprosjekt herunder igangsetting og oppfølging av alle øvrige delprosjekt. Det bør vurderes om denne

stillingen skal være en prosjektstilling i 3 år og følge prosjektet fra utredningsfase over i gjennomføringsfase. Dette er vist ved fortsettelsesstreker etter at delprosjekt 1 går over i driftsfase. Lederen kan da overta ansvaret for hvert delprosjekt etter hvert som prosjektfasen avsluttes.

Sammenlignbare prosjekt

Regjeringen etablerte i år en tilskuddsordning der kommuner kunne søke støtte til etablering av lokalmedisinske sentre og samarbeid om helse- og omsorgstjenester. 111 prosjekter får støtte til oppstart eller videreføring av samhandlingsprosjekter. Over 300 kommuner er involvert – også på tvers av fylkesgrenser. Kommunene i Hallingdal var en av 7 prosjekter som fikk økonomisk støtte i Buskerud.

Tjenestetilbudet i lokalsykehusene er i endring som en følge av funksjonsdelinger i helseforetakene. Det forventes at regjeringen vil klargjøre disse forhold som en følge av de føringer som Stortinget har lagt ved behandlingen av st. melding nr. 47.

Prosjektet i Hallingdal har forankring i både kommunene og helseforetaket. En har av den grunn valgt å knytte kontakt mot prosjekter som kan ha relasjoner med henblikk på distriktsmodeller med etablerte kommunesamarbeid og der det over tid har vært eller forventes nyetablering av samarbeide med lokalsykehus og helseforetak samt prosjekter der sykehusene i Vestre Viken HF har vært delaktige.

Røros:

Helse Midt-Norge har gjennomført en mulighetsstudie for sykehuset på Røros, der sykehusets planlagte kirurgiske aktivitet med tilhørende døgntilleggsbehandling tas ned og der sykehusets aktivitet legges om til dagbehandling og poliklinikk i tråd med intensjonene i Stortingsmelding nr. 47. Planen er vedtatt i Helse Midt- Norge sitt foretaksstyre 02.10.

Helseforetaket forplikter seg til å videreutvikle poliklinikk med ny aktivitet. Kommunen(e) overtar ansvar for døgntilleggsbehandling i intermediær avdeling. Helseforetaket forplikter seg på delfinansiering av intermediæravdelingen med 30 % fram til implementering av samhandlingsreformen. Denne modell brukes også i DMS Stjørdal og DMS Fosen, der Helse-Midt-Norge er ansvarlig for desentralisert spesialisthelsetjeneste.

Prosjektet videreføres og er finansiert av prosjektmidler fra HOD.

Egersund – Dalane DMS

Stavanger Universitetssykehus Helse Stavanger HF har sammen med kommunene i Sør-Rogaland (Bjerkerheim, Sokndal, Egersund og deler av Lund) etablert et 2 års prosjekt (2008 – 2010) Dalane DMS lokalisert til bygningsmasse gamle Egersund sykehus og Egersund kommune.

Sykehuset drifter somatiske poliklinikker og en 16 sengers rehabiliteringsavdeling med mulighet for direkteinnleggelser på dagtid. DMS'et har et delprosjekt der hjemmeboende KOLS-pasienter konsulteres telemedisinsk fra spesialisthelsetjenesten for å understøtte den behandling pasientene får i kommunene og redusere behovet for sykehusinnleggelser.

Kommunene drifter samlokalisert med DMS sykehjemsposter med korttidsplasser, legevakt og legesenter med fasthjemler. DMS'et har to ledere – en for sykehusets drift og et for kommunal drift. Det er pålagt de to ledere å ivareta de samhandlingstiltak som eierne har pålagt felles DMS-ledelse.

Prosjektet er finansiert av prosjektmidler fra HOD.

Ringerike Sykehus / Ringerike Kommune.

Som en følge av redusert sengedrift på Ringerike sykehus har Ringerike kommune og Ringerike sykehus gjennomført et forprosjekt (2009), der det er utredet mulighet for drift av ledig sengekapasitet som intermedier avdeling. Omkringliggende kommuner til Ringerike Sykehus (Ringerike, Modum, Krødsherad, Sigdal, Hole, Jevnaker og Sør-Aurdal) utgjør 60. 000 innbyggere. I forprosjektet er pasientdata fra somatisk sengeavdeling på HSS brukt som grunnlagsdokumentasjoner for estimering av behov for sengekapasitet.

Det er ikke konkludert med hvordan eier- og driftsstruktur skal være.

Kommunene har ikke hatt finansiell mulighet for å gå inn i et hovedprosjekt på nåværende tidspunkt.

Fosen - DMS

Fosen DMS er et samarbeid mellom Helse Midt-Norge, St. Olavs Hospital og Fosen Regionråd. Pilotprosjekt med målsetting å bedre og samordne helsetjenestene i Fosenregionen ved at det etableres en enhetlig tjeneste i regionen og et bedre samarbeid mellom regionen og spesialisthelsetjenesten.

- *Læringsnettverk psykisk helse, rus og samarbeid* er tverrfaglig sammensatte grupper fra kommunene Bjugn, Leksvik/Mosvik, Rissa, Roan, Ørland og Åfjord. Deltakerne er valgt av kommuneledelsen i hver kommune og nedsatt av Fosen Regionråd.

- Målet med delprosjekt Kreftomsorg Fosen er å få så god egenkompetanse og samhandling med spesialisthelsetjenesten, at en kan gi befolkningen en kvalitativ god behandling, oppfølging og omsorg utenfor sykehus.

- Avdeling for etterbehandling og observasjon er igangsett med i alt 8 senger. Felles legevakt for kommunene Bjugn, Ørland og Åfjord startet i 2006.

Prosjektet tar i bruk telemedisinske tjenester som vil effektivisere og forbedre samhandlingen både mellom Fosenkommunene og Fosen DMS, og mellom disse og sykehusene i regionen.

Prosjektet er finansiert med prosjektmidler fra HOD

Drammen Geriatrike

Drammen geriatrike kompetansesenter er en hjørnestein i samarbeidsprosjektet mellom Drammen kommune, Sykehuset Buskerud og Høgskolen i Drammen. Senteret ligger på Landfalløya og er under utvikling. I tillegg til å være en ordinær korttids- og rehabiliteringsinstitusjon for Drammen kommune, skal senteret ha en forsterka korttidsavdeling med 23 plasser, et tverrfaglig poliklinisk tilbud, et ambulant tverrfaglig team og et ambulant sjukepleierteam - samt en egen enhet for fag- forskning og kompetanseutvikling. Det betyr at Drammen geriatrike kompetansesenter vil være sentralt for det samarbeid som er etablert mellom Drammen kommune, Sykehuset Buskerud og Høgskolen i Buskerud.

Formålet med Drammen geriatrike senter:

- auke kvaliteten på behandlings- og pleietilbudet retta mot sjuke eldre
- større grad av helhetlig tilbud, behandling og oppfølging til denne gruppa i gråsona mellom spesialist- og primær helsetjenesten.
- oppnå samfunnsøkonomiske gevinster ved å redusere behovet for unødige sjukehusinnlegging og langtidsplasser i sjukehjem
- auke fokus på fag-, kompetanse- og kvalitetsutvikling i den samla omsorgstjenesten i kommunen
- auka samforståelse på tvers av forvaltningsnivåene i helsetjenesten

Nord-Gubrandsdal - DMS

Kommunene i Nord-Gubrandsdal har gjennomført et forprosjekt for å etablere et DMS lokalisert ved nybygde lokaler på Otta. Deltakende kommuner i forprosjektet er kommunene Skjåk, Lom, Vågå, Sel, Lesja, Dovre. Prosjektledelsen er organisert under regionrådets ledelse.

Innbyggertall ca 20.000 innbyggere.

Prosjektet er organisert i to deler:

Del 1:

- Organisering, system og avtaler
- 5 intermediære senger
- Samfunnsmedisin og forebyggende helsearbeid
- Kompetanseutvikling, følgeevaluering og forskning

Del 2:

- Ambulerende spesialisthelsetjenester
- Felles legevaktvarsling og felles legevakt
- Interkommunalt samarbeid og samarbeid med prosjektet "Undervisningshjemmetjenester" i Vågå, Skjåk og Lom.
- Nybygg DMS, utstyr/teknisk utstyr, telemedisin, dataverktøy, journalsystem og samarbeid lokalt, regionalt og nasjonalt innen data og telemedisin.

Prosjektet er finansiert med prosjektmidler fra HOD

Valdres – DMS

Kommunene i Valdres har (2010) gjennomført et forprosjekt for å utrede etablering av felles tjenester innen helse, pleie og omsorg. Innbyggertall ca 20 000.

Prosjektgruppen foreslår at det i et hovedprosjekt skal arbeides videre med:

- Utredning og etablering av forsterket korttidsavdeling med observasjon senger
- Utredning og etablering av felles tjenester innen psykisk helsearbeid
- Utredning og etablering av fellestjenester innen rehabilitering
- Utredning av felles ressurskrevende tjenester overfor enkelte pasienter / brukergrupper, eksempelvis innefor psykisk helsearbeid, miljøarbeide og personer med personer med demenssykdom og atferdsavvik.

Det tilrådes videre at det sammen med Sykehuset Innlandet HF etableres et felles prosjekt med hensikt å finne fram til felles tjenester innen psykisk helsearbeid (sammenhengende behandlingsforløp).

Forprosjektet er finansiert med prosjektmidler fra HOD.

Sykestueprosjektet i Finnmark

Helse Nord RHF gjorde i 2005 en utredning om "Desentralisering av Spesialisthelsetjenester i Helse Nord". Formålet med utredningen var å få flere av spesialisthelsetjenestene utført nærmere der folk bor.

Dette arbeidet ble fulgt opp med en utredning om "Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord" i 2006. Helse Finnmark HF og flere sykestuekommuner var også sentrale i dette arbeidet. I rapporten fremkommer: "Sykestuene er en viktig og vesentlig del av den desentrale spesialist- helsetjenesten i Helse Nord generelt og Helse Finnmark spesielt". I rapporten skisseres behov for et styrket faglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og sykestuekommunene, samt en bedre finansieringsløsning.

I Helsedirektoratets rapport om ISF-ordningen (juli 2007) foreslås det som et av flere tiltak et prosjekt med sikte på å etablere en forsøksordning med aktivitetsbasert finansiering av sykestuene i Finnmark. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) fulgte opp i budsjettproposisjonen for 2008.

Helsedirektoratet fikk oppdraget fra HOD med å ta ansvar for prosjektet i samarbeid med de berørte partene. Gjennom 2008 har en prosjektgruppe ledet av direktoratet jobbet med å legge til rette for en forsøksordning med sikte på implementering fra 1.1.2009.

I statsbudsjettet for 2009 (St.prp.nr.1 (2008-2009)) fremkommer: *"Det legges i 2008 til rette for å etablere en forsøksordning med aktivitetsbasert finansiering av sykestuene i Finnmark fra 1. januar 2009. Helse Finnmark HF har spesielle utfordringer med lange reiseavstander til sykehus fra mange kommuner. Hensikten med forsøksordningen er å prøve ut en modell der kommuner som ivaretar en funksjon for spesialisthelsetjeneste får deler av sin finansiering som et aktivitetsavhengig tilskudd. DRG-systemet er for omfattende å implementere på kort sikt i sykestuene. I forsøksperioden legges det derfor opp til en enklere modell tilpasset den virksomheten som utføres ved sykestuene. Aktuelle pasientgrupper som får et tilbud ved sykestuene er geriatriske pasienter, pasienter med kreftsykdom, pasienter med annen kronisk sykdom og pasienter med enklere akutttilstander. Dette er pasienter som ellers ville bli lagt inn på sykehus. Forsøksordningen vil bygge på forpliktende samarbeidsavtaler mellom Helse Finnmark HF og kommunene der krav til faglighet, kompetanseutveksling, ansvarslinjer, aktivitetsnivå og finansielle forutsetninger er definert. Det legges opp til at forsøksordningen kan pågå i inntil to år, med mulighet for evalueringer og justeringer i løpet av forsøksperioden."*

Prosjektet er videreført i 2010 med finansiering fra Helse Nord RHF og HOD.

Helseparken i Mo i Rana

Helseparken i Mo i Rana er et samarbeidsprosjekt mellom Rana Kommune og Helgelandssykehuset. Eier av Helseparken er Rana Kommune.

Agenda Kaupang har gjort en evaluering (2010) av prosjektet på vegne av kommunen etter vel et års drift.

Noen erfaringer følger:

Prosjektet har lagt til grunn de begrensninger som ligger i helseforetaksloven med hensyn til helseforetakenes mulighet til å eie virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste sammen med andre enn helseforetak. Imidlertid, dersom et helseforetak og en kommune går sammen om å yte kommunehelsetjeneste, så stilles det bare krav til organisering av begrenset ansvar. Dette ligger til grunn for valg av organisering m.h.t Helseparken

Helgelandssykehuset med sin avdeling i Rana er av HOD valgt ut som en av 7 nasjonale pilotsykehus, på lik linje som Ringerike Sykehus.

Helseparken driftes i ledige lokaler i Sykehuset. Et viktig inklusjonskriterium for pasienter ved Helseparken er at pasientene skal kunne utskrives til eget hjem etter avsluttet opphold.

Helseparken beskrives som en forsterket korttidsenhet / intermediært tilbud for utskrivningsklare pasienter og pasienter med behov for rehabilitering. Helseparkens sengeavdeling med 17 sengeplasser etableres samtidig som sykehuset legger ned et tilsvarende antall senger i dagavdeling. Det legges stor vekt på å dimensjonere bemanning i Helseparken med helsefagkompetanse på høyskolenivå (sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter) på nivå godt over ordinære sykehjem.

Av evalueringen går det fram at sykehuset har hatt betydelige effekt av å redusere dagsenger , samtidig som dagkirurgisk aktivitet er opprettholdt og med overføring av pasienter til bl.a. Helseparken . Etablering av Helseparken har vært nettobesparende for sykehuset.

Samtidig konkluderer foreløpig kommunen med redusert relativt kostnadsnivå sammenlignet med gjennomsnittskommuner. Sammenligningen innefor flere områder tyder foreløpig på at etablering av Helseparken også er økonomisk gunstig for kommunen.

Det er gjort spørreundersøkelser blant pasienter og ansatte. Disse konkluderer foreløpig med tilbakemeldinger som støtter opp om at Helseparken har sin berettigelse i tiltakskjeden eller pasientforløpet mellom spesialisthelsetjenesten og pasientenes hjem med bistand fra kommunalt støtteapparat.

10.1 Erfaringer:

Erfaringer viser at resultater fra beskrevne prosjekter er svært ulike. Forutsetningene har vært ulike, prosjektplaner har vært ulike, og delaktighet og engasjement er ulikt.

Et fellestrekk er at prosjektene har som mål å finne felles løsninger kommunene imellom og med helseforetaket for å sikre befolkningen i lokalsykehusområdet bedre helsetjenester og større nærhet til tjenester.

Det retter seg særlig interesse til sykestueprosjektet i Finnmark og hvordan aktivitetsbasert finansiering av døgn- og dagbaserte tjenester i sykestuer vil bli finansiert i fremtiden - enten disse skal driftes av kommunene eller sykehusene.

Et spesielt ”trekantsamarbeid” mellom Hallingdal – Valdres – NordGudbrandsdal bør vurderes videreført med grunnlag i at disse tre regionene har svært mange likhetstrekk i geografi, befolkningsgrunnlag og prosjektplaner. Dette kan også være aktuelt som et spesialprosjekt i samarbeid med statlige myndigheter.

I Hallingdal har en lang erfaring med regionalt samarbeid i kommunene på mange områder. Spesialisthelsetjenesten er godt etablert med sin virksomhet lokalisert på Ål. Det ligger vel til rette for å videreutvikle arbeidet med å sikre befolkningen en god kvalitativ helsetjeneste i Hallingdal.

11. Konklusjoner

1. Forprosjektet har vært gjennomført etter den framdriftsplan og med de ressursene som ble tildelt prosjektet, der sluttrapporten blir behandlet i august-september 2010.
2. Det etableres et mellomprosjekt i 4 mndr for utarbeidelse av:
 - a. en fullstendig prosjektplan for et hovedprosjekt.
 - b. en finansieringsplan for hovedprosjektet når statens finansieringsordning er fastlagt.
 - c. framdriftsplan for et hovedprosjekt over 3 år, der første halvdel av prosjektperioden skal gjennomføres som en utredningsfase med rapportering og godkjenning før gjennomføringsfasen (siste halvdel av prosjektet) blir iverksatt.
3. Mellomprosjektet gis en ressursramme på 300 000 kr og tidsressurs på 4 mndr med inntil 80 % stilling prosjektledelse. Kostnaden blir dekt av eksterne tilskuddsmidler til forprosjekt og mellomprosjekt.
4. Det opprettes et hovedprosjekt fra februar 2011 inndelt i 7 delprosjekt.
Prosjekteiere for hovedprosjektet blir som i forprosjektet Regionrådet for Hallingdal og Vestre Viken HF, med ansvar for 50 % av finansieringen på hver av eierne.
5. Prosjektledelse for hovedprosjektet tildeles en tidsressurs på 100 % stilling i 2 år, med mulighet for utvidelse.
 - a. Hovedprosjektleder skal også dekke prosjektledelse for delprosjekt 1.
 - b. For de øvrige delprosjekt skal det vurderes å nytte deltidsstillinger på 20 – 40 % i tråd med ressurstildelingsplanen under kap 9 i rapporten, ved frikjøp fra eksisterende fagstillinger i kommunene og ved sjukestugu.
 - c. Det opprettes en felles styringsgruppe for hele hovedprosjektet, og med prosjektgrupper/referansegrupper etter behov for det enkelte delprosjekt.
6. Kostnaden med hovedprosjektets første år dekkes gjennom overføring av resterende tildelte midler til forprosjekt / mellomprosjekt samt eksterne tilskuddsmidler.
Kostnadene med hovedprosjektet i 2012 og 2013 blir vurdert og godkjent i samband med mellomprosjektet og når statens finansieringsordninger er kjent.
7. Eierne skal etablere beslutningspunkt som følger:
 - a. etter slutføring av mellomprosjekt, for endelig vedtak om oppstart av hovedprosjekt.
 - b. etter utredningsfasen i hovedprosjektet / før overgang til gjennomføringsfasen.
8. Ved overgang fra prosjekt til driftsfase synes det mest formålstjenlig at Hallingdal Lokalmedisinske Senter organiseres etter § 28 i kommuneloven vertskommunesamarbeid.
Som et alternativ kan det være aktuelt å søke HLS som et nasjonalt pilotprosjekt som omhandler alle element i stortingsmelding nr 47. Beslutning om dette tas etter mellomprosjektet.

12. Vedlegg

- 1) Deltagere i prosjektgruppe og styringsgruppe
- 2) Referansegruppeoversikt
- 3) Forslag til samhandlingstiltak fra kommunene
- 4) Samleskjema for svar frå referansegruppene
- 5) Behovs- og mulighetsanalyse
- 6) Tilskuddsoversikt

Vedlegg nr. 1

Forprosjekt - Lokalmedisinsk senter i Hallingdal

Prosjektgruppe

Oddvar Grøthe	ordfører	Hemsedal kommune / leder regionrådet
Øystein Lappegard	kommuneoverlege	Ål kommune
Odd Egil Stavn	rådmann	Flå kommune
Aud Toril Sæbø	avdelingsleder	Gol kommune
Kent Håpnes	avd.sjef	Ringerike Sykehus / Hallingdal Sjukestugu
Ingeborg H Rinnaas	avd. sykepleier	Ringerike Sykehus / Hallingdal Sjukestugu
Sverre Sataøen	LIS- lege	Ringerike Sykehus / Hallingdal Sjukestugu
Helge Brenno	brukerrepresentant	Eldrerådet
Siv Klefstad	ansatterrepresentant	Norsk Sykepleierforbund, Ringerike Sykehus

Styringsgruppa

Oddvar Grøthe,	ordfører	Hemsedal kommune / leder regionrådet
Torleif Dalseide	ordfører	Ål kommune
Erik Kaupang	ordfører	Hol Kommune
Olaug Grønseth Granli	ordfører	Gol kommune
Gerd Eli Berge	ordfører	Nes kommune
Tor Egil Buøen	ordfører	Flå kommune
Odd Egil Stavn	rådmann	Flå kommune
Jan Olav Helling	helse og sosialsjef	Hol kommune
Øystein Lappegard,	kommuneoverlege	Ål kommune
Herbjørg Dalene Bjerke	avd. leder	Gol kommune
Eli Røed	pleie og omsorgsled.	Nes kommune
Borghild Moen	pleie og omsorgsled.	Hemsedal kommune
Geir Strømmen	Kommuneoverlege	Hol kommune
Nils Høva,	kommuneoverlege	Nes kommune
Unn Teslo	direktør samhandling	Vestre Viken HF / Ringerike Sykehus
Kent Håpnes	avd. sjef	Ringerike Sykehus /Hallingdal Sjukestugu
Pål Steiran,	praksiskoordinator	Ringerike Sykehus /Hallingdal Sjukestugu
Ingeborg H Rinnaas	avd. sykepleier	Ringerike Sykehus /Hallingdal Sjukestugu
Magne Fluto,	ansatterrepresentant	TV-FF, Ål kommune
Tove Berit	ansatterrepresentant	TV-FF, Ringerike Sykehus
Helge Brenno	brukerrepresentant	Eldrerådet
Kjell Torgersen	brukerrepresentant	FFO
Trond Kleppen	prosjektleder	Regionrådet
Reidar Aasheim	prosjektleder	Vestre Viken HF.

12 07 10/raa

Vedlegg 2 Oversikt Referansegrupper

Gruppe 1 (Psykiatri - BUP)

Elinor Grøthe (leiar)
Jørund Brekke
Marianne J Fauske
Geir o Garthus
Roger Hyldmo
Sverre Sataøen
Kent Håpnes
Bodil Rødland

Gruppe 3 (Rehabilitering)

Arnhild Ødegård (leiar)
Turid Svenkerud
Sissel Hovland
Marit Ø. Lie
Kristin Gullingsrud
Harald Lystad
Herbjørg Dalane
Kari R. Fossli

Gruppe 5 (Pleie/Omsorg)

Marit Mikkelsplass (leiar)
Hege Frøynum
Eva Tvedt
Tone F. Berg
Eva Stavn
Odd Øverli
Anne Tunestveit

Gruppe 7 (Ressurskrevjande brukarar)

Randi Keil Mickelsen (leiar)
Borghild Moen
Anita Etterlid
Grethe Bakken
Torill P Aas
Jan Olav Helling

Gruppe 9 (Lærings og mestringsenter)

Borghild Ulshagen (leiar)
Britt I Liahagen
Steinar Aa
Aud T. Sæbø
Natalia Halle / Eli Røed
Sigrid A Iversen
Kjell Torgersen
Kari R. Fossli

Gruppe 2 (Psykiatri - VOKS)

May-Britt Svartveit (leiar)
Heidi Grøthe
Inger Aasheim
Geir Strømmen
Siv Merethe Glesne
Marianne Ø Muller
Thorbjørn Sund
Kitty Line Scheen
Kari Ribberud

Gruppe 4 (Førebyggjande helsearbeid)

Tove Karlsen (leiar)
Hege Isungseth
Øystein Lappegard
Tove Moen
Astri B Garthus
Randi L B Larsen
Marry Viljugrein
Odd Egil Stavn

Gruppe 6 (Pleie / Omsorg)

Henrik Thorseth (leiar)
Ola Petter Espe
Siv Klefstad
Randi L'Orsa
Vlasta Sundmoen
Solveig Nørstebø
Mildrid Hagenlund
Birgit Ulshagen

Gruppe 8 (Intermediære avdelingar)

Ingeborg H Rinnaas (leiar)
Magnhild Hustad
Toril Sønsteby
Jens Simonsen
Rune Nilsen
Unn Kari Ø Strand
Karsten Dideriksen
Sølvi Lappegard
Helge Brenno

Gruppe 10 Kommunelegane

Gruppe 11 Kommunejordmødre

Vedlegg 6

STATUS TILSKOTSMOGLEGHEITER

SØKNAD TIL	SØKNADSBELØP	UTFØRD	RESULTAT
Helsedirektoratet	380 000	😊	400 000
KS	190 000	😊	0
Helsedialog	650 000	😊	0
Helse Sørøst	380.000	😊	380 000
		Sum	780 000

Vedlegg 3 SAMLEOVERSIKT KOMMUNESVAR

	Lærings- /mestringssenter	Pasientgrupper i mellomnivå	Ambulante team	Døgn - og dagbehandling	Interkommunale løsninger
Hol Felles skjema	Koordinert frå ein stad, men med aktivitet ute i kommunane. Intensiv behandling, dei som er der er på "kurs" ikkje på dagsenter... Vektlegge meistring meir enn læring. Behov for samarbeid på opplæring, kursing, rettleiing mellom kommunane. Vurdere fokus på både brukarar og tilsette	- De som er i mellomfase i dag, enten på sjukestugu, eller på vei til eller fra. - De som har behov for spesialiserte te, ressurskrevende tjenester og der pasientomfanget er for lite til å skape gode fagmiljø i kommunene. - Pasienter med behov for lindrende behandling - Demens? - Slag - KOLS - Psykiatriske diagnoser – lavterskel. - Spiseforstyrrelser	- Innenfor psykisk helse - BUP - Diabetes - Geriatrici Kan også vurdere å bruke videokonferanseutstyr i samarbeid med 3.linjetjenesten når vi har store utfordringer med brukere og vi trenger mer veiledning og oppfølging som for eksempel fra Sunnås.	Kommunane: - De som har behov for omsorg og for å ivareta egenomsorg - Basal kommunehelseteneste Kommunesamarbeid: Sjå pkt 2 Spesialisthelsetenesta: - Midlertidig behov - Akutt fase	- Krise - Botilbud - Svangerskapsomsorg/følgetjeneste - Kursing på alle områder Gode på: - Koordinerende team - Folkehelse/friskliv - Demens - Bruddbehandling - Palliasjon - Opptrening - Samtaleterapi
Ål					
Felles skjema	Kommunane kan koordinere og drifte eit lærings- og meistringssenter interkommunalt frå eit lokalmedisinsk senter. Ansvar for kursa kan leggst til dei ulike kommunar, gjerne ut frå ei vurdering av kva kompetanseområde kommunane er sterke på. Viktige punkt: o Det er ein føresetnad at	A. <u>Psykisk helse:</u> ➤ Pasientar som treng eit heildøgnsstilbod og som ikkje må innleggast på paragraf. Ein ser at dette særleg er aktuelt som eit lågterskel krisetilbod for akutte behov og i ein overgang ved utskriving frå spesialisthelseteneste til kommunane. Ungdom og dysfunksjon (	Ein tilrår at ambulante team skal vera samansett både frå spesialisthelsetenesta og kommunal helse- og omsorgsteneste. Ambulante team kan koordinerast og ha sin base ved det lokalmedisinsk senteret, men kommunalt personell kan vera tilsett i dei enkelte kommunane med arbeidsavtale om deltid	Ad a) Kommunane skal ta seg av: - Helsefremmande og førebyggjande arbeid - Diagnostisering og behandling som kan gjennomførast utan spesialisthelsetenesta. - Habilitering og rehabilitering som kan gjennomførast utan spesialisthelsetenesta.	Ad a) <u>Oppgaver som det er naturleg at kommunane på ulike måtar samarbeidar om:</u> ➤ <i>Plassert innanfor eit lokalmedisinsk senter:</i> "Bufferplasser" (for å dempe naturlege, lokale variasjonar i omsorgsbehov) - Særlege oppgåver innan medisinsk behandling og

Vedlegg 3 SAMLEOVERSIKT KOMMUNESVAR

	ein får forplikande avtale om tilgang til kompetansetilflyt frå spesialisthelsetenesta. O Aktuelle område er dei store kronikergrupper: Kols, diabetes, slag, hjartesykje, psykiatri (angst, depresjon), muskel- og skjelettplager, kreft. O Arbeidet bør leggjast opp i eit nært samarbeid med organisasjonar og frivillige aktørar, desse er også viktige for å få pasienttilgang. Det er også kome innspel på kor viktig det er å samordne arbeidet med kompetansestyrking, opplæring, rettleiing, kursing, etter- og vidareutdanning i Hallingdal. Det har kome forslag om å samordne dette i eit felles Kompetansesenter der ein både har brukarretta fokus med vekt på meistring og opplæring og personellretta fokus med vekt på kompetansebygging og rettleiing.	kven hjelper skulen til å ta dei vanskelege utfordringane) B. Somatikk: • Medisinsk behandling og rehabilitering på veg mellom 1. og 2. linje teneste (begge vegar) (før, i staden for og etter sjukehus). • Avklaring av rett tenestenivå der ein er ueinige om pasienten er utskravingsklar. • Geriatrikisk observasjonspost. • Utredning av særleg utfordrande demensproblematikk/gerontopsykiatri • Terminalpleie, spesielt yngre menneske og der det er særleg kompliserte forhold. • Kreftpasientar og andre pasientar med behov for lindrande behandling • Utredning som krev tid og oppfølging av menneske med spesielle lidingar (td nevrologiske og muskulære) • Observasjonspost for legevakt • Kolspasientar	arbeid i ambulante team. Aktuelle fagfelt der ambulante team vil vera nyttig: • Psykiatri • Rus • Diabetes • Kols • Alderspsyk. / demens • Rehabiliter./habilitering • Lindrande omsorg	• Pleie og omsorg. ➤ Kommunal døgningstasjon bør ha: • Sjukepl. 24 timar i døgnet, • tilgang til lege kvar dag Ad b) Ein skal samarbeide med spesialisthelsetenesta om: • Pasientar som i hovudsak har behov for kommunale tenester, men som i tillegg treng kompetanse eller utstyr som ein berre finn i spesialisthelsetenesta. • Pasientar som er i ein overgangsfase mellom dei to nivåa på veg til eller frå spesialisthelsetenesta. • Pasientar der tilstanden må avklarast for å bestemme tenestenivået. • Pasientar som har behov for spesialisthelsetenester, men som i tillegg treng kompetanse frå kommunal helse- og omsorgsteneste. • Pasientar der heilheit, nærheit og tverrfagleg tilnærming er viktigare enn organspesifikk diagnostisering og behandling. ➤ Samarbeid i eit lokalmedisinsk senter:	rehabilitering • Utredning som krev tid og oppfølging av menneske med spesielle lidingar (td nevrologiske og muskulære) • Observasjonspasientar frå fastlege/legevakt som ikkje skal på sjukehus • Kommunepsykolog • Samfunnsmedisin og helsefagleg profesjonell leiing • Kompetansebygging og rettleiing (base, men med utadretta aktivitet) 2. Koordinert frå eit lokalmedisinsk senter, men gjerne plassert utanfor: • Utredning av særleg utfordrande pasientar innan demens/gerontopsykiatri • Dag-/ døgntilbod til yngre demente • Felles tilbod til spes. brukargrupper, td Asberger. • Tverrfagleg utredning, f.eks dei som fell utanfor ordinært skole/arbeidsliv.
--	--	--	---	--	--

Vedlegg 3 SAMLEOVERSIKT KOMMUNESVAR

		• Oppfølging av nyopererte • Kartlegging og vurdering av funksjonsnivå, tilby andre tenester enn dei vanlege.		○ krev sjukepleiar 24 timar i døgnet, ○ tilgang til sjukepleiar med spes.kompetanse av ulike slag ○ tilgang til kompetanse på rehabilitering og andre særlege fagfelt ○ lege kvar dag i veka og tilgang til lege på kveld, helg og natt ○ tilgang på veiledning frå legespesialist ○ tilgang til utstyr som røntgen, laboratorium Ad c) Spesialisthelsetenesta skal ta seg av: • Diagnostisering og behandling som krev spesialistkompetanse eller sjukehusutstyr. • Habilitering og rehabilitering som krev spesialistkompetanse eller sjukehusutstyr. • Pleie- og omsorg der dette er underordna / ein del av den medisinske behandlinga. • Tvangsinnleggingar innan psykiatrien ➤ Spesialisthelseteneste • krev sjukepleiar 24 timar i døgnet, • tilgang til sjukepleiar med	• Sikre spes-kompetanse på tvers av kommunar (td manuellterapeut, logoped etc) • Avlastningstilbod for barn og unge • Helsetenester til asylsøkarar • Avlastningstilbod for eldre etter LOST. • Bufellesskap til spes grupper evt med trening/førebygging/aktivitetstilbod • Felles utanlandsvaksinering • Felles folkehelsekoordinatørar • Felles drift av støttefunksjonar • Felles jordmorteneste • Miljøretta helsevern • Folkehelse Ad b) Kva Ål kommune er særleg gode på. • Psykisk helsearbeid • Demensarbeid • Dagsentertilbod til ulike grupper – lang erfaring med dette arbeidet • Observasjonsplassar, - med. behandling og rehabilitering • Tiltak rundt
--	--	--	--	--	---

Vedlegg 3 SAMLEOVERSIKT KOMMUNESVAR

				spesialkompetanse av ulike slag • tilgang på legespesialist gjennom heile døgnet (evt gjennom telefon) • Tilgang til særleg og komplisert/kostnadskrevjande utstyr	multifunksjonshemma barn • Bygge tiltak rundt ressurskrevjande brukarar • Utagerande åtferd • Samfunnsmedisin og helsefagleg leiing • Utviklingsarbeid • Samarbeid med spesialisthelsetenesta • Eit samla helsefagleg miljø • Samla bygningsmasse med Hallingdal sjukestugu
Gol					
H-stasjon	- tilbud i form av veiledning, opplæring, informasjon og kunnskap til familier, barn og ungdom som kommer under store diagnosegrupper som f.eks astma, allergi, diabetes, overvekt, adferdsproblem, psykiatri, rus, men også andre ulike funksjonshemninger. - kan koordinere og informere om rettigheter og hjelp. - bidra til at brukerne skal unngå for mye ventetid og kommunikasjonsproblem. - helsesøstre kan innhente kunnskap og faglig bistand.	Brukere som kommer hjem ifra sykehus med en diagnose eller er under utredning. Brukere som venter på å komme til behandling/utredning. Premature barn som trenger ex oppfølging. Friske barn som kommer veldig tidlig hjem etter fødsel.	Et team bestående av ulike ressurspersoner som kan gå inn i familier som sliter av ulike grunner. Et team som både ivaretar barnet, men også foreldrene evt søsken. Et team som jobber forebyggende. Grunnen kan være veldig forskjellig, men feks i hjem hvor det er rus, narkomane barn/søsken, psykiatri, dødsfall, sykdom, skilsmisse, økonomiske problem eller andre situasjoner som vi ser sliter på familien. Ønsket hadde vært et stort team bestående av f.eks en helsesøster, en person utdannet innen psykiatri (voksen og barn), lege, politi, prest, barnevern,	A. Helsestasjonen tar seg av alle de anbefalte konsultasjoner av barn og unge. Anbefalte svangerskapskontroller av gravide All grunnvaksinerings av barn/unge Klasseundervisning/enkeltsamtaler/oppfølging Helsestasjon for ungdom Reisevaksinerings Smittevernarbeid B. Ønske om å samarbeide med andre kommuner om reisevaksiner og tuberkulosekontroll/oppfølging. Samarbeide om utlån av utstyr til barn. Samarbeid om spesiell undervisning/kursing (f.eks røykeavvenningskurs,	Et felles reisevaksinekontor for hele Hallingdal. Gjerne kombinert med en lånemiddelsentral for barn. Utstyr som enuresealarm, brystpumpe, bilstoler, henteseng, sikkerhetsnett, filmer og bøker er noen eksempler som brukere kunne låne. At all kompetansen blir avdekket og samlet. Noen har ansvaret for å holde seg oppdatert på hvilken ekstra utdanning/kurs andre innen samme fagområdet sitter inne med. Ser for meg to helsesøstre i Hallingdal kunne hatt en oppdatert kunnskapsbank for helsesøstre og at det blir gjort lignende i andre avdelinger. Det ville gjort det enklere å

Vedlegg 3 SAMLEOVERSIKT KOMMUNESVAR

			skole, barnehage, NAV. Et team bestående av personer som kan "plukkes" og hentes utifra behovet og kompetansen. Andre områder som ambulante team kan brukes er for familier som har barn med ulike funksjonshemninger. Eks Down syndrom, CP.	parkurs/samlivskurs) C. spesialisthelsetjenesten ta seg av de som trenger ytterligere oppfølging..	samarbeide på kryss og tvers interkommunalt og på kryss og tvers av avdelinger. Eksempler på helsestasjonen kan være, førstehjelp, søvn, amming, ernæring, fysisk aktivitet, premature barn, vaksinasjon, ulykker, tannhelse, grensesetting, rus, par kurs (PREP) , språk, div sykdommer, plager/ utfordringer, allergi, astma....
Jordm r	Trening i akuttberedskap og fødselshjelp, Kurs, veiledning, trening med ambulansepersonell, flyambulansepersonell, lege og fødeavdelingen. I dag har jordmødrene avtale om 2 ukers praksis per år ved fødeavdelingen. Jordmødrene bruker deler av jordmormøtene som er ca 1 gang i måneden til veiledning og trening i fødselshjelp og akuttberedskap. Og formidling av kunnskap innen jordmorfaget. Men de trenger drilling i akuttmedisin tilknyttet fødselsomsorgen til å kunne ha kompetanse på samme nivå som jordmødrene på fødeavdelingen.	Ønske om rutineultral lyd for fødende på HSS som i dag blir foretatt på RS. At det kommer en jordmor med ultralydkompetanse og utfører screeningen.	Tidlig hjemreise fra fødeavdelingen, det øker arbeidspress på helsestasjonen og jordmortjenesten. Jordmorkvanten blir brukt som ammepoliklinikk og jordmødrene må ta føllingprøver og ha tidlig barseltilsyn. Barselkvinnene kan komme tidlig hjem, men det er kostnad for kommunene som ikke er refundert på samme måte som for fødende, Disse tjenesten blir refundert, hvis kvinnene oppsøker foretaka. Innen denne tjenesten burde pengene følge pasienten og gjøre	Beredskapsvakten er interkommunalt samarbeide. Deles i Øvre og Nedre Hallingdal jordmordistrikt og i høst ble inngått avtale om bakvakt mellom vakt-distrikta. Intensjonen var å styrke sikkerheten i tjenesten. I dag er stor usikkerhet i hvem det er som til slutt skal administrere denne delen av jordmortjenesten, foretaket eller kommunene(som i da). Beredskapen er en del av jordmortjenesten som er tilknyttet Helsestasjonen. Jordmødrene er der den fødende bor	

Vedlegg 3 SAMLEOVERSIKT KOMMUNESVAR

			det letter å finansiere tilbudet hos kommunene. I og med at kvinnene oppsøker jordmorvakta så er dette en interkommunalt samarbeide og ofte delegert fra fødeavdelingen		
Omsorg	Vi tenker oss at dette kan ligge til HSS som gir tilbud ut til den enkelte kommune både i form av veiledning og div. kursing av personalet. HSS må også ha tilbud til ulike pasientgrupper om kursopplegg (f.eks noe som Geriatrisk dagtilbud, "slaggrupper og lignende)	Pasienter med nyoppdagete sykdommer som fortsatt er under utredning og oppfølging. Pasienter som er i tidlig rehabilitering etter slag, hofteopr.o.l.	Ambulante team innen demensomsorgen, psykiogeriatriske pas., slagenhet, kreftomsorg,kols.	Generell eldreomsorg (institusjon/heimetenester) korttids/avlastningsopphold. Større fokus på å kunne ta i mot pasienter for rehabilitering etter slag,hofteopr. og lignende. Demensomsorg. samarbeide Rehabilitering etter slag, opr ,ulike ulykker. spesialisthelsetjenesten Nyoppdagete diagnoser, nyopererte,diagnostisering i samarbeid med kommunehelsetjenesten.	Bør ha interkommunale tilbud innen små pasientgrupper med spesielle behov for fagkompetanse, eks. psykiogeriatriske tilbud, barneavlastning, demensomsorg,rusomsorg, brukere innen tenestoområdet mennesker med spesielle bistandsbehov. Vi har godt utviklet organisering av sjukepleiere via sjukepleierpool. Godt lederteam med ulik fagkompetanse.
Leger	Ser likevel nytta av å samle kompetanse for å ivareta pasientar som gruppe som t.d diabetes, astma, kols og andre kroniske lidingar. Utanfor legekantor: Førebygging av depresjonar	Legane er førnøgdde med tilbodet som er i dag på HSS og vil behalde den slik den er i dag. Men det er misnøye med altfor lang ventetid på gastroskopi og belastnings-EKG.	Rus og psykiatri	A. Akutte tilfeller som treng korttidsopphold og eller avlastning. Fleire sjukeheims plasser B. Psykiatriske geriatrike pasienter	Interkom: Felles samfunnsmedisiner i Nedre Hallingdal i tilknytning til Miljøretta helsevern. Gode på: Korleis kan vi gjera nytte av

Vedlegg 3 SAMLEOVERSIKT KOMMUNESVAR

	(KID-kurs), PREP-kurs. Oppfølging etter sjølv mord (LEVE), etc			Utviklingshemma Unge som fell mellom behandlingsopplegg/ut, - som treng "Inn på tunet/Grøn omsorg" og liknande opplegg C Pasientar som kommunen ikkje kan behandle sjølve	kompetansekartleggingen som alle Hallingdalskommunane har satsa på? Når helsesøster på Nesbyen har tatt vidareutdanning i å halde PREP- kurs, kven får greie på hennes kompetanse og kan hyre henne til å halde kurs i vår kommune?
Nes					
Felles skjema	Generell kommentar: Hver kommune får ansvar for definerte sykdomsgrupper. For eksempel, diabetes, KOLS, demens, kreft, psykisk helsevern og rus	- forsterket sykehjem for: - komplisert terminalpleie - utredning og oppfølging av pasientgrupper som krever spesiell kompetanse og utstyr - intensiv observasjon og akutte avklaringspasienter - pasienter som skrives ut fra sykehus, men ikke er helt klare for å komme tilbake til kommunen - rehabilitering - alderspsykiatri/forsterket enhet for demente - rus, dobbeltdiagnoser	- lindrende behandlings- og omsorgsteam - demensutredning, spisskompetanse - psykiatrisk- /rus team - forebyggende team - BUP (barn og ungdom psykiatrien)	A. - boliger og omsorgsboliger med heldøgns tjenester - dagopphold for demente - demente uten tilleggsproblematikk - hjelpetrengende eldre - avlastningspasienter - korttidspasienter - terminale eldre - psykiatriske pasienter - funksjonshemmede - lavterskeltilbud helsestasjon/skolehelsetjen- esten - forebygging og oppfølging av personer i risikogrupper B. - lokalmedisinsk senter/tjenester..... - medisinsk rehabilitering	<u>Løses interkommunalt:</u> - friskliv / folkehelsekoord. - kriseteam - helsetj. til asylsøkere (nettverk) - samfunnsmedisin – smittevern - logopedtjenester - kommunepsykolog - oppgaver/tjenester ift. neurologiske lidelser/sansesvikt/hjelpem- idler - dagsentra for psykisk utviklingshemmede (øvre /nedre Hallingdal) - lavterskel psykisk helsetilbud og overgang mellom sykehus og kommune - jordmortjeneste - avlastningsbolig for barn og unge - medisinsk rehabilitering

Vedlegg 3 SAMLEOVERSIKT KOMMUNESVAR

				C. - utredning og behandling som krever spesialistkompetanse og sykehusutstyr - dialyse, blodoverføring - multisyke: somatikk og psykiatri - poliklinikk, rtg	- arbeids- og sysselsettingstilbud <u>Gode på:</u> - demensomsorg – bygging og drifting av boliger for personer med demens, pårørendeskole - stor erfaring med bygging og drifting av omsorgsboliger – avhjemling av sykehjem - ”hjemmebasert kommune” - kompetanse på multifunksjonshemmede; bygging av boliger, trening, faglig
Flå					
	- Viktig å samarbeide med andre kommuner om felles lærings og mestringssenter i Hallingdal plasseringsmessig i et lokalmedisinsk senter. - Ansvarsplassering fordeles i de ulike kommunene – hvor kommune spesialiseres på sitt/sine temakurs som holdes i de ulike kommuner med behov eller på det lokalmedisinske	- Lavterskeltilbud innen psykisk helse, eks rus/psykiatri – skjerming v/eks psykoser – kortvarige innleggelser. - Psykogeriatri - Tilgang på psykiater til å få veiledning i kommunene i akuttsituasjoner. - Ferdigbehandlede pasienter i sykehus som er for syke til å komme rett hjem, eks: - Pasienter med døgkontinuerlig	- Ambulant team ved utredning av vanskelig, utfordrende atferd, f.eks - i tiden fra mistanke om demens til diagnose er stilt. Samt i videre tilrettelegging og oppbygging av tilbud rundt pasienten. Gjerne med tilgang til geriater. - Psykisk helse – samarbeid mellom kommuner og helseforetak – inkludert vaktordninger – med bakgrunn i ferier hvor	Ja, vi ønsker å ta oss av alle grupper i kommunen, men selvfølgelig avhengig av sykdomsgrad. Vanskelig å konkretisere ut fra diagnoser her. Alt avhenger av kompetanse, utstyr, bygningsmasse og vil klart variere fra kommune til kommune.	Flå er gode på administrative oppgaver som omhandler dokumentasjon – HMS-rutiner, kvalitetsrutiner, hygiene, smittervern m.m. Psykisk helsetjeneste i Flå sitter med god kompetanse hos sine ansatte. Mulig å opprette team rundt psykomotorisk fysioterapi sammen med en eventuell psykolog/psykiater og

Vedlegg 3 SAMLEOVERSIKT KOMMUNESVAR

	senteret – koordineres av LMS Noen forebyggingskurs bør holdes i den enkelte kommune gjennom f.eks eksisterende ordninger som frisklivs-/folkehelsearbeid. Eks livsstil, kosthold, røykeslutt m.m.	tverrfaglig rehabiliteringsbehov - ikke ressurser/kompetanse/kapasitet til å møte disse brukerne på en god måte p.t. – behov for rehabiliteringsavdeling felles i Hallingdal – eks ved behov for fysioterapi flere ganger i døgnet, inkl. helger. - Pasienter med sammensatte spesielle behov i en terminalfase. - Pasienter som har behov for "dyrt"/avansert utstyr – der institusjonen må ha dette tilgjengelig. - Hjertesviktpasienter - Dialysepasienter - Cellegiftpasienter	psykiatriske avdelinger holder stengt.... Trygghet for kommuner med få ansatte. Flere diagnoser kommer innunder her. - Rusproblematikk – større kommuner har egne ruskonsulenter/rusteam – ofte tilknyttet NAV. Dette er et område kommunene bør samarbeide om for å få økt kompetanse og bedre tilbud til disse pasientene i Hallingdal. Utvikle samarbeid med eksisterende rusteam i DPS? Viser her også til punkt 1 lærings og mestringssenter: - eks tilgang til ernæringsfysiolog – kostveiledning bør skje i pasientens hjemkommunene – opprette en kompetansebase i LMS. Kommunene kan sammen opprette stillinger for dette. Det samme også i forhold til diabetessykepleiere – en kompetansebase på LMS og at arbeidet med		psyk.sykepleier. I Flå har vi også rehabiliteringsinstitusjonen Incita – utvikling av samarbeid – rus/psykisk helse? Flå kan bidra til utvikling av kurs – i regi av lærings/mestringssenter, eks hjertesvikt skole, evt. kosthold. Utfordringer Flå kommune står overfor: - Økt behov for avlastnings-/rehabiliteringsplasser. - Opprettelse av dagsenter for demente innen 2015 - P.t. ingen tilbud om døgnbehandling innen psykisk helse. Samarbeidsmuligheter nevnt før - Felles sykehjemspool – felles oversikt over ledige plasser i de ulike kommunene
--	---	--	--	--	--

Vedlegg 3 SAMLEOVERSIKT KOMMUNESVAR

			pasientene skjer ute i kommunene • Angstmestringskurs lokalt i kommunene? Vanskelig for mange å reise til Ål fra utkanten til denne typen mestringskurs – akseptabelt med få deltakere for å få gjennomført? For øvrig også ønskelig at helsepersonell i kommunene kan hente kompetanse i et LMS, for eks. få tilbud om kurs, ideelt sett sammen med pasienten i enkelte tilfeller. LMS – være en koordinerende enhet for ressurser ute i kommunene – økte stillinger/nye tilsetninger bør fortrinnsvis skje i kommunene. Belastningslidelser ? Opparbeide en generell forebyggende tankegang hos helsepersonell. LMS et kommunikasjonssenter ? – tolketjeneste og logopedtjeneste?		Faggrupper vi ønsker lettere tilgang til gjennom et lokalmedisinsk senter: • Ergoterapeut • Logoped • Sosionom • Psykolog
--	--	--	--	--	--

Vedlegg 3 SAMLEOVERSIKT KOMMUNESVAR

Hemse dal					
	Aktuelle områder: · Søvnkurs · Hjertesjukdommar · Diabetes inkl. ernæring · Kols · Overvekt, inkl. ernæring · Smertelindring · Pårørende /foreldre skule-demens, kreft, diabetes og andre område Ulike områder innan psykiatri, som KID kurs, Smertelindring og kreftomsorg · Opplæring og rettleiing av helsepersonell Lærings- og mestringsentra kan ha base anten ved eit lokalmedisinsk senter eller i ei eller fleire samarbeidande kommunar. Kurs, samtaler oppfølging bør skje i størst mogleg grad lokalt. Opplegg som kan fungere som eit ambulant team. Innan enkelte fagområde bør kursa arrangerast regionalt eller via spesialisthelsetenesta når det er formålsteneleg med utgreiing/ utprøving av	Sidan Hemsedal p. t nyttar seg relativt lite av tilbodet til Hallingdal sjukestugu har kommunen mindre erfaring på kva for tenester som skulle representere eit mellomnivå. Hallingdal kan ha ei utfordring i at det er innan fleire fagområde, f. eks legekontor, blir små einingar der det bli viktigare å ha eit "minimumsnivå" på kompetanse. Enkelte kommunar/ samarbeidande kommunar kan ha eller opparbeide seg spesialkompetanse innan enkelte fagområde, men blir sårbare ved nyrekruttering. Personell frå eit lokalmedisinsk senter må og kunne fungere i ambulate team, kunne gje råd og rettleiing til helsepersonell i kommunane når det er formålsteneleg og ønskje frå brukar, pårørende at tilbodet blir gitt lokalt i kommunen Lokalmedisinsk senter er viktig	Det byggjast opp ambulate team innan fleire fagområde både det som i dag ligg til kommunane, spesialisthelsetenesta og i gråsona. Dette vil gje eit kvalitativt betre tenestetilbod for mange brukargrupper, men styrka og utnytter kompetansen i regionen, lettare med erfarningsutveikling, gje råd og rettleiing, for å rekruttere fagpersonell. Ambulate team kan ha base anten ved eit lokalmedisinsk senter eller i ei eller fleire samarbeidande kommunar, men at teneste skal størst mogleg grad skje lokalt. 6. Anna <u>Viktige utfordringar:</u> · Korleis utnytte kompetansen, styrke	Dagbehandling bør skje mest mogleg lokalt der det er mogleg å få kompetansen til lokalmiljøet. Det førebyggjande arbeidet bør skje lokalt, men innan enkelte fagområder eller der det er viktig med spesialkompetanse kan dette organiserast gjennom interkommunalt samarbeid, LMS, eller lokalmedisinsk senter. Der det er behov for kostnadskrevjande utstyr bør dette plasserast i eit lokalmedisinsk senter. Hallingdal sjukestugu med det polikliniske tilbodet bør oppretthaldast og vidareutviklast. Sidan regionen er eit turistområde med mye skader vil ei utviding av tilbod om røntgen/radiolog med eventuell observasjonspost med	· Bu, avlastning og aktivitet og sosiale tilbod for personar med nedsett funksjonsevne/ ressurskrevjande brukarar med spesielle behov som autisme, asperger · Sikre og utnytte spesialkompetanse i regionen · Tenester der det er behov for vaktordningar, som jordmorteneste, legevakt og innan psykiatri · Innan enkelte område innan planarbeid, saksbehandling, folkehelsearbeid og samfunnsmedisin · Fagområde og fagkompetanse som logopedi, rusomsorg, rehabilitering, lindrande behandling kreftkontaktar, demensutgreiing. · Tettare samarbeid innan prosjektarbeid for å vidareutvikle tenestetilboda, kompetanseutvikling.

Vedlegg 3 SAMLEOVERSIKT KOMMUNESVAR

	medisin og liknande i samanheng med kurset. Det bør vere eit opplegg med tilbod om individuelle samtaler med personell med kompetanse innan fagfeltet. Dette bør skje lokalt Det bør vere ein kompetansepool i regionen. Det kan vere ei utfordring i fordeling av kostnader ved LMS	når det er: · Behov for kostnadskrevjande utstyr i behandlinga · Lågterskeltilbod der det er behov for akuttinnlegging og enkelte områder der det er behov for observasjon · Lindrande behandling og smertebehandling, justering av smertebehandling · Ved behov for avklaring av tenestenivå mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta · Når transportbehovet til behandling i spesialisthelsetenesta blir så stort at det blir ei belastning for brukar, pårørande med vidare. · Behandling av kreftpasientar	kompetansen, sikre rekruttering som er i Hallingdal på ein best mogleg måte · Unngå at stele fagpersonell frå kvarande, men samarbeider om rekruttering · Gjere regionen til ein spanande arbeidsplass · Avstand til poliklinikk spesielt innan jordmortenesta gir eit stort press på den lokale tenesta · Det vil bli ei utfordring å finne fram til rettferdige og gode kostnadsfordelingar mellom kommunane.	opningstid spesielt i dei periodane skiheisane er oppe ved eit lokalmedisinsk senter vore kostnadseffektivt. Lågterskeltilbod der det er behov for akuttinnlegging og enkelte områder der det er behov for observasjon.	Kva er kommunen gode på som og kan tilflytte andre kommunar i dalen Hemsedal har eit høg fagdekning, generell god kompetanse og stabil arbeidskraft innan dei fleste kommunale fagområda og har på grunn av Hemsedal omdømme mellom anna med eit variert fritids-aktivitetstilbod ofte lett for å rekruttere personell som ønskjer å bu i kommunen i kortare og lengre tid. Alle tenestene er lokalisert nært kvarandre som gjer det lett med tverrfagleg samarbeid og å raskt å få på plass tenester. Helse og omsorgstenesta i Hemsedal har ein lang god fungerande praksis med eit tett samarbeid med tilsynslege/ fastlege å behandle i størst mogleg grad pasientar ved Bygdaheimen. Dette er ein av grunnane til at Hemsedal har ein prosentvis låg innlegging på sjukehus, og lite bruk av legevakt. Har høg dekningsgrad med sjukeheimsplassar, og det vil i 2010 bli utarbeidd ein temaplan for vidare utbygging og utnytting av området.
--	---	--	---	---	---

Vedlegg 3 SAMLEOVERSIKT KOMMUNESVAR

					Hemsedal kan lett spesialisere seg innan fleire fagområde. Aktuelle området kan vere innan rehabilitering, opptrening, avlastningstiltak, barnebustad.