Forprosjekt

*Hallingdal Lokalmedisinske Senter*



2010

*Reidar Aasheim og Trond Kleppen*

*Prosjektledere*

*15.07.2010*

Innhold

[Sammendrag 3](#_Toc269894587)

[1. Innledning 3](#_Toc269894588)

[1.1 Mål og rammer 3](#_Toc269894589)

[1.2 Resultatmål 3](#_Toc269894590)

[1.3 Rammer 3](#_Toc269894591)

[1.4 Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken 3](#_Toc269894592)

[2. Historikk 3](#_Toc269894593)

[2.1 Stortingsmelding nr 47 ( 2008-2009) 3](#_Toc269894594)

[3. Metode og gjennomføring 3](#_Toc269894595)

[4. Gjennomføring i henhold til prosjektplan 3](#_Toc269894596)

[4.1 Status 3](#_Toc269894597)

[4.2 Kritiske suksessfaktorer 3](#_Toc269894598)

[4.3 Forslag og tiltak 3](#_Toc269894599)

[4.4 Forventet måloppnåelse 3](#_Toc269894600)

[5. Hallingdal Lokalmedisinske Senter ( HLS ) 3](#_Toc269894601)

[5.1 Organisering 3](#_Toc269894602)

[5.2 IKT, Telemedisin og medisinskteknisk utstyr 3](#_Toc269894603)

[5.3 Kompetanse / Lærings- og mestringssenter (LMS) 3](#_Toc269894604)

[5.4 Forebyggende tiltak 3](#_Toc269894605)

[5.5 Medisinskfaglig samarbeid. 3](#_Toc269894606)

[5.6 Døgn og dagbehandling – somatikk. 3](#_Toc269894607)

[5.7 Døgn og dagbehandling - psykisk helsearbeid og rus 3](#_Toc269894608)

[6 Behandlingskjeden - Pasientforløp 3](#_Toc269894609)

[7. Økonomiske forhold 3](#_Toc269894610)

[8. Eierskap, organisering og styring 3](#_Toc269894611)

[8.1 Eierskap 3](#_Toc269894612)

[8.2 Organisering 3](#_Toc269894613)

[9. Framdriftsplan 3](#_Toc269894614)

[10 Sammenlignbare prosjekt 3](#_Toc269894615)

[10.1 Erfaringer: 3](#_Toc269894616)

[11. Konklusjoner 3](#_Toc269894617)

[12. Vedlegg 3](#_Toc269894618)

# 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.

Stortingsmeldingen 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](#_Toc266776979)

[2 IKT, Telemedisin og medisinskteknisk utstyr](#_Toc266776980)

[3 Kompetanse / Lærings- og mestringssenter (LMS)](#_Toc266776981)

[4 Forebyggende tiltak](#_Toc266776983)

5 Medisinskfaglig samarbeid

[6 Døgn og dagbehandling – somatikk](#_Toc266776982)

[7 Rus og psykisk helsearbeid](#_Toc266776985)

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). Fellestiltak som eierne finner aktuelt å legge ut til andre kommuner, bør likevel vurderes organisert og koordinert 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 HOD 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 frå 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 er innarbeidet.  
  
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 både i politisk og administrativ styringsgruppe ved ordfører Oddvar Grøthe og rådmann Odd Egil Stavn.  
Her er samhandlingsreformen og kommunehelsearbeidet satt i fokus, og der Hallingdal Lokalmedisinske Senter er plukket ut som et av fem frontprosjekt.  
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 i2002.  
  
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 ansvarsplassering 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 forslag til 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 kommunestyrer 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 avviki 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:

**Lokalmedisinsk senter**

**Tjenester fra kommune- 1 Tjenester fra spesialist-**

**helsetjenesten 2 3 helsetjenesten**

**4**

*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.

**Fig 2**

**F**

*Figur 2: Hovedprosjektmodell med 7 delprosjekt*

## 

**Delprosjektene er nærmere beskrevet i de neste avsnittene:**

## 5.1 Organisering

Delprosjekt 1 bør utrede videre:

* Organisering,økonomi og ledelse av Hallingdal Lokalmedisinske senter, inkl. det videre utviklingsarbeideti tråd med sentrale føringer og ivareta avtaler/utvikle lokalt avtaleverk.
* Dialog og samordning med andre samhandlingsprosjekt ( f.eks innen kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken HF, innen barnevern, familievern, Livreddere i Hallingdal, Nasjonalt pilotsykehus Ringerike Sykehus m.fl.).
* Oppbygging av felles systemarbeid, jmfr. 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 som kommunene vil løse i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og de tiltak spesialisthelsetjenesten vil gjennomføre desentralisert i Hallingdal.
* 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.

## 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](http://www.helsedirektoratet.no/helsekonferansen/nyheter/telefonen_som_knytter_helsetjenesten_sammen_716264).

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:

* legge til rette for elektronisk kommunikasjon i samarbeidet
* 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 i samarbeid med helseforetaket.   
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 ( f.eks ernæringskompetanse og logopedi )
* Etablere et tett samarbeid med Undervisningssjukeheimen for Buskerud i Ål 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 forbyggende 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 mellom spesialisthelsetjenesten og 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 (f.eks barn/ungdom,  
  rehabilitering, geriatri/psykogeriatri m.fl)
* Samarbeid om individuell plan.
* 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 Søbstad 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 Døgn og dagbehandling - psykisk helsearbeid og rus

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.   
Opptrappingsplanen 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 intervenering, rehabilitering og behandling. Spesialisthelsetjenesten ivaretar sykehusfunksjoner, Distriktspsykiatrisk 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.

**Korttid**splasser i kommunene

Pasient til behandling hos fastlege /legevakt

Behov for tilbud utenfor pasientens hjem

bosted

Hjem + Kom.

helse/omsorg.tj

Intermediær avdeling– HSS

Somatikk og psykiatri

Poliklinikk /  
Dagbehandling

Sjukehus / Spesialisthelsetj.

*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 frå Ål kommune i 1979 ), og dette aktualiserer helseforetaket som eier. Helseforetaket er i gang med en vurdering av dette tema i forhold til alle kommunene i sitt nedslagsfelt (26 kommuner ).   
  
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 (grunnavtale)

• 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.

Vurdering:  
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 sluttført 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.

Som et alternativ kan det være aktuelt å søke HLS som et nasjonalt pilotprosjekt som   
omhandler alle element i stortingsmelding nr 47, og som kan innebære prosjektorganisering over en femårsperiode. I dette kan det også være aktuelt å vurdere prosjektet driftet av helseforetaket. Beslutning om dette tas etter mellomprosjektet.

# 9. Framdriftsplan

**Forprosjektet:  
  
  
Mellomprosjekt:**

**Hovud**

**-**

**Tidsplan**

**Ress.**

**aktivitetar**

**Nov**

**Des**

**Jan**

**Feb**

**Mars**

**Apr**

**Mai**

**Juni**

**Juli**

**bruk**

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

x

x

x

x

Styringsgr.møter

x

x

x

Milepælar

x

x

Beslutningspunkt

x

x

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hovud-** | **Tidsplan Mellomprosjekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ress.** |
| **aktivitetar** | **Okt** | | | **Nov** | | | | **Des** | | | | **Jan** | | | | **Feb** | | | | **Mars** | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | **bruk** |
| 1- Prosjektplan |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | 40 |
| 2- Samarb. interkom |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | 8 |
| 3- Organisering |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | 8 |
| 4- Økonomi |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | 8 |
| 5- Framdriftsplan |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | 6 |
| 6- Behandlingsperiode |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| 7- Oppstart h-prosj. |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  |  |
| **Sum dagsverk:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 70 |
| Arbeidsmøter | x |  | | x | |  | | x | |  | | x | |  | | x | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
| Styringsgr.møter | x |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | x | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
| Milepælar | x |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | x | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |
| Beslutningspunkt | x |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | x | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  |

**Hovedprosjekt:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hovud-** | **Tidsplan Hovudprosjekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Ress.** |
| **aktivitetar** | **1.kv** | | **2.kv** | | **3.kv** | | **4.kv** | | **2012** | | **2.kv** | | **3.kv** | | **4.kv** | | **2013** | | **bruk** |
| 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 |  | x |  | x |  | x |  |  | x |  |
| Styringsgr.møter | x |  |  | 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.

# 10 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 døgnbehandling 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 døgnbehandling 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, Eigersund 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 intermediær 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 Geriatriske**  
Drammen geriatriske kompetansesenter er en hjørnestein i samarbeidsprosjektet mellom Drammen kommune, Sykehuset Buskerud og Høyskolen 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- forsking og kompetanseutvikling. Det betyr at Drammen geriatriske kompetansesenter vil være sentralt for det samarbeid som er etablert mellom Drammen kommune, Sykehuset Buskerud og Høgskolen i Buskerud.  
Formålet med Drammen geriatriske 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 unødig 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 forsking

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 etableringa 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 akuttilstander. 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 / intermediærtilbud 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 dagkirugisk 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-september2010.

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 mai 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 sluttføring 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 kan det synes 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 | ansatterepresentant | 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, | ansatterepresentant | TV-FF, Ål kommune |
| Tove Berit | ansatterepresentant | 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 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 3 ( Rehabilitering )  Arnhild Ødegård (leiar) Turid Svenkerud  Sissel Hovland  Marit Ø. Lie  Kristin Gullingsrud  Harald Lystad  Herbjørg Dalane  Kari R. Fossli | Gruppe 4 ( Førebyggande helsearbeid )  Tove Karlsen (leiar) Hege Isungseth  Øystein Lappegard  Tove Moen  Astri B Garthus  Randi L B Larsen  Marry Viljugrein  Odd Egil Stavn |
| Gruppe 5 ( Pleie/Omsorg )  Marit Mikkelsplass ( leiar)  Hege Frøynum  Eva Tvedt  Tone F. Berg  Eva Stavn  Odd Øverli  Anne Tunestveit | Gruppe 6 ( Pleie / Omsorg ) Henrik Thorseth (leiar)  Ola Petter Espe  Siv Klefstad  Randi L'Orsa  Vlasta Sundmoen  Solveig Nørstebø  Mildrid Hagenlund  Birgit Ulshagen |
| 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 | 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 |
| Sigrid A Iversen  Kjell Torgersen  Kari R. Fossli | 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** |