

SAK 09-17 EVALUERING AV INTERMEDIÆR AVDELING

Saksopplysning

Vedlagt evalueringsrapport Somatisk døgn og dagavdeling / Intermediær avdeling (IMA), dat. 20.11.2017 og delrapport evaluering IMA – kommunale plassar.
På Hallingtinget vil det bli ein gjennomgang.

Ål 22.10.2017
Knut Arne Gurigard
Dagleg leiar

Vedlegg

Prosjekt Nye Hallingdal sjukestugu	Evalueringsrapport
---	---------------------------

Evalueringsrapport

**Somatisk døgn og dagavdeling /
Intermediær avdeling – Hallingdal sjukestugu Klinikk Ringerike
sykehus**



*Leder prosjekt- og evalueringsgruppe Oddmund Nestegard
Prosjektleder og sekretær Reidar Aasheim*

20. oktober 2017

INNHold:

1. Innledning	side 3
2. Evalueringsgruppe.....	side 3
3. Mandat.....	side 3
4. Kompetanse og rekruttering – sykepleiefaglig kompetanse, Rehabiliteringskompetanse og kompetanse til trombolysetilbud.....	side 4
5. Rekruttering - legefaglig kompetanse.....	side 7
6. Bruk av 10 døgnsengeplasser – Interkommunale	side 8
7. Bruk av 10 døgnsengeplasser – spesialisthelsetjenesten.....	side 14
8. Finansieringsmodell for Dag og døgnavdeling – Intermediær avdeling.....	side 16
9. Konklusjoner og tilrådninger.....	side 17

Evaluering – Drift av Intermediær avdeling Hallingdal sjukestugu

1. Innledning

Somatisk døgn og dagavdeling / Intermediær avdeling (IMA) flyttet medio september 2016 inn i nye lokaler.

Vestre Viken har inngått avtale om leie av lokaler i Ål kommunes nye helsebygg.

Vestre Viken har også inngått avtale med Ål kommune om drift av IMA, der helseforetaket har totalt driftsansvar for 10 døgnenger tilhørende spesialisthelsetjenesten og 10 interkommunale døgnenger som inkluderer kommunenes 3 øyeblikkelig hjelp døgnenger (K-ø-hjelp).

Den økonomiske ramme for drift av IMA i 2017 er 31,9 mill. NOK med en fordeling : - 60 % Ringerike sykehus - 40 % Ål kommune. Det medisinskfaglige ansvar for pasientbehandling i IMA har Ringerike Sykehus.

Ål kommune har i lag med øvrige Hallingdalskommuner – Hol, Gol, Hemsedal, Nes og Flå – inngått en interkommunal avtale som omhandler kostnadsfordeling for bruk av interkommunale døgnplasser.

Avdelingen har hatt tilnærmet ordinær drift fra 01 01 17.

2. Evalueringsgruppe

Ved sluttbehandling av leveransen Prosjekt nye Hallingdal sjukestugu besluttet klinikkdirektør Ringerike sykehus (RS), at det skulle gjøres en evaluering av IMA etter et halvt års drift.

Direktør ber styringsgruppa for prosjektet ivareta dette.

- ✓ Oddmund Nestegard , avd.sjef medisin - RS, *leder*
- ✓ Halfdan Aas, fagdirektør Vestre Viken
- ✓ Avd.sjef kirurgi - RS (ikke deltagelse grunnet vakanse i stilling)
- ✓ Karsten Dideriksen, kommunalsjef Ål kommune
- ✓ Knut Arne Gurigard, adm. leder Regionrådet i Hallingdal
- ✓ Geir Strømmen, kommuneoverlege i Hol
- ✓ Rune Hansen Gunnerud, brukerutvalget Vestre Viken
- ✓ Reidar Aasheim, samhandlingssjef Vestre Viken, *sekretær*

I tillegg til styringsgruppa inviteres disse med:

- ✓ Øystein Lappegard , samhandlingsleder for kommunene i Hallingdal
- ✓ Britt Inger Liahagen , avd.sykepleier IMA
- ✓ Rune Rindal , avd.lege IMA.

3. Mandat

Evalueringen legger til grunn de erfaringer som RS og kommunene har i relasjon til det som er beskrevet i delprosjekt fra *Prosjekt Nye Hallingdal Sjukestugu*. I tillegg ber direktør evalueringsgruppa vurdere om det skal utgreies en finansieringsmodell for drift av IMA som en nasjonal modell.

Følgende arbeidsgrupper ble nedsatt med tillagt ansvar for å legge fram evalueringer til evalueringsgruppa:

❖ **Kompetanse og rekruttering – sykepleierfaglig kompetanse, kompetanse til rehabilitering og kompetanse til trombolysetilbud (CT-prosjektet)**

Leder arbeidsgruppe : Britt Inger Liahagen, avd.spl. IMA

Mari Fosse, fagspl. IMA avdeling

Leif Andre Viken, fysioterapeut IMA avdeling

Avd.spl helse og omsorgsavd. Hol – ikke deltatt

Rehab.-avdeling Hol kommune – ikke deltatt

Marit Øen Lie, avd.spl helse og omsorgsavd. Ål

Live Magnetun, leder Rehab.-avdeling Ål

Velin Ekrehagen, avd.spl helse og omsorgsavd. Gol – ikke deltatt

Linda Andersen, fysioterapeut, Rehab.-avdeling Gol

Hege Svensgård, tillitsvalgt NSF –.

❖ **Rekruttering legefaglig kompetanse**

Leder arbeidsgruppe : Oddmund Nestegard, avd. sjef RS

Robert Tunestveit, allmennlegeutvalget i Hallingdal

Geir Strømmen, kommuneoverlegene i Hallingdal

❖ **Bruk av 10 døgnsengeplasser – interkommunale**

Leder arbeidsgruppe : Øystein Lappegard

Jan Olav Helling, helse- og omsorgssjef Hol

Knut Arne Gurigard, adm.leder Regionrådet

Kai Jakobsen, fastlege Hol

Rune Hansen Gunnerud, bruker utvalget Vestre Viken.

❖ **Bruk av 10 døgnsengeplasser – spesialisthelsetjenesten**

Leder arbeidsgruppe : Rune Rindal, avd. lege IMA HSS

Britt Inger Liahagen, avd. spl. IMA, sekr.

Ephrem T Mariampillai, avd. overlege med - RS

Lars F Norum, avd. overlege kirurgi –RS

Asbjørn Hjall, avd. overlege ortopedi – RS

Vladimir Petrovic, avd. overlege føde-gyn -RS

Hege Svensgård, tillitsvalgt NSF

❖ **Finansieringsmodell – Intermediær avdeling**

Oddmund Nestegard, avd. sjef RS

Halfdan Aas, direktør helsefagavdelinga Vestre Viken

Karsten Dideriksen – kommunalsjef Ål kommune .

Representant fra kommunene.

4. Evaluering delprosjekt 4 - Kompetanse og rekruttering – sykepleierfaglig kompetanse, kompetanse til rehabilitering og kompetanse til trombolysetilbud (CT-prosjektet)

IMA har ved oppstart 15 09 16 følgende profesjonsgrupper:

- 1 avd.spl stilling

- 0,6 koordinator
 - Sykepleiere 14,4 stillinger
 - Fysioterapeuter 2,0 stillinger
 - Ergoterapeut 1,0 stillinger
 - Hjelpepleiere 6,27 stillinger
- 23 sykepleiere tilsatt , mye deltid
- 10 ansatt i deltidstillinger

Det som egentlig ligger i vedtatt budsjett 2017 og som ligger i avtalen med Ål kommune er 18,5 årsverk for sykepleiere og hjelpepleiere (spl 12,9 og hjpl 5,6) – Dette gir en bemanningsfaktor på bemanningsfaktor 0,9.

Det var ved oppstart behov for rekruttering av helsepersonell med ønsket tilleggskompetanse – videreutdanninger/spesialutdanninger.

Alle stillinger ble raskt besatt med fagpersonell. Det var god søknadsmasse til alle fagstillinger.

a) Sykepleierkompetanse

Pr. oktober 2017 har avdelingen alle sykepleierstillinger besatt og følgende sykepleierkompetanse finnes i avdelingen – døgnet og dagbehandling:

- 3 (+ en vikar) kreftsykepleiere
- 1 hjertesyrkepleier
- 1 sykepleier med klinisk videreutdanning i nyre
- 5 sykepleier med 10 studiepoeng i palliasjon
- 1 sykepleier med 15 studiepoeng i veiledning
- 1 sykepleier med 15 studiepoeng i slagrehabilitering
- 2 sykepleiere som tar videreutdanning i akuttisykepleie (ferdig våren-2018)
- 1 sykepleier som tar videreutdanning i lungesykepleie (ferdig des-2017)
- 1 sykepleier som starter på sårutdanning i Drammen okt- 2017

Avdelingen har organisert følgende ressursgrupper:

- Slag og rehabilitering
- Sår og stomi
- Kreft og palliasjon
- Akuttisykepleie og trombolys
- Diabetes
- Hjerter
- Lunge

Andre funksjoner med særansvar i avdelingen:

- Barneansvarlig
- Smittevernkontakt
- Forflytningsveileder
- EDS-ansvarlig (Sykepleierdokumentasjon)
- Stoffkartotekansvarlig
- PLO-elektronisk meldesystem . Felles med kommunene – Ansvarlig for meldesystem

b) Rehabiliteringskompetanse

Alle stillinger besatt.

Spesialutdanning innen fysioterapi:

- Mastergrad i bevegelsesvitenskap
- Videreutdanning i veiledning
- Hovedfag i fysioterapivitenskap
- Seniorinstruktør
- Treningsveileder
- Kostholdsveileder

c) Fremtidig kompetansebehov

Det forutsettes at det etter denne evalueringsrunden arbeides videre med hvilke behandlingstilbud avdelingen skal ha i fremtiden – både i sengeplassene spesialisthelsetjenesten disponerer og i kommunenes sengeplasser. Arbeidsgruppen beskriver i sin rapport behov for nye stillinger. Dette vil måtte løftes inn i forarbeidene sammen med kommunene i budsjettprosessen for 2019 og langtidsbudsjettet.

Gruppen diskuterte fremtidige behov for avdelingen slik en ser for seg framtidig drift, og mener at avdelingen trenger følgende kompetanse:

- Sykepleiere/hjelpepleier med videreutdanning i rehabilitering og kompetanseheving generelt innen dette fagfeltet.
- Sykepleiere /hjelpepleiere med kompetanse innen psykiatri (kommunale senger).
- Sykepleiere /hjelpepleiere med kompetanse innen demens (kommunale senger)
- Sykepleiere/hjelpepleiere med videreutdanning i geriatri
- Sykepleier med videreutdanning i diabetes
- Logoped i en deltidstilling
- Sosionom i en deltidstilling
- Synspedagog i en deltidstilling
- Psykolog i en deltidstilling
- Ernæring/ernæringsfysiolog i en deltidstilling

d) Bemanning - IMA - Døgn og dagbehandling

IMA skal ivareta mange ulike oppgaver og har et stort spenn i fagområder og behov for kompetanse. Det er store utfordringer med å skulle balansere en avdeling som skal håndtere både pasienter innlagt i spesialisthelsetjeneste og i kommunehelsetjeneste. Det er to kulturer og to ulike tankesett som møtes i samme avdeling. At det i tillegg er en avdeling med til tider høy arbeidsbelastning og stort arbeidspress gjør det ekstra utfordrende å planlegge rett bemanning til rett tid.

Det oppleves at det er store forventninger til tjenestene avdelingen skal levere både innen somatikk og psykiatri. Dette gjenspeiler spesielle utfordringer i forhold til bemanning hvor det er behov for spesiell kompetanse på ulike områder samtidig.

Det er krevende å skulle ivareta alle oppgavene som forventes av avdelingen med den bemanningen som ligger som forutsetning i vedtatt budsjett, og som skal ivareta både pleietjenesten og rehab.-tjenesten.

Et stort fagområde som for rehabilitering krever tid og kompetanse, og det er realiteten at pasienter ikke alltid får det tilbudet de trenger til rett tidspunkt, når andre oppgaver anses som viktigere å få løst i avdelingen. Det forventes at prosjektet «*Innovativ rehabilitering i Hallingdal*» vil kunne svare ut en del av de utfordringer som ligger til bruk av rehabiliteringsplassene som kommunene har til disposisjon i avdelingen.

Grunnbemanningen som avdelingen har i dag ble lagt i 2015/2016 før avdelingen startet opp og før en visste det konkrete innholdet og hvilke tjenester som avdelingen skulle levere. Det er naturlig at det etter 1 år drift tas en grundig gjennomgang av bemanningsfaktoren og bemanningsplanen i avdelingen, og behov for andre tjenester enn det avdelingen har i dag. Dette arbeidet må gjøres sammen med budsjettansvarlige i kommunen som forarbeider til budsjettprosess 2019.

Arbeidsgruppen mener bemanningen må justeres i forhold til de krav og forventninger om tjenester som skal leveres og skisser foreløpig prioritert følgende:

- Postsekretær
- Økt pleiefaktor ved å styrke bemanning av pleiepersonell på kveld, natt og helg.
- Økt behov for bemanning innenfor rehabilitering

Dokumentasjon for disse behov ligger beskrevet i rapporten fra arbeidsgruppen.

Kommunene anmerker at bemanning og pleiefaktor også må ses opp mot beleggsprosent for en samlet avdeling og ikke utelukkende opp mot spissbelastning.

5. Evaluering delprosjekt 5 - Rekruttering legefaglig kompetanse

Det har vært mål fra 01 01 17 å ha tre legestillinger tilsatt på IMA-avdelingen. 2 rekruttert fra spesialistområdet allmennmedisin og en fra spesialistområdet indremedisin. Kompetansen innenfor allmennmedisin ble ivaretatt av avdelingens to tilsatte leger. Spesialist i indremedisin er forsøkt rekruttert ved ekstern utlysning. Det har ikke lyktes å få rekruttert denne kompetansen til IMA.

Ringerike sykehus har som følge av dette sørget for legedekning i avdelingen ved å bruke egne LIS-leger (leger under spesialisering) på IMA. Første LIS -lege ble ansatt fra 01 03 17 i et halvt års engasjement. Ny LSI-lege er tilsatt fra 01 09 17.

Erfaringene fra avdelingen er at avdelingen tilføres verdifull kompetanse med LIS-leger som kommer fra fagmiljøet fra sykehuset.

Målet var å ha legedekning alle dager 08.00 – 20.00 – mandag – fredag og en kort arbeidsdag med visitt lørdag. Avdelingen har legetjeneste alle dager med unntak av søndag. Så langt er avdelingen driftet med leger tilstede 08.00 – 16.00 på ukedager og 11.00-16.00 lørdager, samt telefonberedskap fram til kl. 22 på alle dager. Utover tilgjengelighet fram til kl.22.00, har RS en avtale med Legevakten på Ål om å kunne kjøpe legetjeneste ved behov på natt og i helg. Dette er en tilgang på legetjeneste som brukes ved behov.

Kommunene har et ønske om at det opprettes en fjerde legestilling - en utdanningsstilling for allmennmedisin. Ringerike sykehus har ikke prioritert en fjerde doktorstilling ved HSS. Vestre Viken har hatt dialog med helsedirektoratet vedr. mulighet for godkjenning av tjenestetid på

IMA gjeldende for spesialisering til allmennmedisin. Tilbakemeldingen så langt fra helsedirektoratet er at IMA ikke er godkjent for denne type utdanningsstillinger. Begrunnelsen er at avdelingen ikke har tilsatt spesialist i 2.linjetjenesten fast.

Konklusjon:

Evalueringsgruppa tilrår at det arbeides videre med :

1. Rekruttering av indremedisiner som erstatter løsningen med « halvårslige stafettordninger med Lis-leger.
2. Kommunene avklarer finansiering av en interkommunal utdanningsstilling, som ivaretar spesialisering til allmennmedisin. Primærhensikten med stillingen å sikre rekruttering til fastlegestillinger i kommunene i Hallingdal og framtidig rekruttering til avdelingsleger ved IMA. Ringerike sykehus har ikke funnet å prioritere denne legestillingen.
3. Det arbeides videre med helsedirektoratet om mulighet for å få IMA godkjent til å kunne ivareta leger under spesialisering til allmennmedisin.

6. Evaluering av delprosjekt 7 - Bruk av 10 døgnsengeplasser – interkommunale

a) Blir de kommunale plassene brukt?

Samlet beleggsprosent for de kommunale plassene de åtte første månedene i 2017 er 76 %. Det var særlig beleggsprosenten i januar, februar og juli som drar snittet ned.

76 % belegg er ikke bærekraftig. For at de kommunale plassene skal være bærekraftig, må beleggsprosenten være over 82,5 %. Dette tilsvarer en økning på godt fem døgn i uka, eller om lag 1 innleggelse ekstra kvar uke på KOM-plass.

Dersom en skiller mellom de tre kommunale-ø.hj-plassene (K-øhj) og de sju kommunale plassene som ikke er ø.hj (KOM), så er snittet for de første åtte månedene:

- K-ØHJ: 68 %
- KOM: 79 %

Det er viktig å skille mellom disse i evalueringa, for K-hj er i stor grad styrt av legetjenesten og KOM er førebels i stor grad styrt av sjukehuset og kommunale omsorgstjenester.

Konklusjon:

- Bruken av de kommunale plassene må økes for at plassene over tid skal være bærekraftig. Dette gjeld både K-øhj-plasser og KOM-plasser
- Arbeidsgruppen mener at øhj-innleggelser ved IMA må være, slik at pasientene først blir lagt på kommunal K-øhj-plass.

b) Hvem bruker de kommunale plassene?

Det er store forskjeller mellom kommunene. Tre kommuner brukar tilbudet, tre kommuner bruker det lite. Nedenfor er tall for andel av liggedøgn de åtte første månedene i 2017:

Tabell 1- Prosentandel liggedøgn på IMA januar – august 2017 sammenliknet med andel folketall

Andeler %	Flå	Nes	Hemsedal	Gol	Ål	Hol
Folketall	5	16	12	22	23	22
Total	2	3	7	31	27	30
Ø-Hjelp	0*	6	6	20	39	29
Kommunal	3	2	8	35	22	30

- Flå er knyttet til Ringerike legevakt

Kva er grunnene til de store forskjellene mellom kommunene? Det er særlig to årsaker:

- Avstand til tjenestene
- Kjennskap til tjenestene blant fagfolk og i befolkningen.

IMA har invitert alle fastleger og turnusleger i Hallingdal til å hospitere på avdelinga en formiddag for å styrke kjennskapen til hva avdelinga står for, og hvordan den fungerer. Utenom turnusleger er det bare 1 lege som har tatt i mot tilbudet.

Konklusjon:

Det er ønskelig at tilbudet ved IMA er en helsetjeneste som alle innbyggerne i Hallingdal kan få likeverdige muligheter til å bruke. Alle fastleger bør gjennomføre hospitering ved IMA.

c) Er det rett pasient som er lagt inn på kommunal plass IMA?

I. K-Ø-hjelp plasser (3 sengeplasser)

Innleggelse på K-øhj blir i stor grad styrt av avdelingslegene ved IMA, siden alle innleggelser mellom 08 og 22 må godkjennes av disse. Særlig nye leger, turnusleger og vikarer i kommunene, har utfordringer med å forstå hva slags pasienter som kan være aktuelle for IMA. Avdelingens leger sier at i snitt 1-2 ganger i uka tilrår avdelingslegene innleggende lege om heller å legge pasienten inn på Ringerike sykehus eller andre.

Det er K-Øhj-plassene som er lovpålagte og som er en følge av samhandlingsreformen. Målet er at lokale innleggelser skal avlaste sjukehuset med innleggelser som like gjerne kunne ha vært behandlet utenfor sykehuset.

For allmennlegene / vaktlegene så har en både mulighet av å legge pasienter inn på lokal sjukeheim og / eller på K- øhj ved HSS , på spesialisthelsetjenestens øhj-senger på HSS og på Ringerike sykehus. Det er store forskjeller mellom kommunene i Hallingdal på praksis på dette feltet.

K-øhj-plassene ved HSS har eksistert siden 2012, slik at bruken av disse har en flere års erfaringer med. En har ikke ennå statistikk for 2017, men i 2016 var det ei slik fordeling:

Tabell 2 - Fordeling av andel ø-hjelpinnleggelser til tre ulike nivå for hver av kommunene. Antall innleggelser til RS pr. 1000 innb. 2016.

Andeler %	Flå	Nes	Hemsedal	Gol	Ål	Hol
Lokalt sykehjem	6	8	15	0	7	11
Ø-hjelp - HSS	1	4	9	10	19	15
Ringerike sykehus	93	88	76	90	74	74
Antall innleggelser på RS pr. 1000 innb.	93	105	55	83	70	77

Internasjonal og nasjonal forskning viser at om lag 20 % av de som blir lagt inn som ø.hj. på sykehus, burde hatt et alternativt lokalt tilbud.

13-15 % av innlagte pasienter på K-øhj blir sendt videre til sjukehus fra IMA, dette er på nivå med andre lokalmedisinske sentra i landet. Dette tyder på at det ikke er for syke pasienter som blir lagt inn ved K-øhj-plassene.

Pasienter med psykiske helseproblem ofte er dårligere enn det retningslinjene legg opp til. Dette er utfordringer det må arbeides videre med.

Månedlig gjennomsnittlig liggetid på de tre K-øhj-plassene har variert mellom 1,5 og 3,7 døgn, der samlet snitt de første åtte månedene er 2,7 døgn. Dette er i samsvar med målsetningen om en rask turnover på disse plassene.

d) Blir de kommunale plassene brukt?

De sju kommunale plassene ved IMA er et interkommunalt tiltak, der en på tvers av kommunegrensene ville gi et tilbud til pasienter som ikke har behov for sykehus, men der hjemkommunen har utfordringer med å kunne gi tilstrekkelig kompetanse eller oppfølging. Dette som et resultat av samhandlingsreformen, der stadig dårligere pasienter blir overført til kommunene.

De fleste av pasientene på IMA kommer til KOM-plass etter et sykehusopphold. I starten var det slik at sykehuset først overførte til spesialisthelsetjenesten ved HSS, og at pasientene deretter ble konvertert over til kommunal plass. Den seinere tid har vist, at flere pasienter kommer direkte til kommunal plass fra sjukehuset etter at dette er avklart med hjemkommunen.

Det er følgelig få pasienter som blir søkt inn direkte fra kommunene, verken fra fastlegene eller fra sykehjemmene. På forhand mente en at plassene ville kunne brukes både til utgreiinger, der en ikke så det naturlig å søke sykehuset, funksjonsutgreiinger og avklaringer av mer diffuse tilstander. Fastlegene og sykehjemslegene har ikke tatt avdelinga i bruk til dette formålet. Ei administrativ hindring i Vestre Viken har vært at henvisningene fra fastlegene måtte inntreffe i Ringerike sykehus for vurdering. Pasientene fikk da også ofte time eller innleggelse på Ringerike sykehus. Nå i høst har en lyktes med å endre denne rutinen, slik at fastlegene elektivt kan søke en pasient direkte til IMA HSS, uten å gå vegen om Ringerike sykehus.

IMA har også streva med å gi et systematisert rehabiliteringstilbud i de kommunale plassene. Funksjonsvurderinger og planmessig rehabilitering må ofte vike for rent medisinske problemstillinger. På dette feltet har kommunene fått prosjektmidler til «*Prosjekt Innovativ rehabilitering i Hallingdal*». Det er forventninger til at dette prosjektet skal kunne gi en faglig bedre rehabiliteringstjeneste i kommunene og en større andel pasienter innlagt til rehabilitering på IMA.

Det var etter påske-2017 signal om at avdelinga fikk enn del «sykehjemspasienter». Fremdeles er det enkelte pasienter som fyrst og fremst trenger omsorg, og der en ikke har en spesifikk målsetning med oppholdet. Det er unødig dyre plasser å bruke til disse pasientene, men av og til må avdelingen fungere som buffer for hjemkommunen, der en lokalt ikke har plass. Månedlig gjennomsnittlig liggetid på de sju KOM-plassene har variert mellom 4,7 og 9,0 døgn, der samlet snitt de første åtte månedene er 6,9 døgn. Arbeidsgruppa meiner dette snittet er bra og kanskje overraskende lavt. Kommunene har regnet med at pasienter både i terminal og langvarig rehabilitering vil dra gjennomsnittlig liggetid pr. døgn opp.

Konklusjon:

Fastlegene og sykehjemslegene må i større grad søke pasientene som planlagte innleggelser til IMA for utgreiinger og funksjonsvurderinger.

e) Spørreundersøkelse

Samhandlingsleder for kommunene har sendt ut og innhenta svar på spørsmål fra fire nivå i de seks kommunene : 1) Nivå rådmann, 2) Nivå kommunalsjef helse og omsorg, 3) Nivå omsorgstjenester og 4) Nivå legetjenester.

Spørsmålene var:

Intermediæravdelinga (IMA) ved Hallingdal sjukestugu er ei samhandling mellom kommunen og helseforetaket.

Fra det ståstedet du representerer:

1. Hva er gevinstene med IMA?
2. Hva er utfordringene med IMA?
3. Har dere forslag til endringer i samarbeid, drift eller organisering?

En finner størst forskjeller i svar mellom kommunene, ikke mellom nivå. I sammendraget viser en derfor til svar fra de ulike kommuner, uavhengig av hvilket nivå i den enkelte kommune som har besvart dette.

Nedenfor er tilbakemeldingene gruppert i tre grupper, gevinster, utfordringer og forslag til endringer. Tallet i parentes bak den enkelte overskrift forteller hvor mange kommuner som har hatt sammenfallende synspunkt på dette. I denne rapport tas med punkter med tallverdi 3 (3 av 6 kommuner) og oppover. Øvrige resultater vil en finne i arbeidsgruppens besvarelse som er vedlegg til denne rapport.

GEVINSTER

1. Kompetanse (5)

Alle kommunene utenom Nes, peker på at IMA dekker behov for spisskompetanse, som hver enkelt kommune kan ha utfordringer med å dekke. Det er ressurssparende å samarbeide om denne kompetansen. Det blir pekt spesielt på gode erfaringer med rehabiliteringsopphold og en viser til at det er lite reinnleggelser av pasienter fra IMA. Hol nevner særlig kartlegging /avklaring av eldre pasienter med sammensatte behov og et kompetent palliativt tilbud. Hol sier

IMA er et viktig bidrag i behandlingskjeden og enn ressurs kommunen ikke kan greie seg uten. Nes hevder å ha all nødvendig kompetanse i egen kommune og har ikke behov for plassene.

2. Opplevd kvalitet og faglig kvalitet (5)

En har i evalueringa ikke spurt brukarene direkte. Men nesten alle kommuner ser gevinsten ved den pasientopplevde kvaliteten ved IMA. Hemsedal sier det slik: Det er pasientene som har den største gevinsten med IMA. Den lokale forankringa er en del av denne gevinsten. Samtidig melder like mange kommuner at de opplever den faglige kvaliteten høy.

3. Buffertilbud (5)

Avdelinga virker som en buffer i situasjoner der den enkelte kommune sliter med plassmangel. Dette kan alle kommuner oppleve i perioder som følge av svingninger i etterspørselen etter omsorgstjenester. De felles plassene gir større fleksibilitet i det samla tilbudet i Hallingdal. Samtidig er for stor bruk som buffer ei dyr løsning for kommunene. Nes nevner også smitte-situasjoner og ferieavvikling på eigen korttidsavdeling som aktuelle behov for et buffertilbud.

4. Fag- og kompetansebase (5)

Flere peker på at det i fagmiljø ved IMA og Hallingdal sjukestugu ligger potensiale som en fag- og kompetansebase i Hallingdal, både på legesiden og på andre fagområder. Hemsedal ser for seg samarbeidende team innen særlige områder. Det blir fra Flå etterspurt om sjukepleiere ved IMA kan følge enkelte pasienter ut i kommunen med veiledning og opplæring.

5. Nærhet (4)

Det er et gode for både pasienter og pårørende at tjenester kan gis lokalt. Hemsedal peker også på at nærheten til tilbudet er og en god synergieffekt for ambulanseberedskapen i Hallingdal.

7. Nærsykehuset (3)

Alle kommuner er positive til desentraliserte spesialisthelsetjenester. Flere peker på CT som et stort pluss for Hallingdal, andre nevner røntgen, laboratorieteknisk utstyr, ultralyd og Hallingdal sjukestugu som base for luftambulansen. Generelt har en gjennom IMA lett tilgang til spesialisthelsetjeneste.

8. Holistisk tilnærming og mer sammenhengende pasientforløp (3)

IMA har en holistisk eller helhetlig tilnærming til pasientene, der de ikke bare får behandling for den ene innleggelsesdiagnosen, - slik det ofte er på sykehuset. Pasientene opplever også et mer helhetlig pasientforløp med kort vei fra spesialisthelsetjeneste til kommune.

UTFORDRINGAR

1. Økonomi (6)

Alle kommunene nevner økonomi som ei hovedutfordring, ikke minst fordi faget dette første året har kommet i skyggen av utfordringer med beleggsprosent og økonomi. Tre kommuner meiner den interkommunale avtalen bør endres (Hol, Ål, Hemsedal), tre kommuner meiner ikke dette. Nes foreslår ulike avtaler for de ulike kommunene.

2. For mye henger på legene (4)

Det er bare legene som kan legge inn pasienter ved IMA. Dette gjør omsorgstjeneste svært avhengig av at legene i kommunen kjenner til og benytter tilbudet. Det blir reist spørsmål om

omsorgstjenestene burde kunne legge inn pasienter, slik som ved kommunenes egne korttidsavdelinger.

3. Liten påvirkning på plassering på kommunal plass eller spesialisthelsetjenesteplass (4)

Det er fra kommunene sin side et krevende skille mellom de to nivå som er på IMA. Bruken av de to typer plasser blir bestemt internt på avdelinga og kommunene har ikke mulighet for påvirkning eller egen vurdering. Kommunene blir ikke tilstrekkelig involvert eller informert. En ser at utfordringa for IMA er stor i skjæringspunktet mellom to kulturer (behandling i spesialisthelsetjenesten og funksjonsorientering i kommunehelsetjenesten).

4. IMA som en del av «våre tjenester» (4)

Utfordringa for kommunene er å greie å se de kommunale plassene som en del av sine tjenester. Det blir pekt på at IMA også her har et ansvar for ikke å opptre som en spesialisthelsetjeneste, men komme ut til kommunene i en bedre dialog.

FORSLAG TIL ENDRINGAR

1. Forankring på ledernivå og legenivå (5)

Kommunene peker på hvor nødvendig det er at det i kommunen blir satt fokus på IMA. Særlig er det viktig at dette ansvaret for fokusering blir forankret på ledernivå og på legenivå i kommunen.

2. Betre informasjon ut i kommunene fra IMA (4)

Det blir etterlyst en mer offensiv holdning fra IMA, der de fra avdelinga kommer ut i kommunene og informerer om bruken av de kommunale plassene og får input tilbake, slik at det kan utvikles en felles forståelse for av bruken av plassene.

3. Hospitering (4)

Gjensidig hospitering må formaliseres og organiseres. Dette gjelder både leger og sykepleiere. Noen peker spesielt på dette at fastlegene i kommunen sin kjennskap til IMA er avgjørende for om pasientene i omsorgstjenesten får benyttet dette tilbudet.

4. Tettere samarbeid (4)

Flere etterlyser et tettere samarbeid mellom omsorgstjenesten i den enkelte kommune og IMA. Dette gjelder både generelt og i samhandling under opphold, planlegging av utskriving og sjølve utskrivinga. Dersom kommunene får større påvirkning på utviklinga av avdelinga, får de også større eierskap.

IMA HSS er også ofte fraværende fra nettverksmøter, der de er inviterte. Ål foreslår månedlige ½- times videokonferansemøter mellom IMA og den enkelte kommune. Hemsedal foreslår ei formell styringsgruppe for de kommunale plassene og seier det er avgjørende for avdelinga at den utvikler seg i den retning kommunene trenger.

7. Evaluering av delprosjekt 8 – Bruk av 10 døgnsengeplasser – spesialisthelsetjenesten

a) Bruken av spesialisthelsetjenestens 10 plasser gjennom første driftsår.

Vestre Viken har 10 desentraliserte døgnseger på IMA Hallingdal sjukestugu. Sengeantallet er regulert ned til dette nivå med virkning fra 15 09 16. Dette skjer samtidig som kommunene etablerer 10 interkommunale senger i IMA.

Avdelingen har totalt sett vært igjennom et krevende år siden oppstart. For spesialisthelsetjenesten har det vært viktig å videreføre tidligere aktivitet, samtidig som ny sengeavdeling gir mulighet for å få løst nye oppgaver desentralisert for spesialisthelsetjenesten i avdelingen.

Følgende pasientgrupper får i dag behandling ved IMA:

Medisin

- Infeksjoner – pyelonefritt, pneumoni, divertikulitt, hudinfeksjoner, cholecystitt, langvarige antibiotikabehandlinger på piccline/CVK
- KOLS-exacerbasjoner
- Diabetes-oppstart insulinbehandling/opplæring
- Hjertesvikt-justering av regime
- Pleuratapping, innleggelse av dren
- Ascitestapping
- Oppvæsking før radiologiske undersøkelser med kontrast, diverse infusjoner som oktagam, jernpreparater, aclasta, m.m.

Kirurgi

- Etterbehandling etter operasjoner
- Sårbehandling

Ortopedi

- Etterbehandling etter operasjoner
- Smertebehandling av bruddskader og forberedelse til operasjoner før overflytting til RS etter avtale med ort.avd.
- Hjernerystelser, observasjoner (evt CT) etter skandinaviske retningslinjer

Gynekologi/Obstetrikk

- Hyperemesis

Kreftbehandling/ Palliasjon

- Cellegiftbehandling – døgn- og dagtilbud

Hjertesko

- Hjerterehabilitering - dagtilbud

I tillegg har avdelingen tilgang på :**Billeddiagnostikk:**

Ultralyd, Røntgen og CT evt. med kontrast

Laboratorietjenester:

CRP, CBC med diff., elektrolytter, art.blodgass, kreatinin/GFR, Blodkultur-dyrkning, bl.a.

Annet:

Bi-PAP, spirometri , blærescanner

Beleggsprosenten på spesialisthelsetjenestens senger er første driftsår i gjennomsnitt 100 % og snitt liggetid 4,8 døgn . I noen perioder er utnyttelsesgraden for lav, noe som tilsier at avdelingen i andre perioder har en svært høy aktivitet med høy utnyttelsesgrad.

b) Akutte innleggelser på HSS

På Hallingdal sjukestugu har spesialisthelsetjenesten i alle år hatt akuttinnleggelser (S-øhj.) på Hallingdal sjukestugu tilsvarende om lag 1/3 av totalt antall innleggelser.

Fra 01 09 12 har Vestre Viken i tillegg ivaretatt kommunenes plikt til å etablere K- ø-hjelp døgnseger.

Arbeidsgruppen mener at pasienter som legges inn på IMA er i hovedsak å regne som sykehuspasienter inntil diagnostisk avklaring er gjennomført, og de pasienter som vurderes å høre hjemme i kommunale senger overføres til K-øhj . Kommunene er uenige i dette og mener som prinsipp kommunale ø-hjelpseger er opprettet for å avlaste spesialisthelsetjenesten. Det tar normal ca. ett døgn å få gjort en diagnostisk avklaring.

De pasienter som er avklart medisinsk og med vakthavende lege på HSS, legges direkte i K-øhj-plass.

For å sikre at pasientene legges inn på rett tjenestenivå, er det viktig og avgjørende å bevisstgjøre både allmennlegene i Hallingdal og sykehuslegene på RS og øvrige klinikker i Vestre Viken om bruken av sengeplassene på Hallingdal sjukestugu -rett pasient til rett nivå til rett tid.

Sykehusinnleggelse i spesialisthelsetjenestens senger på HSS kan være et godt alternativ til innleggelse på Ringerike sykehus eller andre sykehus. Legene som mottar henvendelse om innleggelse fra fastlegene eller legevakt, må i større grad være bevisst på hvilke pasienter som kan og skal legges inn i IMA HSS og behandles på dette tjenestenivå. Ringerike sykehus har her en informasjonsjobb å gjøre til egne ansatte leger i klinikken.

På samme måte må allmennlegene gjøres kjent med tjenestetilbudene avdelingen har, slik at legene har tenkt gjennom disse muligheter ved innleggelse av pasienter fra Hallingdal til spesialisthelsetjenesten.

For begge legegrupper må det sikres informasjon. Dette må legges inn i sykehusets plan for informasjon til befolkningen og kommunene.

c) Overføring av pasienter fra Ringerike sykehus og andre sykehus.

HSS kan ta imot flere pasienter tidligere i forløpet enn det som har vært praksis tidligere. Dette skyldes avdelingens kompetanse innenfor ulike faggrupper inkl. legene.

Det er i tillegg til LIS-legene (leger under spesialisering i sykehus), også viktig at overlegekollegiet på Ringerike sykehus er kjent med HSS, hva IMA kan håndtere, slik at pasienter innlegges eller overføres til HSS på riktig tidspunkt i behandlingsforløpet.

d) Konklusjoner

1. Kortsiktige tiltak

- Informasjon.

Det må sikres at allmennlegene i Hallingdal mottar skriftlig informasjon om IMA. Tilsvarende informasjon må også sikres at legene på Ringerike sykehus

- Hospitering.

Det er viktig at både allmennlegene og sykehuslegene opplever hvordan IMA fungerer. Dette for å forstå avdelingens plass i behandlingsforløpet basert på den behandlingskompetanse avdelingen ivaretar. Det må legges føringer for hospiteringsordninger i klinikken.

2. Langsiktige tiltak

-Rekruttering spesialistkompetanse

Klinikken må fortsette å arbeide for at en av legene i avdelingen ivaretar spesialistområdet indremedisin. Enten ved at man ansetter en indremedisiner med ønsket spesialitet eller grenspesialitet, eller ansetter en LIS i et definert utdannelsesløp.

-Klinikken må vurdere om det er kompetanse eller utstyr som kan tilføres avdelingen og gjøre den i stand til å ta i mot nye pasientkategorier.

8. Vurdere om det skal utgreies ny finansieringsmodell for IMA på HSS

9.

Direktør ønsker at evalueringsgruppa kommer med en vurdering av om Vestre Viken bør søke helsedirektoratet om en finansieringsmodell for drift av IMA som en nasjonal modell.

St. melding nr. 47 (2009) Samhandlingsreformens hovedutfordring er finne fram til bedre løsninger for de pasienter som får tjenester fra begge nivåer i norsk helsevesen – kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og som havner i gråsonerområder, der det ikke er klart nok forankret i forvaltningsnivåene hvem som har ansvar for pasienten, og der det ikke er gode økonomiske forutsetninger for hvordan oppgavene skal løses i fellesskap.

- **Målsettingen om desentraliserte spesialisthelsetjenester**

«Sentralisere det en må og desentralisere det en kan» (Strategisk målsetting - Helse Sørøst)
«Spesialisthelsetjenesten vil måtte utvikle sin desentraliserte rolle». «Samlokalisering med desentraliserte spesialisthelsetjenester kan bidra til å sikre befolkningen nærhet til nødvendige helse- og omsorgstjenester.» (Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015)

- **Lokale samarbeidsmodeller knyttet til lokalmedisinske sentra.**

«Kommuner og sykehus må sammen vurdere om deler av tjenestetilbudet bør samles i lokalmedisinske senter. Samlokalisering av tjenester synes å være et av suksesskriteriene for å bygge opp døgnplasser i kommunene til observasjon, etterbehandling, lindrende behandling og habilitering og rehabilitering.» (Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015)

Erfaringene etter et års drift tilkjennegir at dette er en krevende driftsmodell. Ikke for pasientene, men for de parter som har ansvar for avtalen om drift av avdelingen.

Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er udelte positive og det er ikke meldt om alvorlige avvik i tjenestene som ytes pasientene i IMA.

Modellen har flere administrative og økonomiske utfordringer:

- Avdelingen må forholde seg til finansieringssystemer, ISF innen helseforetaket og rammefinansiering fra kommunene.
- Avdelingens leger rapporterer at administrative og økonomiske forhold daglig virker inn på beslutninger som burde vært rent faglige.
- Overføring mellom de ulike plassene er byråkratisk og arbeidsgenererende og krever mye ekstra dokumentasjon.
- De pasientadministrative systemer er ikke tilpasset denne type modell. Dette genererer mye manuelt arbeid og små muligheter for statistiske rapporter.
- Kommunene mangler incitament for lokal innleggelse. Kommunaløkonomisk er det billigere å legge pasientene inn på sykehuset enn ved IMA. Samfunnsøkonomisk er dette dyrere.

Konklusjon:

Hallingdalskommunene og Vestre Viken har på IMA på HSS har sammen funnet fram til et faglig sett godt desentralisert helsetjenestetilbud for pasienter med somatiske sykdommer.

Finansieringssystemet som i dag skal ivareta pasienter i dette behandlingsnivå – gråsonen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten -, er ikke tilfredsstillende tilpasset denne driftsformen. Når avdelingen ble planlagt og avtale om salg og leie av lokaliteter på Hallingdal sjukestugu ble signert av Vestre Viken og Ål kommune i 2014, var fortsatt medfinansiering et viktig økonomiske incitament for å lykkes med gjennomføring av viktige tiltak i samhandlingsreformen. Dette forsvant før avdelingen ble startet opp i 2016 og det er fra staten ikke kommet nye finansieringstiltak som erstatning for dette.

Evalueringsgruppa vil gi direktør det råd at Vestre Viken i samråd med Ål kommune søker helsedirektoratet om mulighet til utprøving av ny finansieringsmodell for intermediær døgnet og dagavdeling som pilot i Norge.

10. Konklusjoner og tilrådninger

Vestre Viken har lagt til rette for et brett tjenestetilbud i Hallingdal fra sine klinikker som understøtter driften av IMA HSS. Avdelingen drar nytte av kompetanse og tjenester fra klinikk for intern service, klinikk for psykisk helse og rus, klinikk for medisinsk diagnostikk, klinikk Drammen sykehus, helsefagavdelingen i Vestre Viken og ikke minst klinikk Ringerike sykehus. Samarbeidet resulterer i tilgang på nødvendige medisinskfaglige og praktiske støttefunksjoner som igjen gjenspeiler synergieffekter.

For kommunenes bruk av de intermediære døgnplassene medfører dette forutsigbarhet og tilgjengelighet på kompetanse for de behandlingstilbud som skal ivaretas.

Fra pasienter, pårørende og brukergrupper er det gode tilbakemeldinger på opplevd kvalitet på tilbudene.

Evalueringsgruppa tilråder overfor direktør at det arbeides videre med:

1. Rekruttering av fagpersonell

Legestillinger

- Rekruttering av indremedisiner som erstatter løsningen med « halvårslige stafettordninger med LIS-leger.
- Kommunene avklarer mulighet for finansiering av en interkommunal utdanningsstilling. Hensikten er å bidra til å sikre rekruttering av denne kompetansen til fastlegestillinger i kommunene. Ringerike sykehus må avklare om dette er en type stilling som skal prioriteres i sykehusets behov for nye stillingshjemler for leger.
- Det arbeides videre mot helsedirektoratet med mulighet for å få IMA godkjent til å kunne ivareta leger under spesialisering til allmennmedisin.

Andre fagstillinger

- Evalueringsgruppa får innspill på økt behov for også andre fagstillinger til IMA. Dette er beskrevet i rapporten om kompetanse og rekruttering. Evalueringsgruppa tilrår at det gjøres et prosessarbeid på dette sammen med kommunene, som en del av forarbeide til budsjettprosessen i 2019 og langtidsbudsjettet jmf. evalueringsrapportens punkt 4. d.

2. Informasjon.

- Det må sikres at allmennlegene i Hallingdal mottar skriftlig informasjon. Tilsvarende informasjon må sikres legene på Ringerike sykehus
- Kommunene etterspør informasjon og deltakelse ut i kommunene fra IMA.
- Kommunene peker på hvor nødvendig det er at det i kommunen blir satt fokus på IMA, særlig er det viktig at dette ansvaret for fokusering blir forankra på ledernivå og på legernivå i kommunen. (5)
- Kommunene etterspør en mer offensiv holdning fra IMA, der de fra avdelinga kommer ut i kommunene og informerer om bruken av de kommunale plassene og får input tilbake, slik at det kan utviklas ei felles forståelse for bruken av plassene. (4)

3. Hospitering / kompetansebygging 4.c

- Avtale om gjensidig hospitering mellom kommunene og Ringerike sykehus må evalueres og aktiviseres. Avtalen må også omfatte legene
- Arbeidsgruppen som har besvart ut kompetansebehov diskuterte fremtidige behov for avdelingen, slik en i dag ser for seg framtidig drift. Arbeidsgruppen mener at avdelingen trenger ulik ny kompetanse jmf. evalueringsrapportens punkt 4.c. Evalueringsgruppa tilråder at disse kompetansebehov håndteres på samme vis som behov for stillinger jmf. punkt 1.4. ledd i tilrådingen til direktør.

4. Samarbeide mellom Pleie og Omsorgsavdelingene og IMA

- Det registreres behov for tettere samarbeid mellom omsorgstjenesten i den enkelte kommune og IMA. Dette gjelder både generelt og i samhandling ved innleggelse, under opphold, planlegging av utskriving og sjølv utskrivinga.
- Både IMA og kommunene opplever at partene på grunn av tidsbruk ikke har anledning til å delta på alle nettverksmøter eller samarbeidsmøter. Det foreslås månedlige ½- times videokonferanse-møter mellom IMA og den enkelte kommune. Det forutsetter at kommunene har videokonferanseutstyr og at kommunene er koblet opp mot Norsk Helsennett eller annet billednettverk.

- Hemsedal foreslår ei formell styringsgruppe for de kommunale plassene og sier det er avgjørende for avdelinga at den utvikler seg i den retning kommunene trenger. (4)

5. Finansiering – driftsmodell.

- Kommunene og Ringerike sykehus har ulik oppfatning om praksis på hvordan pasienter som legges inn som øyeblikkelig hjelp på Hallingdal sjukestugu skal plasseres – enten på sengeplasser for kommunal Ø-hjelp eller på spesialisthelsetjenestens sengeplasser for Ø-hjelp. Det er behov for en avklaring på dette.
- Hallingdalkommunene og Vestre Viken har på IMA funnet fram til et faglig sett godt desentralisert helsetjenestetilbud for pasienter med somatiske sykdommer. Finansieringssystemet som i dag skal ivareta pasienter i dette behandlingsnivå – gråsonen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten -, er ikke tilfredsstillende tilpasset denne driftsformen.
- Evalueringsgruppa vil gi direktør det råd at Vestre Viken i samråd med Ål kommune søker helsedirektoratet om mulighet til utprøving av ny finansieringsmodell for intermediær døgn og dagavdeling som pilot i Norge.



Evaluering IMA – kommunale plassar.

Evalueringsgruppa har utpeika ei eiga arbeidsgruppe for å evaluere bruken av dei 10 kommunale plassane ved intermedieravdelinga. Dette er:

Samhandlingsleiar Øystein Lappegard, leiar av gruppa
Helse- og omsorgssjef Jan Olav Helling
Adm leiar i Regionrådet Knut Arne Gurigard
Fastlege Kai Jacobsen
Brukarrepresentant Rune Hansen Gunnerød

Leiar av arbeidsgruppa har laga eit grunnlag for drøfting. Grunnlaget framgår av kap. 1 og 2 nedanfor. Kap. 3 er eit resultat av møte i arbeidsgruppa og er arbeidsgruppa si tilråding til evalueringsarbeidet vidare.

Ein har nærma seg evalueringa frå to vinklingar:

1. Analyse av statistikk
2. Innhenting av synspunkt frå dei seks kommunane gjennom spørjeundersøking.

1. STATISTIKK

Statistikken viser store variasjonar gjennom det første året. Dette er delvis fordi drifta har trengt tid til å finne dei rette driftsgrepa, delvis fordi ein for kvar månad operer med små tal og ein treng derfor lengre tidsperiodar for å finne «steady state». I gjennomgangen nedanfor har ein vald å sjå bort frå 2016, dei 3 ½ første oppstartsmånadane, fordi variasjonane her var markerte.

1. Blir dei kommunale plassane brukt?

Samla beleggsprosent for dei kommunale plassane dei åtte første månadane i 2017 er 76 %. Det var særleg beleggsprosenten i januar og februar og juli som dreg snittet ned.

76 % belegg er ikkje berekraftig. For at dei kommunale plassane skal vera berekraftig, må beleggsprosenten vera over 82,5 %. Dette tilsvarar ein auke på godt fem døgn i veka, eller om lag 1 innlegging ekstra kvar veke på KOM-plass.

Dersom ein skil mellom dei tre ø.hj-plassane (ØHJ) og dei sju kommunale plassane som ikkje er ø.hj (KOM), så er snittet for dei første åtte månadane:

ØHJ:	68 %
KOM:	79 %

Det er viktig å skilje mellom desse i evalueringa, for ØHJ er i stor grad styrt av legetenesta og KOM er førebels i stor grad styrt av sjukehuset og kommunale omsorgstenester.

Eit eksempel på korleis driftsendringar har store konsekvensar for beleggsstatistikken er dei endringane som vart gjort på retningslinjene for ØHJ 06.04.17. Fram til då hadde mange ø.hj.-innleggelsar gått inn i ei diagnostisk sløyfe innlagt på spesialisthelsetenesteplass. Pga låge innleggingstall for kommunal ØHJ bestemte ein at hovudregelen var at alle ø.hj-innleggelsar først skulle innom kommunal plass og deretter evt overflyttast spesialisthelsetenesteplass. Dette gjorde at snittet for beleggsprosenten på ØHJ gjekk opp frå 42 dei tre første månadane til 81 dei tre neste.

Konklusjon:

- Bruken av dei kommunale plassane må aukast for at plassane over tid skal vera berekraftig, dette gjeld både ØHJ-plassar og KOM-plassar
- Retningslinene for ø.hj-innleggelsar ved IMA må framleis vere slik at alle ø.hj-innleggelsar fyrst vert lagt på kommunal ØHJ-plass.

2. Kven brukar dei kommunale plassane?

Det er store forskjellar mellom kommunane. Tre kommunar brukar tilbodet, tre kommunar brukar det lite. Nedanfor er tal for andel av liggedøgn dei åtte første månadane i 2017:

Tabell 1 Prosentandel liggedøgn på IMA januar – august 2017 samanlikna med andel folketal

Andelar (%)	Flå	Nes	Hemsedal	Gol	Ål	Hol
Folketal	5	16	12	22	23	22
Totalt	2	3	7	31	27	30
ØHJ	0*	6	6	20	39	29
KOM	3	2	8	35	22	30

- Flå er knytt til Ringerike legevakt

Flå, Nes og Hemsedal har 33 % av innbyggjarane, men brukar berre 12 % av døgnplassane. Gol, Ål, Hol har 67 % av innbyggjarane og brukar 88 % av døgnplassane.

Det var mange som spådde at IMA kom til å bli ei Ål-dominert avdeling. Det er ikkje tilfelle, vertskommunen kjem på tredjeplass i bruken av avdelinga. Men legetenesta i Ål dominerer bruken av ØHJ-plassane.

Kva er grunnane til dei store forskjellane mellom kommunane? Det er særleg to årsaker:

1. Avstand Til lengre avstand til eit tilbod, til mindre bruk, - dette er velkjent vedrørende helsetenester. I tillegg kjem det poenget at innlegging er «motstraums» sjukehuset for Flå og Nes og til dels Hemsedal.
2. Kjennskap Til meir eit tenestetilbod er kjent mellom legar og sjukepleiarar, til meir vert det brukt. Det ser ut til at kjennskapet er omvendt proporsjonal med avstanden, noko som heller ikkje er overraskande.

Det har vore gjennomført erfaringsmøter mellom dei tre kommunane som brukar tilbodet mest og mellom dei tre kommunane som brukar tilbodet minst. Referat frå desse møta er vedlagt denne rapporten.

IMA har invitert alle fastlegar og turnuslegar i Hallingdal til å hospitere på avdelinga ein formiddag for å styrke kjennskapet til kva avdelinga står for og korleis den fungerer. Utanom turnuslegar er det berre 1 lege som har teke i mot tilbodet.

Konklusjon:

- Det er ynskjeleg at tilbodet ved IMA er ei helseteneste som alle innbyggjarane i Hallingdal kan få likeverdige mogelegheiter til å bruke.
- Alle fastlegar bør gjennomføre hospitering ved IMA.

3. Er det dei rette pasientane som vert lagt inn?

a) ØHJ-plassar (3 plassar)

Innlegging på ØHJ vert i stor grad styrt av avdelingslegane ved IMA, sidan alle innleggelsar mellom 08 og 22 må godkjennast av desse. Særleg nye legar, turnuslegar og vikarar, har vanskar med å forstå kva pasientar som kan vera aktuelle for IMA. Avdelingslege Rune Rindal seier at i snitt 1-2 gonger i veka tilrår avdelingslegane innleggande lege om heller å leggje pasienten inn på sjukehuset.

Det er ØHJ-plassane som er lovpålagte og som er ei fylgje av samhandlingsreforma. Målet er at lokale innleggingar skal avlaste sjukehuset med innleggingar som like gjerne kunne ha vore behandla utanfor sjukehuset.

For allmennlegane / vaktlegane så har ein både mogelegheit av å leggje pasientar inn på lokal sjukeheim og ein har mogelegheit av innlegging på ØHJ ved HSS. Det er store forskjellar mellom kommunane i Hallingdal på praksis på dette feltet. ØHJ-plassane ved HSS har eksistert sidan 2012, slik at bruken av desse har ein fleire års erfaringar med. Ein har ikkje enno statistikk for 2017, men i 2016 var det ei slik fordeling:

Tabell 2 Fordeling av andel ø.hj-innleggelsar til tre ulike nivå for kvar av kommunane. Antal innleggelsar på Ringerike sjukehus (RS) pr. 1000 innb. 2016.

Andelar (%)	Flå	Nes	Hemsedal	Gol	Ål	Hol
Lokal sjukeheim	6	8	15	0	7	11
ØHJ-HSS	1	4	9	10	19	15
Ringerike sjukehus	93	88	76	90	74	74
Antal innl. RS pr. 1000 innb. 2016	93	105	55	83	70	77

Internasjonal og nasjonal forskning viser at om lag 20 % av dei som vert lagt inn som ø.hj. på sjukehus, burde hatt eit alternativt lokalt tilbod. Vi ser at tre kommunar i Hallingdal ligg over dette, Hemsedal, Ål og Hol, medan dei tre andre kommunane ligg godt under 20 %. Ein får stadfesta dette mønsteret dersom ein ser på antal innleggelsar på Ringerike sjukehus pr. 1000 innb. Det er lite truleg at det er medisinske eller helsemessige årsaker til desse forskjellane. Men igjen er avstand til sjukehus avgjerande pluss alderssamansetjing av befolkninga. Hemsedal har ei mykje yngre befolkning enn resten av Hallingdal og har også færre innleggelsar på sjukehus. I tillegg vil lokal organisering av omsorgstenestene vera ein viktig faktor. Gol har ikkje på same måten som dei andre kommunane tradisjon for korttidsinnleggingar på eigen sjukeheim.

13-15 % av innlagte pasientar på ØHJ vert sendt vidare til sjukehus frå IMA, dette er på nivå med andre lokalmedisinske sentra i landet. Dette tyder på at det ikkje er for sjuke pasientar som vert lagt inn ved ØHJ-plassane.

Avdelingslege Rune Rindal melder at pasientar med psykiske helseproblem ofte er dårlegare enn det retningslinene legg opp til. Dette er ting ein må tilpasse etter kvart.

Det var i vinter og vår ein periode med mange tilbakemeldingar om at pasientar ikkje vart tatt i mot, sjølv om avdelinga har inntaksplikt for ø.hj. Det har vore mindre tilbakemeldingar om dette i det siste.

Månadleg gjennomsnittleg liggetid på dei tre ØHJ-plassane har variert mellom 1,5 og 3,7 døgn der samla snitt dei fyrste åtte månadane er 2,7 døgn. Dette er i samsvar med målsetjinga om ein rask turnover på desse plassane.

Konklusjon:

- *Alle kommunar bør ha ei målsetjing om å avlaste sjukehuset med ø.hj-innleggsar lokalt tilsvarende minst 20 %.*

b) KOM-plassar (7 plassar)

Dei sju kommunale plassane ved IMA er eit interkommunalt tiltak der ein på tvers av kommunegrensene ville gje eit tilbod til pasientar som ikkje har behov for sjukehus, men der heimkommunen har vanskar med å kunne gje tilstrekkeleg kompetanse eller oppfølging. Dette som eit resultat av samhandlingsreforma der stadig dårlegare pasientar vert overført til kommunane.

Ein har lite statistikk på dette området, men har fått tilbakemeldingar frå avdelingslege Rune Rindal. Dei fleste av pasientane kjem til KOM-plass etter eit sjukehusopphald. I starten var det slik at sjukehuset først overførte til spesialisthelsetenesteplass ved HSS og at pasientane deretter vart konvertert over til kommunal plass, men Rindal seier at i den seinare tid har fleire pasientar kome direkte til kommunal plass frå sjukehuset etter at dette er avklart med heimkommunen.

Det er få pasientar som vert søkt inn direkte frå kommunane, korkje frå fastlegane eller frå sjukeheimane. På førehand meinte ein at plassane ville kunne brukast både til utgreiingar der ein ikkje såg det naturleg å søke sjukehuset, funksjonsutgreiingar og avklaringar av meir diffuse tilstandar. Fastlegane og sjukeheimslegane har ikkje tatt avdelinga i bruk til dette føremålet. Ei administrativ hindring i Vestre Viken HF har vore at henvisningane frå fastlegane måtte innom Ringerike for vurdering. Dei fekk då også ofte time eller innlegging på Ringerike. Fyrst no i haust lukkast ein med å ordna opp i dette, slik at fastlegane elektivt kan søke ein pasient direkte til IMA, HSS, utan å gå vegen om Ringerike.

IMA har også streva med å gje eit systematisert rehabiliteringstilbod i dei kommunale plassane. Funksjonsvurderingar og planmessig rehabilitering må ofte vike for reint medisinske problemstillingar. På dette feltet har ein fått prosjektmidlar til «Prosjekt Innovativ rehabilitering i Hallingdal». Det er forventningar til at dette prosjektet skal kunne gje ei fagleg betre rehabiliteringsteneste og ein større andel pasientar innlagt til rehabilitering.

Det var etter påske signal om at avdelinga fekk ein del «sjukeheimspasientar». Og framleis er det enkelte pasientar som fyrst og fremst treng omsorg og der ein ikkje har ei spesifikk målsetjing med opphaldet. Det er unødig dyre plassar å bruke til desse pasientane, men av og til må avdelinga fungere som buffer for heimkommunen der ein lokalt ikkje har plass.

Månadleg gjennomsnittleg liggetid på dei sju KOM-plassane har variert mellom 4,7 og 9,0 døgn der samla snitt dei fyrste åtte månadane er 6,9 døgn. Vi meiner dette snittet er bra og kanskje overraskande lågt. Vi har rekna med at pasientar både i terminal pleie og langvarig rehabilitering vil dra snittet opp.

Konklusjon:

- *Fastlegane og sjukeheimslegane må i større grad søke pasientane elektivt inn ved IMA for utgreiingar og funksjonsvurderingar.*

2. SPØRJEUNDERSØKING

På vegne av arbeidsgruppa for evaluering av dei kommunale plassane ved intermediæravdelinga (IMA) ved Hallingdal sjukestugu (HSS), har Øystein Lappegard sendt ut og innhenta svar på spørsmål sendt til fire nivå i dei seks kommunane : 1) Nivå rådmann 2) Nivå kommunalsjef helse og omsorg 3) Nivå omsorgstenester 4) Nivå legetenester. Spørsmåla var:

Intermediæravdelinga (IMA) ved Hallingdal sjukestugu er ei samhandling mellom kommunen og helseforetaket.

Frå den ståstaden du representerer:

- 1. Kva er gevinstane med IMA?**
- 2. Kva er utfordringane med IMA?**
- 3. Har de forslag til endringar i samarbeid, drift eller organisering?**

I mailen vart det stilt nokre få tilleggsspørsmål. Dei fleste har svara på desse også og svara er innarbeidd i samandraget. Nedanfor er eit samandrag av svar innkome innan utgangen av arbeidsdagen fredag 22.09.17.

Av fem spurte rådmenn (Hemsedal manglar rådmann) har tre svara (manglar svar frå Ål og Nes).
Av seks spurte kommunalsjefar har fem svara (manglar svar frå Flå).
Av seks spurte omsorgstenester har seks svara.
Av seks spurte legetenester har fem svara (manglar svar frå Flå).

Ein finn størst skilnader i svara mellom kommunane, ikkje mellom nivåa. I samandraget viser ein derfor til svar frå dei ulike kommunar, uavhengig av kva for nivå i den enkelte kommune som har svara dette.

Som eit litt uhøgtideleg spørsmål vart nokre av nivåa spurt om dei trudde avdelinga er der om 10 år. Hol, Ål, Gol og Hemsedal svara eit sikkert *ja*. Flå svara *truleg* og Nes svara *lite truleg*. Grunngevinga finn ein nok i dei til dels detaljerte tilbakemeldingane dei har gjeve på vide spørsmålsstillingar. Mange har lagt mykje arbeid i tilbakemeldinga og er det lite respektfullt å trekke ut korte slutningar og konklusjonar frå lengre resonnement. For at tilbakemeldingane skal bli handterlege, var dette likevel naudsynt.

Nedanfor er tilbakemeldingane gruppert i tre grupper, gevinstar, utfordringar og framlegg til endringar. Talet i parentes bak den enkelte overskrift fortel kor mange kommunar som har hatt samanfallande synspunkt på dette.

GEVINSTAR

1. **Kompetanse (5)**

Alle kommunane utanom Nes, peikar på at IMA dekkjer behov for spisskompetanse kvar enkelt kommune kan ha vanskar med å dekke. Det er ressursparande å samarbeide om denne kompetansen. Det vert peika spesielt på gode erfaringar med rehabiliteringsopphald og ein viser til at det er lite reinnleggelsar av pasientar frå IMA. Hol nemner særleg kartlegging /avklaring av eldre pasientar med samansette behov og eit kompetent palliativt tilbod. Hol seier IMA er eit viktig bidrag i behandlingsskjeden og ein ressurs kommunen ikkje kan greie seg forutan. Nes hevdar å ha all naudsynt kompetanse sjølv og har ikkje behov for plassane.

2. **Opplevd kvalitet og fagleg kvalitet (5)**

Ein har i evalueringa ikkje spurt brukarane direkte. Men nesten alle kommunar ser gevinsten ved den pasientopplevde kvaliteten ved IMA. Hemsedal seier det slik: Det er pasientane som har den største gevinsten med IMA. Den lokale forankringa er ein del av denne gevinsten. Samtidig melder like mange kommunar at dei opplever den faglege kvaliteten høg.

3. **Buffertilbod (5)**

Avdelinga verkar som ein buffer i situasjonar der den enkelte kommune slit med plassmangel. Dette kan alle kommunar oppleve i periodar som fylgje av svingningar i etterspørselen etter omsorgstenester. Dei felles plassane gjev større fleksibilitet i det samla tilbodet i Hallingdal. Samtidig er for stor bruk som buffer ei dyr løysing for kommunane. Nes nemner også smitte-situasjonar og ferieavvikling på eigen korttidsavdeling som aktuelle behov for eit buffertilbod.

4. **Fag- og kompetansebase (5)**

Fleire peikar på at det i fagmiljøa ved IMA og Hallingdal sjukestugu ligg potensiale som ein fag- og kompetansebase i Hallingdal, både på legesida og på andre fagområde. Hemsedal ser for seg samarbeidande team innan særlege område. Det vert frå Flå etterspurt om sjukepleiarar ved IMA kan følgje enkelte pasientar ut i kommunen med veiledning og opplæring.

5. **Nærleik (4)**

Det er eit gode for både pasientar og pårørande at tenester kan gjevast lokalt. Hemsedal peikar også på at nærleiken til tilbodet er bra for ambulanseberedskapen i Hallingdal.

6. **Nærsjukehuset (3)**

Alle kommunar er positive til desentraliserte spesialisthelsetenester i Hallingdal, og nokre ser at eit kommunalt medansvar sikrar dette. Ingen av dei tre kommunane lengst frå HSS meiner at spesialisthelseteneste-døgnplassar er avgjerande viktig for deira kommune, men to av dei meiner likevel at dette er viktig for Hallingdal som region. Fleire peikar på CT som eit stort pluss for Hallingdal, andre nemner røntgen, laboratorieteknisk utstyr, ultralyd og Hallingdal sjukestugu som base for luftambulansen. Generelt har ein ved IMA lett tilgang til spesialisthelseteneste.

7. **Holistisk tilnærming og meir samanhengande pasientforløp (3)**

IMA har ei holistisk eller heilskapleg tilnærming til pasientane, der dei ikkje berre får handsama den eine innleggingsdiagnosen slik det er på sjukehuset. Pasientane opplever også eit meir heilskapleg pasientforløp med kort veg frå spesialisthelseteneste til kommune.

8. **Aktuelle pasientgrupper (3)**

Det vert vist til at det er store aktuelle pasientgrupper der ein på IMA kan få tettare medisinsk oppfølging enn det lokal sjukeheim kan gje. Dagleg legetilsyn og tilgang til fleire diagnostiske hjelpemiddel gjev raskare og betre avklaring av medisinske problemstillingar. Spesielt nyttig for sårbare pasientgrupper som eldre, kronisk sjuke og kreftpasientar.

9. **Samhandling og avlasting av sjukehuset (2)**

Det vert peikar på at IMA oppfyller samhandlingsreformen sitt pålegg til kommunane om å avlaste sjukehuset for innleggingar. Ein oppnår ei betre samhandling og ei avklaring av medisinske og samansette problemstillingar på lågast mogeleg nivå.

10. **Samarbeid og dialog (1)**

Hol peikar på at dialogen mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta er lettare med IMA enn med sengeavdelingar på sjukehuset. At det er allmennlegar frå Hallingdal som er tilsett som avdelingslegar fremjar ein god dialog og eit godt samarbeid med fastlegane i dalen.

UTFORDRINGAR

1. **Økonomi (6)**

Alle kommunane nemner økonomi som ei hovudutfordring, ikkje minst fordi faget dette fyrste året har kome i skuggen av utfordringar med beleggsprosent og økonomi. Tre kommunar meiner den interkommunale avtala bør endrast (Hol, Ål, Hemsedal), tre kommunar meiner ikkje dette. Nes foreslår ulike avtaler for dei ulike kommunane.
2. **For mykje heng på legane (4)**

Det er berre legane som kan leggje inn pasientar ved IMA. Dette gjer omsorgstenesta svært avhengig av at legane i kommunen kjenner til og nyttar tilbodet. Det blir reist spørsmål om omsorgstenestene burde kunne leggje inn pasientar slik som ved eigne korttidsavdelingar.
3. **Liten påverknad på plassering på kommunal plass eller spesialisthelsetenesteplass (4)**

Det er frå kommunane si side eit krevjande skilje mellom dei to nivåa på IMA. Bruken av dei to typar plassar vert bestemt internt på avdelinga og kommunane har ikkje mogelegheit for påverknad eller eigen vurdering, og kommunane blir ikkje tilstrekkeleg involvert eller informert. Ein ser at utfordringa for IMA er stor i skjeringspunktet mellom to kulturar (behandling i spesialisthelsetenesta og funksjonsorientering i kommunehelsetenesta).
4. **IMA som ein del av «våre tenester» (4)**

Utfordringa for kommunane er å greie å sjå dei kommunale plassane som ein del av sine tenester. Det vert peika på at IMA også her har eit ansvar for ikkje å opptre som ei spesialisthelseteneste men koma ut til kommunane i ein betre dialog.
5. **Felles ansvar (3)**

Det felles regionale ansvaret vert understreka av fleire, det må arbeidast med haldningar og bevisstgjerings om felles ansvar for og felles bruk av felles tiltak. Nes understrekar at lojaliteten fyrst og fremst går mot eigne innbyggjarar og eigne helse- og omsorgstenester og at alle kommunar burde ta ansvar for å byggje opp tenester og kompetanse innanfor sine grenser.
6. **Oppstartsvanskar (3)**

Tiltaket er komplekst og ein må ha is i magen og innsjå at det vil ta tid før drift og organisering har funne sine løysingar. Det vert frå enkelte åtvare mot å gjera for store endringar, dette både i avtaler, drift og organisering. Det er ei utfordring å få til jamn og høg utnytting av tilbodet og Hol peikar på at meir systematisert og planlagt bruk av plassar til rehabilitering kan avhjelpe dette.
7. **Aktuelle pasientgrupper (3)**

Tre kommunar omtalar dette, men på ulik måte. Hemsedal peikar på den smale nisjen ein opererer med mellom sjukehus og sjukeheim, medan Hol tvert om understrekar at den aktuelle pasientgruppa er stor. Nes peikar på at det framleis må vere dei ni pasientgruppene ein identifiserte før oppstart som ein bør kunne forvente gevinstar med.
8. **Psykisk helse nedprioritert (3)**

Det vert peika på at somatikk og psykisk helse skal handsamast likeverdig, men at ein opplever at avdelinga vil ha somatiske pasientar. Kan psykisk helse vektleggjast sterkare ved avdelinga?
9. **Unik utprøving (2)**

Det er både ein gevinst og ei utfordring at modellen er eineståande i landet og av nasjonal interesse. Ein bør i samarbeid med VVHF få statleg involvering og støtte. Dette ville kunne skape den nødvendige ro rundt drifta til å kunne konsentrere seg om utvikling av fagtilbodet.
10. **Elektronisk henvisning (1)**

Hol nemner mangel på direkte elektronisk henvisning til IMA (dette skal no ha kome på plass).
11. **Trussel for lokal rekruttering (1)**

Nes peikar på at dersom dei utfordrande og spanande faglege oppgåvene vert samla ved IMA, vil kommunane ha vanskar med å tiltrekke seg fagpersonell.
12. **For dårleg kapasitet på sikt (1)**

Hol er redd for at tilbodet får for liten kapasitet etter kvart som tilbodet vert innarbeidd og kjent.
13. **Kompetanse på psykisk utviklingshemma (1)**

Gol etterlyser ein betre kompetanse på handsaminga av psykisk utviklingshemma

FRAMLEGG TIL ENDRINGAR

1. **Forankring på leiarnivå og legenivå (5)**
Kommunane peikar på kor naudsynt det er at det i kommunen vert sett fokus på IMA, særleg er det viktig at dette ansvaret for fokusering vert forankra på leiarnivå og på legenivå i kommunen.
2. **Betre info ut i kommunane frå IMA (4)**
Det vert etterlyst ei meir offensiv haldning frå IMA der dei frå avdelinga kjem ut i kommunane og informerer om bruken av dei kommunale plassane og får input tilbake slik at det kan utviklast ei felles forståing av bruken av plassane.
3. **Hospitering (4)**
Hospitering begge vegar må formaliserast og organiserast. Dette gjeld både legar og sjukepleiarar. Nokre peikar spesielt på dette at fastlegane i kommunen sin kjennskap til IMA er avgjerande for om pasientane i omsorgstenesta får nytta dette tilbodet.
4. **Tettare samarbeid (4)**
Fleire etterlyser eit tettare samarbeid mellom omsorgstenesta i den enkelte kommune og IMA. Dette gjeld både generelt og i samhandling under opphald, planlegging av utskriving og sjølve utskrivinga. Dersom kommunane får større påverknad på utviklinga av avdelinga, får dei også større eigarskap. IMA / HSS er også ofte fråverande frå nettverksmøter der dei er inviterte. Ål foreslår månadlege ½-times videokonferansemøter mellom IMA og den enkelte kommune. Hemsedal foreslår ei formell styringsgruppe for dei kommunale plassane og seier det er avgjerande for avdelinga at den utviklar seg i den retning kommunane treng.
5. **Førebu eldrebølgja (3)**
Dei demografiske utfordringane og flytting av oppgåver til kommunalt nivå er utfordrande for kommunane. IMA kan bidra i den retning kommunane treng det, til dømes innan geriatri.
6. **Vektlegging psykisk helse (3)**
Det er ynskje om at IMA vektlegg sterkare tilbod innan psykisk helse, ikkje berre på Ø.HJ-plassane, men også på dei andre kommunale plassane.
7. **Fagleg profil på inn- og utskriving ved IMA (2)**
Det vert peika på at der det er faglege grunnar til at pasienten bør rett til kommunen (demens, kjent pasient på sjukeheimen), der bør ein unngå eit ekstra ledd i behandlingsskjeda. For andre pasientar vil eit litt forlenga opphald på dei kommunale plassane ved IMA gjera at ein unngår eit kort opphald på kommunal sjukeheim og kan sende pasienten direkte heim.
8. **Rehabilitering, læring og meistring (2)**
Hol meiner at meir systematisert bruk av plassar til rehabilitering kan gje meir stabil bruk av plassane. Hemsedal lyfter fram læring og meistring. Nes meiner at rehabilitering må vera den enkelte kommune sitt ansvar.
9. **Betre opplæring innad på IMA (2)**
Det vert nemnt fleire eksempel på feilinformasjon til pasientar inne på avdelinga. Det vert etterlyst ei betre opplæring om dei kommunale plassane på avdelinga.
10. **Ringerike sjukehus må ta ansvar (2)**
Det er avgjerande for eksistensen til IMA at Ringerike sjukehus byrjar å gje tilbakemelding til legar som legg inn pasientar på sjukehuset som heller kunna ha fått eit tilbod lokalt.
11. **Kvalitetsindikatorar og gevinstrealisering (1)**
Gol ber om at det vert utarbeidd gode, faglege kvalitetsindikatorar som er målbare og som alle kommunar kan bli målt på. Ein må betre greie å synleggjera gevinstane.
12. **Omsorgstenesta kan legge inn på korttidsplass (1)**
Nes foreslår at ikkje berre legane, men også omsorgstenestene, burde hatt høve til å leggje inn pasientar slik som ved eigne korttidsavdelingar.
13. **Kjøp av korttidsplass (1)**
Gol foreslår ei ordning der kommunar kan kjøpe seg korttidsplass ved avdelinga.
14. **Rekvirering av hjelpemiddel (1)**
Gol etterlyser betre rutinar for rekvirering av hjelpemiddel frå IMA si side.

3. TILRÅDING FRÅ ARBEIDSGRUPPA

1. Den einskilde kommune

- a) Den einskilde kommunes utfordringar rundt bruk av plassar ved IMA må forankrast på leiarnivå og legenivå.
- b) Bruken av dei kommunale plassane må aukast for at plassane over tid skal vera berekraftig, dette gjeld både ø.hj-plassar og dei sju kommunale plassane.
- c) Alle kommunar bør ha ei målsetjing om å avlaste sjukehuset med ø.hj-innleggelsar lokalt tilsvararande minst 20 %.
- d) Kommunane bør medverke til at fastlegane og sjukeheimslegane i større grad søker pasientar elektivt inn ved IMA for utgreiingar og funksjonsvurderingar.
- e) Kommunane bør medverke til at fastlegar og andre faggrupper gjennomfører hospitering ved IMA.

2. Det interkommunale samarbeidet

- a) Det er eit overordna politisk ansvar å sikre at alle innbyggjarar i Hallingdal har eit likeverdig tilbod om tenester frå IMA og Hallingdal sjukestugu.
- b) Evalueringa har synleggjort at det er stort sprik mellom kommunane i den grunnleggjande tenkinga om interkommunalt samarbeid og forholdet mellom lokalt ansvar og felles ansvar. Regionråd / rådmannsutval bør gripe fatt i dette og sjå på mogelege konsekvensar for samarbeid og samarbeidsavtale om IMA.

3. Samarbeidet mellom kommunane og Vestre Viken HF om avdelinga

- a) Dei driftsmessige vanskane ved modellen bør løftast opp til eit nasjonalt nivå for å få tilpassa ordningar på det administrative og økonomiske planet. Ein bør også vende seg til fagleg overordna instansar for å få hjelp til å utarbeide kvalitetsindikatorar tilpassa denne type drift.
- b) Samarbeidsstrukturen mellom Ringerike sjukehus og kommunane bør revurderast. Arbeidsgruppa foreslår at eit eige samarbeidsorgan samansett med nokre få representantar frå dei to partane må få mandat til å drøfte faglege og driftsmessige spørsmål fortløpande. Dette organet bør også få ansvaret for å drøfte og ivareta vidare alle dei ulike innspel til endringar som evalueringa har fått fram. Her vil ein særleg peike på:
 - Den faglege profilen på inn- og utskrivingar
 - Om omsorgstenesta skal få høve til å leggje pasientar direkte inn
 - Styrkinga av rehabilitering, læring og meistring ved avdelinga
 - Om psykisk helse kan styrkast i avdelinga sitt tilbod
- c) Arbeidsgruppa vil i tillegg fokusere på følgjande punkt:
 - Retningslinene for ø.hj-innleggelsar ved IMA må framleis vera slik at alle ø.hj-innleggelsar fyrst vert lagt på kommunal plass.
 - Hospitering for sjukepleiarar og legar må formaliserast og organiserast.

4. Vestre Viken HF /Ringerike sjukehus

- a) Det vert etterlyst ei meir offensiv haldning frå IMA med regelmessig dialog med den enkelte kommune om bruken av dei kommunale plassane spesielt og om IMA generelt.
- b) IMA må styrke den interne opplæringa av personalet på avdelinga vedrørande bruken av dei kommunale plassane.
- c) Ringerike sjukehus må finne eit system for å styre eller gje tilbakemeldingar til fastlegar / legevaktlegar om innleggelsar der eit lokalt nivå burde ha vore brukt.