



Hallingdal lokalmedisinske senter

Samhandlingsreformen –
utvikling og organisering i Hallingdal

Prosjektplan

Delprosjekt nr. 1 – Organisering

*Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol kommune
Vestre Viken HF, Hallingdal sjukestugu*

1. MÅL OG RAMMER

1.1 Bakgrunn

A. Lokalt samarbeid

Hallingdal har 30 års erfaring med Hallingdal sjukestugu som spesialisthelsetjenesten sin forlengede arm til dalen. Hallingdal sjukestugu er i dag en del av spesialisthelsetilbudet i Vestre Viken HF.

Det er inngått samarbeidsavtale mellom Ringerike sykehus HF og de seks Hallingdalskommunene gjeldende frå 1.2.2007. Denne avtalen er reforhandlet mellom kommunene og Vestre Viken HF 13 10 2010.

B. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Stortingsmeldinga gir overordnede rammer for å utvikle et mellomnivå av tjenester i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene blir pålagt ansvaret for å etablere dette mellomnivået.

Samhandlingsreformen peker på interkommunalt samarbeid som løsningen for å få etablert og utviklet tjenester der enkeltkommuner blir for små driftsenheter og fagmiljøene for sårbare. Det er etter kommuneloven § 5 om kommunal og fylkeskommunal planlegging stilt krav om at kommunen skal utarbeide en samordnet plan for den kommunale virksomhet (kommuneplan). Dette omfatter også helse- og sosialtjenestene.

Kommunen må videre analysere og vurdere behovet for personell og kompetanse, og legge planer for rekruttering og kvalitetsutvikling for til enhver tid å kunne tilby nødvendige og forsvarlige tjenester som dekker behovet i kommunen.

Samhandlingsreformen anbefaler å samlokalisere både de tjenester som bygger på et samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og de tjenestene som bygger på interkommunalt samarbeid i lokalmedisinske sentra.

I høringsbrev sendt ut av helse og omsorgdepartementet medio oktober beskrives krav til organisering i forhold til planarbeid, systemarbeid, internkontroll, kvalitetssikring, i tillegg til krav om samarbeidsavtaler, organisasjonsmodeller og forslag til økonomiske insentiver.

➤ I hørings sammendraget står det i forhold til **planarbeidet**:

Det vurderes å legge inn som krav i de lokale avtalene at partene utarbeider lokale planer for utvikling av sine respektive tjenestetilbud i fellesskap.

Ifølge kommunehelsetjenesteloven § 1-3 a skal kommunen

”planlegge, organisere og legge til rette for at kommunen, helsetjenesten og helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift”.

I dette ligger også ansvar for kvalitetssikringsarbeidet i de enkelte virksomheter, og for at helsetjenestetilbudet organiseres på en helhetlig måte (Helse og omsorgsplan).

- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3 bestemmer at
*”enhver som yter helsetjeneste skal etablere et **internkontrollsystem** for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter”.*
- Kommunens helsetjeneste skal ha **oversikt** over både helsetilstanden i kommunen og de forhold som kan tenkes å påvirke denne, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4.
En slik oversikt skal baseres på:
 - nasjonale og regionale informasjonskilder som er relevant for den enkelte kommune, jf. blant annet Helsedirektoratets kommunehelseprofilportal og data fra helseforetakene.
 - kommunens egne kartlegginger der hvor slik kartlegging er nødvendig for å få tilstrekkelig med informasjon.
 - sammenstilte erfaringer basert på helsetjenestens øvrige aktiviteter som tilsyn, skolehelsetjenesten, møte med pasienter, klager og andre henvendelser etc.
- **Organisering**
 Når det gjelder samarbeid om lovpålagte oppgaver som innebærer myndighetsutøvelse, er det som hovedregel vertskommunesamarbeid etter kommuneloven §§ 28 a-k kommunene kan anvende. Kommunal- og regionaldepartementet sendte den 26. april 2010 ut et høringsnotat med forslag om å lovfeste en samkommunemodell. Høringsfrist 1.10.2010.
- **Økonomi - Finansiering**
 Innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Det vurderes følgende avgrensede modeller med en medfinansieringsandel på 20 prosent:
 - En avgrenset modell etter alder som inkluderer alle innleggelser/behandlinger for eldre over 80 år (også operasjoner).
 - En avgrenset modell etter diagnose(r) som inkluderer alle medisinske innleggelser/behandlinger (altså ikke operasjoner).
 - I tillegg utredes kommunal medfinansiering innen psykisk helsevern og rusbehandling og opphold i private opptreningsinstitusjoner basert på liggedøgn.
 - Overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene til kommunene.

C. Forprosjekt avsluttet – Hallingdal Lokalmedisinske Senter

Regionrådet for Hallingdal og Vestre Viken HF har godkjent sluttrapport for forprosjektet Hallingdal Lokalmedisinske Senter (HLS) og etablering av en mellomprosjektperiode på 4 mndr.

Mellomprosjektet skal bl. a. utarbeide:

- en fullstendig prosjektplan for et hovedprosjekt som omfatter 7 delprosjekt.

-

Organisering er delprosjekt nr. 1.

Det er en målsetting å iverksette hovedprosjektet 01.05. 2011 og delprosjektet 1.9.2011.

1.2 Mål

Visjon:

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

Overordnede mål:

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

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

Mellom Helse Sør-Øst og kommunene er det lagt plan for innføring av intensjonene i meldingsløftet 2015 (elektronisk samhandling omsorgstjenesten, legetjenesten og spesialisthelsetjenesten).

Vestre Viken HF og kommunene i Vestre Viken HF er forpliktet til å delta i dette opptrappingsprogrammet som startet opp i 2010.

I samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr. 47 blir det fastslått at lokalmedisinsk senter skal være kommunalt drevet. Hvordan dette skal organiseres, herunder eierskapsavklaring og avklaring av de økonomiske forhold skal skje så snart høringsrunden og vedtak i stortinget er sluttført.

Mål for Delprosjekt 1 – Organisering

Delprosjektet skal gi avklaring innenfor følgende områder av Administrasjon og organisering:

- **Organisasjonsmodell.**
Forprosjektet beskriver vertskommunemodell og samkommunemodell som de to alternative løsningene for et interkommunalt samarbeid om lokalmedisinsk senter. Ved et eventuelt valg av vertskommunemodellen må det vurderes om denne skal organiseres som et administrativt vertskommunesamarbeid eller etter § 28c vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd.
Delprosjektet skal avklare valget av organiseringsmodell.
- **Eierskap.**
Med bakgrunn i de statlige føringene om at lokalmedisinske sentra skal eies og driftes av kommunene, må delprosjektet avklare om det skal være et felleseie for de deltagende kommuner, eller om vertskommunen skal være eier av bygningsmassen. Helseforetaket sin rolle må avklares og hvor mye av nåværende bygningsmasse som helseforetaket skal fortsette å eie / drifte.
- **Økonomi.**
Finansiering av prosjektet i 2011 påregnes som avklaret gjennom tidligere bevilgning og forventet statstilskudd, mens det er mer usikkert om det vil bli gitt statlig prosjekttilskudd i 2012, 2013 og 2014. De alternative statlige insentiv gjennom rammefinansiering kan bli eneste statlige bidrag fra 2012. Prosjektet må avklare hvorledes prosjekteierne ønsker å

nytte framtidig statlig tilskuddsordning som medfinansiering for lokalmedisinsk senter og oppholdsbetaling i spesialisthelsetjenesten, hvorav to modeller spesielt skal utredes:

- hele kommunenes ekstratilskudd samles i en felles pott der samlet pott skal dekke kommunenes utgifter med samhandlingsreformen (oppholdsbetaling og andel av lokalmedisinsk senter driftskostnader).
- hver kommune betaler sine egne oppholdsutgifter i spesialisthelsetjenesten og i lokalmedisinske senter.

➤ Avtaler.

Utvikle et avtaleverk mellom kommunene og helseforetaket i samsvar med arbeidet som gjøres i 26-K-samarbeidet i Vestre Viken og i tråd med kommende Lov om helse- og omsorgstjenester. Sørg for etablering av et avtaleverk for det interkommunale samarbeidet, der alle øvrige punkt i delprosjekt 1 inngår (organisering, eierskap, økonomi, planverk, oversikt, systemarbeid og kvalitetssikring). Avtalen må også ta opp i seg alle de samarbeidsområder som foreslås i de andre delprosjektene, og framgangsmåte for senere utvidelser med nye tiltak.

➤ Driftsansvar.

Hvis et lokalmedisinsk senter ses som en overbygning over både interkommunale samarbeidstiltak, tilbud fra spesialisthelsetjenesten og samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, vil driftsansvaret for de ulike enheter bli forskjellig. Delprosjekt 1 skal avklare driftsansvaret for de ulike deltjenester.

➤ Planverk.

Vurdere om kravet til helse og omsorgsplan best blir ivaretatt ved at regional plan danner utgangspunkt for kommunale planer, eller om kommunale planer skal danne grunnlag for den overordnede plan. Delprosjektet skal beskrive form og struktur for et framtidig planverk.

➤ Oversikt.

Vurdere om kravet til oversikt best blir ivaretatt med regional oversikt som utgangspunkt for kommunale oversikter, eller om kommunale oversikter skal danne grunnlag for den regionale oversikt. Delprosjektet skal beskrive struktur og hovedinnhold i en oversikt.

➤ Kvalitetssikring / Internkontrollsystem.

Vurdere kravene til kvalitetssikring og internkontrollsystem og sørg for en samordning mellom kommunene og helseforetaket, slik at det blir vurdert ett felles system eller system der funksjonsintegrasjon ikke skaper problemer.

➤ Koordinatorfunksjon.

Vurdere behovet for en felles koordinatorfunksjon med hovedansvar for å etablere faste og stabile samarbeidsrutiner og møteplasser med kommunene i regionen og med helseforetakets koordinerende enhet.

Koordinerende enhet bør utvikle et formalisert samarbeid med brukerorganisasjoner.

Den regionale koordinerende enheten bør ha ansvar for å utvikle et nettsted med oversikt

over koordinerende enheter i kommuner og i helseforetaket. Virksomheten bør forankres i samarbeidsavtaler mellom kommunene, med spesialisthelsetjenesten, NAV-kontor og statlig spesialpedagogisk støttesystem.

Delprosjektet må også:

- Sikre at elektroniske løsninger som kreves for felles planverk, kvalitetssikring, økonomisystem m.m. blir ivaretatt i delprosjekt 2.
- Sikre et nært samarbeid med de øvrige delprosjektene, slik at kostnadskalkyler, organisering og planer samordnes.

Delprosjektet blir starta 01.09 2011 med avslutning av utgreiingsdelen 01.03 2012.

Det er forutsatt at det frå 1.09.12 blir en videreføring av prosjektet med en gjennomføringsfase.

3. ORGANISERING AV DELPROSJEKTET

3.1 Ansvarsforhold

Prosjekteier:	Hallingdalskommunene ved regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektansvarlig:	Oppnevnt av regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektleder - delprosjekt:	Tilsatt av styringsgruppa evt. delegert til prosjektgruppa
Prosjektgruppe - delprosjekt:	Oppnevnt av styringsgruppa evt. delegert til prosjektgruppa
Styringsgruppe:	Samarbeidsutvalget, utvida med ordførerne

3.2 Andre roller og bemanning

Det blir lagt opp til 100 % stilling som prosjektleder for hovedprosjektet inklusive delprosjekt 1, der delprosjekt 1 er påregnet å nytte ca 25 % av stillingen.

Prosjektleder kan opprette arbeidsgrupper for å utgreie deler av arbeidsoppgavene. Kommunene og helseforetaket skal frigjøre personell til slike oppdrag og dekke kostnadene.

4. BESLUTNINGSPUNKT OG OPPFØLGING

4.1 Krav til beslutningspunkt

Det blir gjennomført 2 obligatoriske beslutningspunkt:

BP-01	01. 05.11	Prosjekteier skal ha vedtatt oppstart. Prosjektplan skal foreligge
BP-02	01.09.12	Prosjekteier skal beslutte om utgreiingsfasen av prosjektet kan avsluttast og om gjennomføringsfasen skal starte. Grunnlagsdokumentasjon: Sluttrapport skal foreligge.

4.2 Oppfølging

- Prosjektleder for hovedprosjektet er ansvarlig for å koordinere og gi råd i forhold til framdrift av delprosjektene og være bindeleddet mellom prosjektgruppe, styringsgruppe og eierrepresentanter.
- Det skal gjennomføres prosjektgruppemøter månedlig for delprosjektet.

5. RISIKOANALYSE

5.1 Kritiske suksessfaktorer

- At hovedprosjektet blir vedtatt.
- At Vestre Viken HF videreutvikler spesialisthelsetjenestetilbudet i Hallingdal.

5.2 Risikoevaluering

- Kontinuerlig dialog mellom prosjektleiing, prosjektansvarlig og prosjektgruppe.

6 Tidsplan

Del Prosjekt	2011		Tidsplan				2012								Res. bruk	
	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08				
1– Organisering Prosjektperiode																1.75 mnd- verk
Møteplan	x		x		x		x									
Sluttleveranse								x								



Hallingdal lokalmedisinske senter

Samhandlingsreformen –
utvikling og organisering i Hallingdal

Prosjektplan

Delprosjekt nr. 2 – IKT og Telemedisin

*Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol kommune
Vestre Viken HF, Hallingdal sjukestugu*

Reidar Aasheim, prosjektleder / januar 2011

1. MÅL OG RAMMER

1.1 Bakgrunn

A. Lokalt samarbeid

Hallingdal har 30 års erfaring med Hallingdal sjukestugu som spesialisthelsetjenesten sin forlenga arm til dalen. Hallingdal sjukestugu er i dag en del av spesialisthelsetilbudet i Vestre Viken HF.

Det er inngått en samarbeidsavtale mellom Ringerike sykehus HF og de seks Hallingdalskommunene gjeldende frå 01.02.200. Denne avtalen er reforhandlet mellom kommunene og Vestre Viken HF 13 10 2010.

B. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Stortingsmeldinga gir overordna rammer for å utvikle et mellomnivå av tjenester i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene blir pålagt ansvaret for å etablere dette mellomnivået.

Samhandlingsreformen peker på interkommunalt samarbeid som løsnings for å få etablert og utviklet tjenester der enkeltkommuner blir for små driftsenheter og fagmiljøene for sårbare.

Samhandlingsreformen anbefaler å samlokalisere både de tjenester som bygger på et samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og de tjenestene som bygger på interkommunalt samarbeid i lokalmedisinske sentra.

I høringsbrev helse og omsorgsdepartementet har sendt ut medio oktober beskrives at bruk av teknologi i helse og omsorgssektoren skal sikre at det ytes gode tjenester i hele pasientforløpet. Nye og bedre IKT- systemer vil gi bedre pasientbehandling, mindre pasienttransport, bedre utnyttelse av helsetjenestens samlede ressurser og styrking av pasient og brukerrollen

I høringsbrevet understrekes også regjeringens målsetting om likeverdige tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, økonomi, kjønn og etnisitet. ”Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren”.

Tilbud om behandling nærmere hjemmet er også noe pasienter ønsker, ikke minst de pasienter som bruker spesialisthelsetjenesten hyppig og som har lang vei til sykehus. For pasienter i kommunale døgntilbud er det viktig å få spesialisthelsetjenester integrert i dette helsetilbudet, slik at innleggelser unngås.

Det pågår for tiden en debatt om sykehusenes organisering og funksjonsdeling lokalsykehusene imellom. Innholdet i lokalsykehusenes behandlingstilbud har endret seg over tid som følge av endringer i samferdsel og kommunikasjon, bosettingsmønster, faglig utvikling og kompetansebygging og ikke minst IKT- utvikling i helsesektoren.

Det er i høringsbrev fra departementet medio okt.-10 påpekt at spesialisthelsetjenesten må omstille sin drift i takt med kommunehelsetjenestens framtidige rolle.

Lokalsykehusene vil fortsatt ha en sentral rolle.

Kommuner og helseforetak bør samarbeide om samlokalisering av lokalmedisinske sentra der hvor begge parter finner dette hensiktsmessig.

Det står videre i høringsbrevet at lokalmedisinsk senter skal være samlokalisert med andre typer helsetjenestetilbud som; røntgen, laboratorium, fødestue, dialyse, somatisk poliklinikk, psykiatrisk

poliklinikk, og sengeavdeling, kommunalt sykehjem, legetjeneste, legevaktsentral, luftambulansse, ambulansetjeneste, fysioterapi, ergoterapi med mer.
Telemedisinske behandlingstilbud (e-helse) vil vektlegges der dette er nødvendig og hensiktsmessig.

C. Forprosjekt avsluttet – Hallingdal Lokalmedisinske Senter

Regionrådet for Hallingdal og Vestre Viken HF har godkjent sluttrapport for forprosjektet Hallingdal Lokalmedisinske Senter (HLS) og etablering av en mellomprosjektperiode på 4 mndr.

Mellomprosjektet skal bl. a. utarbeide:

- en fullstendig prosjektplan for et hovedprosjekt som omfatter 7 delprosjekt.

IKT- og Telemedisin er delprosjekt nr. 2.

Det er en målsetting å iverksette delprosjektet 01.09. 2011.

1.2 Mål

Visjon:

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

Overordna mål:

Målet med prosjektet er å finne overordna 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.

St. melding nr. 47 beskriver behov for omstilling og nye tiltak i tjenesteytingen innenfor helse og omsorgstjenester i mellomnivået – *intermediærnivået* - på lokalmedisinsk senter.

”I utvikling av IKT- politikken er det en målsetting at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på”.

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:

- All skriftelig informasjonsutveksling skal skje elektronisk
- Nødvendige pasientopplysninger skal være tilgjengelig elektronisk for helsepersonell
- Helse- og omsorgssektoren skal tilby kvalitetssikrede og brukervennlige tjenester på nettet til pasienter og brukere.
- Personell i helse og omsorgstjenesten skal ha tilgang til oppdatert kunnskap.
- Forholdet mellom tjenesteyter og pasient / bruker skal ivaretas med bl.a: -elektroniske timebestillinger, -helseinformasjon, - e-opplæring, - onlinekonsultasjoner, telemedisinske behandlingstilbud, - tilgang til egen journal m.m.

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.

Mål – Delprosjekt – IKT og Telemedisin

Kommunehelsesamarbeidet (K-26) og Vestre Viken HF legger planer for bruk av telemedisinske løsninger i pasientbehandling mellom kommunene og helseforetaket. Når nye modeller skal utprøves bør Hallingdal ivaretas og tildeles pilotprosjekter.

Delprosjektet må gjøre greie for og komme med forslag innefor følgende områder IKT og telemedisin kan nyttiggjøres som virkemidler i behandlingsforløpet:

- gruppen hjemmeboende med særlige pleie- og oppfølgingsbehov,
- grupper hjemmeboende innefor kronikergrupper,
- pasienter med psykiske lidelser,
- legevaktsamarbeide,
- undervisning og e-læring
- supervisjon og veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og kommunene imellom
- møtefora for behandlingpersonell mellom sykehus og kommunehelsetjenesten og kommunene imellom

Delprosjektet må også:

- legge til rette for elektronisk kommunikasjon i samarbeidet
- sørge for at arbeidet skjer i nært samarbeid med IKT Hallingdal og IKT-avdelinga i Vestre Viken HF / Ringerike sykehus.
- Vurdere mulighet for utvidelse av røntgentilbudet ved somatisk poliklinikk på Hallingdal sjukestugu, slik at legevaktsbehovet på dag , kveld og natt kan ivaretas innenfor samme røntgentilbud.
- utgreie behov for bruk av videokonferanseutstyr mellom kommunene i Hallingdal til møtevirksomhet, til opplæring og til pasientbehandling.
- fremme forslag om plassering og etablering av videokonferanseutstyr i kommunene og aktuelle klinikker/avdelinger i helseforetaket.
- avklare sambruk av NAV- kontorenes videokonferanseutstyr i kommunene.
- sørge for samordning og felles utnyttelse av avansert medisinsk teknisk utstyr
- ta stilling til mulighet for og om det er hensiktsmessig å etablere og utvikle felles avviks- og kvalitetssystem mellom sykehus og kommuner og/eller om det er behov for ytterligere samordning og utvikling av slike interkommunale system innenfor IKT.

Effektmål for delprosjekt nr. 2 - IKT og Telemedisin:

- ❖ Pasienter i Hallingdal som har behov for tjenester frå ulike nivå i helsetjenesten, skal ved hjelp av IKT og /eller telemedisinske løsninger 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 av IKT og telemedisin som sikrer den overordna målsettinga i Helse Sør-Øst: Å desentralisere det som kan desentraliseres og sentralisere det som må sentraliseres.
- ❖ Kommunene skal søke felles løsninger på alle utfordringer innen IKT og telemedisin for å sikre krav til kompetanse, kvalitet og effektivitet.

Resultatmål for delprosjekt 2 – IKT og Telemedisin

- 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 etablering av IKT og telemedisinske løsninger mellom samarbeidende parter og nedfelle dette i en prioritert handlingsplan.

Prosjektet blir starta 01.09 2011 og avslutta 01.09 2012.

3. ORGANISERING AV DELPROSJEKTET

3.1 Ansvarsforhold

Prosjekteier:	Hallingdalskommunene ved regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektansvarlig:	Oppnevnt av regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektleder – delprosjekt:	Tilsatt av styringsgruppa, evt delegert til hovedprosjektgruppa
Prosjektgruppe – delprosjekt:	Oppnevnt av styringsgruppa, evt delegert til hovedprosjektgruppa
Styringsgruppe:	Samarbeidsutvalget mellom Hallingdalskommunene og Vestre Viken HF, utvida med ordførerne

3.2 Andre roller og bemanning

Det blir lagt opp til 25 % stilling som prosjektleder for delprosjektet i 12 mnd..

Prosjektleder kan opprette arbeidsgrupper for å utgreie deler av arbeidsoppgavene. Kommunene og helseforetaket skal frigjøre personell til slike oppdrag og dekke kostnader

4. BESLUTNINGSPUNKT OG OPPFØLGING

4.1 Krav til beslutningspunkt

Det blir gjennomført 2 obligatoriske beslutningspunkt:

BP-01	01. 09.11	Prosjekteier skal ha vedtatt oppstart. Prosjektplan skal foreligge
BP-02	01.09.12	Prosjekteier skal beslutte om prosjektet kan avsluttes og om gjennomføringsfasen skal starte. Grunnlagsdokumentasjon: Sluttrapport skal foreligge.

4.2 Oppfølging

- Prosjektleder for hovedprosjektet er ansvarlig for å koordinere og gi råd i forhold til framdrift av delprosjektene og være bindeleddet mellom prosjektgruppe, styringsgruppe og eierrepresentanter.
- Det skal gjennomføres prosjektgruppemøter månedlig for delprosjektet.

5. RISIKOANALYSE

5.1 Kritiske suksessfaktorer

- At hovedprosjektet blir vedtatt
- At Vestre Viken HF videreutvikler spesialisthelsetjenestetilbudet i Hallingdal.

5.2 Risikoevaluering

- Kontinuerlig dialog mellom prosjektledelse, prosjektansvarlig og prosjektgruppe.

6 Tidsplan

Del Prosjekt	Ress.													bruk			
	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09				
IKT – Telemedisin Prosjektperiode														25 % stilling			488 timer
Møteplan	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Sluttleveranse													x				



Hallingdal lokalmedisinske senter

Samhandlingsreformen –
utvikling og organisering i Hallingdal

Prosjektplan

Delprosjekt nr. 3

Kompetanse og lærings og mestringscenter (LMS)

*Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol kommune
Vestre Viken HF, Hallingdal sjukestugu*

Reidar Aasheim , prosjektleder / Januar 2011

1. MÅL OG RAMMER

1.1 Bakgrunn

A. Lokalt samarbeid

Hallingdal har 30 års erfaring med Hallingdal sjukestugu som spesialisthelsetjenesten sin forlenga arm til dalen. Hallingdal sjukestugu er i dag en del av spesialisthelsetilbudet i Vestre Viken HF.

Det er inngått ei samarbeidsavtale mellom Ringerike sykehus HF og de seks Hallingdalskommunene gjeldende frå 01.02.2007. Denne avtalen er reforhandlet mellom kommunene og Vestre Viken HF 13 10 2010.

B. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Stortingsmeldinga gir overordna rammer for å utvikle et mellomnivå av tjenester i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene blir pålagt ansvaret for å etablere dette mellomnivået.

Samhandlingsreformen peker på interkommunalt samarbeid som løsnings for å få etablert og utviklet tjenester, der enkeltkommuner blir for små driftsenheter og fagmiljøene for sårbare.

Samhandlingsreformen anbefaler å samlokalisere både de tjenester som bygger på et samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og de tjenestene som bygger på interkommunalt samarbeid i lokalmedisinske sentra.

I høringsbrevet Helse og omsorgsdepartementet har sendt ut medio oktober beskrives at det forventes en betydelig dreining fra bruk av døgnopphold i retning av økt bruk av poliklinikk og dagbehandling. Dette gjør det mulig å desentralisere mer spesialisthelsetjenester.

I høringsbrevet understrekes også regjeringens målsetting om likeverdige tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, økonomi, kjønn og etnisitet. ”Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren”.

Tilbud om behandling nærmere hjemmet er også noe pasienter ønsker, ikke minst de pasienter som bruker spesialisthelsetjenesten hyppig og som har lang vei til sykehus. For pasienter i kommunale døgntilbud er det viktig å få spesialisthelsetjenester integrert i dette helsetilbudet, slik at innleggelser unngås.

Det pågår for tiden en debatt om sykehusenes organisering og funksjonsdeling lokalsykehusene imellom. Innholdet i lokalsykehusenes behandlingstilbud har endret seg over tid som følge av endringer i samferdsel og kommunikasjon, bosettingsmønster, faglig utvikling og kompetansebygging og ikke minst IKT- utvikling i helsesektoren.

Det er i høringsbrev fra departementet medio okt.-10 påpekt at spesialisthelsetjenesten må omstille sin drift i takt med kommunehelsetjenestens framtidige rolle.

Lokalsykehusene vil fortsatt ha en sentral rolle.

Kommuner og helseforetak bør samarbeide om samlokalisering av lokalmedisinske sentra der hvor begge parter finner dette hensiktsmessig.

Det står videre i høringsbrevet at lokalmedisinsk senter skal være samlokalisert med andre typer helsetjenestetilbud som; røntgen, laboratorium, fødestue, dialyse, somatisk poliklinikk, psykiatrisk poliklinikk, og sengeavdeling, kommunalt sykehjem, legetjeneste, legevaktsentral, luftambulans, amulanstjeneste, fysioterapi, ergoterapi med mer.

Telemedisinske behandlingstilbud (e-helse) vil vektlegges der dette er nødvendig og hensiktsmessig.

C. Forprosjekt avsluttet – Hallingdal Lokalmedisinske Senter

Regionrådet for Hallingdal og Vestre Viken HF har godkjent sluttrapport for forprosjektet Hallingdal Lokalmedisinske Senter (HLS) og etablering av en mellomprosjektperiode på 4 mndr.

Mellomprosjektet skal bl. a. utarbeide:

- en fullstendig prosjektplan for et hovedprosjekt som omfatter 7 delprosjekt.

Kompetanse og lærings- og mestringssenter (LMS) er delprosjekt nr. 3.

Det er en målsetting å iverksette delprosjektet fra 01.09.2011.

1.2 Mål

Visjon:

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

Overordna mål:

Målet med prosjektet er å finne overordna 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.

St. melding nr. 47 beskriver behov for omstilling og nye tiltak i tjenesteytingen innenfor helse og omsorgstjenester i mellomnivået – *intermediærnivået* - på lokalmedisinsk senter.

Kommunene i Hallingdal har bygget opp fagmiljøer med kompetanse 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. Dette vil bidra til å sikre befolkningen i Hallingdal lik tilgang på tjenester med god kvalitet.

Samarbeide om utdanning og kompetanseheving er et av de områdene som helsemyndighetene har bestemt skal inngå i de lovpålagte avtalene mellom helseforetaket og kommunene.

Moderne kommunikasjonsteknologi er de viktigste kanalene vi har for formidling av kunnskap og kommunikasjon. E- læring vil utvikles og være viktig å ta i bruk for å dekke de kunnskapsbehov som ansatte i helsevesenet vil ha i fremtiden.

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 og ivaretas av kommunene. Noen funksjoner vil trolig fortsatt måtte ligge i sykehus. Dette må avklares nærmere i samarbeid med helseforetaket.

Delprosjektet må svare ut organisering og driftsmodellen for et kompetansesenter og LMS i Hallingdal.

Videre skal delprosjektet utrede følgende :

- 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 kompetanse; - beholde og rekruttere, bygge ny kompetanse for å dekke eksisterende og nye behov som følge av nye oppgaver.
- Etablere felles kompetansebase
- Utvikle plan for bruk av e-læring.
- Samarbeid om kompetanse (f.eks. ernæringskompetanse og logopedi)
- Etablere et tett samarbeid med Undervisningsjukeheimen for Buskerud i Ål med tanke på kompetanseutvikling innen omsorgstjenestene.
- Kartlegge og utgreie hvilke fagområder spesialisthelsetjenesten bør gi veiledning på til kommunene og ved de tilbud som skal ivaretas på det lokalmedisinske senter.
- Kartlegge og utgreie hvilke fagområder kommunene seg imellom bør gi veiledning.

Regjeringen har i nytt lovforslag til helse- og omsorgstjenester i kommunene og høring til ny nasjonal plan for helse- og omsorgstjenester bl. a. fremhevet disse mål for perioden:

All forebygging, diagnostikk, behandling, pleie og omsorg skal bygge på best mulig kunnskap. Systematisk vurdering og oppdatert kunnskap bør ligge til grunn for beslutninger om å innføre nye behandlingsmetoder, for finansiering av behandling, for faglige retningslinjer, for utvikling av indikatorer og organisering av tjenesten.

- Fremme relevant og god kunnskap
- Gjøre slik kunnskap tilgjengelig for brukerne, både pasienter og ansatte
- Det må skapes gode læringsarenaer i helsetjenesten som motiverer unge mennesker til å velge ulike helseutdanninger samfunnet vil ha behov for.
- Øke kompetansen i omsorgstjenesten gjennom Kompetanseløftet 2015, videreutvikle kunnskapsgrunnlaget gjennom praksisnær forskning og utvikling, styrke den etiske kompetanse hos ansatte.

Effektmål for delprosjekt nr 3 – Kompetanse og Lærings- og mestringssenter (LMS)

- ❖ Pasienter i Hallingdal som har behov for helsetjenester skal oppleve at behandlingsforløpet er prega av koordinert samhandling med utgangspunkt i pasientene sine behov.
- ❖ En skal i Hallingdal lykkes med å bygge opp en struktur og en organisering av somatiske og psykiatriske helsetjenester som sikrer den overordna målsettinga i Helse Sør-Øst: Å desentralisere det som kan desentraliseres og sentralisere det som må sentraliseres.
- ❖ En skal i Hallingdal ha en gjensidig kompetanseflyt mellom kommunene og mellom helseforetaket og kommunene for å sikre behandlingstilbud så nær pasientenes sitt nærmiljø som mulig.
- ❖ Kommunene skal søke felles løsninger på alle utfordringer inne helse og omsorg, der enkeltkommuner sliter for å sikre krav til kompetanse, kvalitet og effektivitet.
- ❖ Forebyggende helsearbeide i kommunene skal gjenspeile ”Lavest Effektive Omsorgsnivå”.

Resultatmål for delprosjekt nr. 3 - Kompetanse og Lærings- og mestringssenter

- Å få kartlagt de områder, der Kompetanse og Lærings- og mestringssenter (LMS) mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i Hallingdal bør utvikles videre.
- Å få kartlagt de områder, der Kompetanse og Lærings- og mestringssenter (LMS) mellom kommunene i Hallingdal bør utvikles videre .
- Å fremme tilrådninger til eiere gjennom en prioritert handlingsplan.

Prosjektet blir starta 01.09. 2011 og avslutta 01.09 2012.

3. ORGANISERING AV DELPROSJEKTET

3.1 Ansvarsforhold

Prosjekteier:	Hallingdalskommunene ved regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektansvarlig:	Oppnevnt av regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektleder – delprosjekt:	Tilsatt av regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektgruppe – delprosjekt:	Oppnevnt av regionråd og Vestre Viken HF
Styringsgruppe:	Samarbeidsutvalget mellom Hallingdalskommunene og Vestre Viken HF, utvida med ordførerne

3.2 Andre roller og bemanning

Det blir lagt opp til 40 % stilling som prosjektleder for delprosjektet nr 3.

Prosjektleder kan opprette arbeidsgrupper for å utgreie deler av arbeidsoppgavene. Kommunene og helseforetaket skal frigjøre personell til slike oppdrag og dekke kostnader

4. BESLUTNINGSPUNKT OG OPPFØLGING

4.1 Krav til beslutningspunkt

Det blir gjennomført 2 obligatoriske beslutningspunkt:

BP-01	01.09.11	Prosjekteier skal ha vedtatt oppstart. Prosjektplan skal foreligge
BP-02	01.09.12	Prosjekteier skal beslutte om prosjektet kan avsluttast og om gjennomføringsfasen skal starte. Grunnlagsdokumentasjon: Sluttrapport skal foreligge.

4.2 Oppfølging

- Prosjektleder for hovedprosjektet er ansvarlig for å koordinere og gi råd i forhold til framdrift av delprosjektene og være bindeleddet til prosjektgruppe, styringsgruppe og eierrepresentanter.
- Det skal gjennomføres prosjektgruppemøter månedlig for delprosjektet.

5. RISIKOANALYSE

5.1 Kritiske suksessfaktorer

- At hovedprosjektet blir vedtatt
- At Vestre Viken HF videreutvikler spesialisthelsetjenestetilbudet i Hallingdal.
- At kommunene sammen finner fram til felles grep rundt ressurskrevende tiltak, der den enkelte kommune blir sårbar eller ikke vil kunne iverksette tiltak på grunn av manglende kompetanse.

5.2 Risikoevaluering

- Kontinuerlig dialog mellom prosjektledelse, prosjektansvarlig og prosjektgruppe.

6 Tidsplan

Del Prosjekt Nr. 5	Tidsplan														Ress. bruk		
	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09				
Kompetanse og Lærings- og mestringssenter (LMS)															40 % stilling		780 timer
Møteplan		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Sluttleveranse														x			



Hallingdal lokalmedisinske senter

Samhandlingsreformen –
utvikling og organisering i Hallingdal

Prosjektplan

Delprosjekt nr. 4
Forebyggende tiltak

*Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol kommune
Vestre Viken HF, Hallingdal sjukestugu*

Reidar Aasheim, prosjektleder / januar 2011

1. MÅL OG RAMMER

1.1 Bakgrunn

A. Lokalt samarbeid

Hallingdal har 30 års erfaring med Hallingdal sjukestugu som spesialisthelsetjenesten sin forlenga arm til dalen. Hallingdal sjukestugu er i dag en del av spesialisthelsetilbudet i Vestre Viken HF.

Det er inngått ei samarbeidsavtale mellom Ringerike sykehus HF og de seks Hallingdalskommunene gjeldende frå 01.02.2007. Denne avtalen er reforhandlet mellom kommunene og Vestre Viken HF 13.10. 2010.

B. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Stortingsmeldinga gir overordna rammer for å utvikle et mellomnivå av tjenester i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene blir pålagt ansvaret for å etablere dette mellomnivået.

Samhandlingsreformen peker på interkommunalt samarbeid som løsnings for å få etablert og utviklet tjenester, der enkeltkommuner blir for små driftsenheter og fagmiljøene for sårbare.

Samhandlingsreformen anbefaler å samlokalisere både de tjenester som bygger på et samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og de tjenestene som bygger på interkommunalt samarbeid i lokalmedisinske sentra.

I høringsbrevet Helse og omsorgsdepartementet har sendt ut medio oktober beskrives at det forventes en betydelig dreining fra bruk av døgnopphold i retning av økt bruk av poliklinikk og dagbehandling. Dette gjør det mulig å desentralisere mer spesialisthelsetjenester.

I høringsbrevet understrekes også regjeringens målsetting om likeverdige tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, økonomi, kjønn og etnisitet. ”Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren”.

Tilbud om behandling nærmere hjemmet er også noe pasienter ønsker, ikke minst de pasienter som bruker spesialisthelsetjenesten hyppig og som har lang vei til sykehus. For pasienter i kommunale døgntilbud er det viktig å få spesialisthelsetjenester integrert i dette helsetilbudet, slik at innleggelses unngås.

Det pågår for tiden en debatt om sykehusenes organisering og funksjonsdeling lokalsykehusene imellom. Innholdet i lokalsykehusenes behandlingstilbud har endret seg over tid som følge av endringer i samferdsel og kommunikasjon, bosettingsmønster, faglig utvikling og kompetansebygging og ikke minst IKT- utvikling i helsesektoren.

Det er i høringsbrev fra departementet medio okt.-10 påpekt at spesialisthelsetjenesten må omstille sin drift i takt med kommunehelsetjenestens framtidige rolle.

Lokalsykehusene vil fortsatt ha en sentral rolle.

Kommuner og helseforetak bør samarbeide om samlokalisering av lokalmedisinske sentra der hvor begge parter finner dette hensiktsmessig.

Det står videre i høringsbrevet at lokalmedisinsk senter skal være samlokalisert med andre typer helsetjenestetilbud som; røntgen, laboratorium, fødestue, dialyse, somatisk poliklinikk, psykiatrisk poliklinikk, og sengeavdeling, kommunalt sykehjem, legetjeneste, legevaktsentral, luftambulansse, amulansetjeneste, fysioterapi, ergoterapi med mer.

Telemedisinske behandlingstilbud (e-helse) vil vektlegges der dette er nødvendig og hensiktsmessig.

C. Forprosjekt avsluttet – Hallingdal Lokalmedisinske Senter

Regionrådet for Hallingdal og Vestre Viken HF har godkjent sluttrapport for forprosjektet Hallingdal Lokalmedisinske Senter (HLS) og etablering av en mellomprosjektperiode på 4 mndr.

Mellomprosjektet skal bl. a. utarbeide:

- en fullstendig prosjektplan for et hovedprosjekt som omfatter 7 delprosjekt.

Forebyggende tiltak er delprosjekt nr. 4.

Det er en målsetting å iverksette hovedprosjektet fra 01.09.2011.

1.2 Mål

Visjon:

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

Overordna mål:

Målet med prosjektet er å finne overordna 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.

St. melding nr. 47 beskriver behov for omstilling og nye tiltak i tjenesteytingen innenfor helse og omsorgstjenester i mellomnivået – *intermediærnivået*- på lokalmedisinsk senter.

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

Nytt forslag til folkehelselov presiserer at kommunene må involvere alle sektorer for å fremme folkehelse. Mål og strategier for folkehelsearbeidet skal forankres i planprosesser etter plan og bygningsloven.

Kommunene blir pålagt å utarbeide en skriftlig ”kommuned diagnose”, der helsetilstanden i kommunene og faktorer som kan innvirke på denne negativt eller positivt skal vurderes. En slik utgreiing skal følge kommunedelen sin samfunnsplan.

Regjeringen har i nytt lovforslag til folkehelse fremhevet bl.a. disse mål for perioden:

- En større andel av innsatsen i helsetjenesten skal være forebyggende
- Vektlegging av økt egenmestring
- En god helsestasjons- og skolehelsetjeneste, herunder tilbud om svangerskapsomsorg.

Mål for delprosjektet:

Innenfor delprosjektet forbyggende tiltak har forprosjektet beskrevet flere aktuelle satsningsområder:

- Folkehelseplan
- Folkehelsebase
- Felles samfunnsmedisinsk arbeid
- Kommuneoverlegefunksjonen – felles kommuneoverlege
- Videreutvikling av samarbeid innen Frisk Liv
- Koordinering av videreutvikling av Miljørettet helsevern

Regjeringen beskriver også i forslag til ny lov om helse og omsorgstjenester andre områder som ikke forprosjektet har beskrevet.

- Videre utvikling av helsestasjos og skolehelsetjenesten som et lokalt lavterskeltilbud til barn og unge i alderen 0-20 år, foreldre/foresatte og gravide.
- Særskilt innsats for å hjelpe gravide røykere hjelp til røykeslutt.
- Styrke samarbeidet mellom fastlegene og øvrig helsetjeneste som bl. a. har ansvar for psykisk helsearbeide i kommunene, hjemmeboende eldre med nedsatt funksjonsnivå, personer med mental svikt som demens m.fl.

Effektmål for delprosjekt nr 4 – Forbyggende tiltak

- ❖ Pasienter i Hallingdal som har behov for helsetjenester skal oppleve at behandlingsforløpet er prega av koordinert samhandling med utgangspunkt i pasienten sine behov.
- ❖ En skal i Hallingdal lykkes med å bygge opp en struktur og en organisering av somatiske helsetjenester som sikrer den overordna målsettinga i Helse Sør-Øst: Å desentralisere det som kan desentraliseres og sentralisere det som må sentraliseres.
- ❖ En skal i Hallingdal ha en gjensidig kompetanseflyt mellom kommunene og mellom helseforetaket og kommunene for å sikre behandlingstilbud så nær pasientenes sitt nærmiljø som mulig.
- ❖ Kommunene skal søke felles løsninger på de utfordringer inne folkehelsearbeidet, der enkeltkommuner sliter for å sikre krav til kompetanse, kvalitet og effektivitet.
- ❖ Forebyggende helsearbeid i kommunene skal gjenspeile ”Lavest Effektive Omsorgsnivå”.

Resultatmål for delprosjekt nr. 4 – Forebyggende tiltak

Delprosjektet skal svare ut:

- Å få kartlagt de områder, der samarbeidet om forebyggende tiltak *mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i Hallingdal* bør utvikles videre.
- Å få kartlagt de områder, der samarbeidet om forebyggende tiltak *mellom kommunene i Hallingdal* bør utvikles videre .
- Å få kartlagt de nye oppgaver kommunene samlet får ansvar for og de tiltak som må iverksettes.
- Å få kartlagt de oppgaver spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for av forebyggende tiltak og s som må iverksettes .
- Å fremme tilrådninger til eiere gjennom en prioritert handlingsplan.

Delprosjektet bør videre svare ut:

- Skal kommunene ha en felles folkehelsekoordinator?
- Skal kommunene ha en felles kommuneoverlegefunksjon?
- Hva slags innhold skal en folkehelsebase for Hallingdal ha?
- Frisk Livs satsningen i Hallingdal retter sine tilbud mot viktige prioriterte grupper; bl. annet sykemeldte som midlertidig er ute av arbeid og kronikergrupper. Hva skal til for å sikre at dette tjenestetilbud kan videreutvikles og gis i alle kommuner i Hallingdal?
- Prinsippet ”helse i alt vi gjør” skal sikre at forebyggende folkehelsearbeide ivaretas i all saksbehandling og planarbeide, der helsemessige hensyn skal ivaretas. Har kommunene behov for en felles strategi for å nå disse målene?
- Opplever kommunene helsemessige forskjeller mellom kjønn, sosiale lag og etniske grupper. Er det grunnlag for å vurdere en egen handlingsplan kommunene imellom og med bistand frå helseforetaket for å sikre at prinsippet om utjevning av helseforskjeller ivaretas?

Prosjektet blir starta 01.09. 2011 og avslutta 01.09 2012.

3. ORGANISERING AV DELPROSJEKTET

3.1 Ansvarsforhold

Prosjekteier:	Hallingdalskommunene ved regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektansvarlig:	Oppnevnt av regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektleder – delprosjekt:	Tilsatt av regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektgruppe – delprosjekt:	Oppnevnt av regionråd og Vestre Viken HF
Styringsgruppe:	Samarbeidsutvalget mellom Hallingdalskommunene og Vestre Viken HF, utvida med ordførerne

3.2 Andre roller og bemanning

Det blir lagt opp til 25 % stilling som prosjektleder for delprosjektet nr 4.

Prosjektleder kan opprette arbeidsgrupper for å utgreie deler av arbeidsoppgavene. Kommunene og helseforetaket skal frigjøre personell til slike oppdrag og dekke kostnader

4. BESLUTNINGSPUNKT OG OPPFØLGING

4.1 Krav til beslutningspunkt

Det blir gjennomført 2 obligatoriske beslutningspunkt:

BP-01	01.09.11	Prosjekteier skal ha vedtatt oppstart. Prosjektplan skal foreligge
BP-02	01.09.12	Prosjekteier skal beslutte om prosjektet kan avsluttast og om gjennomføringsfasen skal starte. Grunnlagsdokumentasjon: Sluttrapport skal foreligge.

4.2 Oppfølging

- Prosjektleder for hovedprosjektet er ansvarlig for å koordinere og gi råd i forhold til framdift av delprosjektene og være bindeleddet til prosjektgruppe, styringsgruppe og eierrepresentanter.
- Det skal gjennomføres prosjektgruppemøter månedlig for delprosjektet.

5. RISIKOANALYSE

5.1 Kritiske suksessfaktorer

- At hovedprosjektet blir vedtatt
- At Vestre Viken HF videreutvikler spesialisthelsetjenestetilbudet i Hallingdal.
- At kommunene sammen finner fram til felles grep rundt ressurskrevende tiltak, der den enkelte kommune blir sårbar eller ikke vil kunne iverksette tiltak på grunn av manglende kompetanse.

5.2 Risikoevaluering

- Kontinuerlig dialog mellom prosjektledelse, prosjektansvarlig og prosjektgruppe.

6 Tidsplan

Del Prosjekt Nr. 4	Tidsplan													Ress. bruk			
	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09				
Forebyggende tiltak														25 % stilling			488 timer
Møteplan		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Sluttleveranse													x				



Hallingdal lokalmedisinske senter

Samhandlingsreformen –
utvikling og organisering i Hallingdal

Prosjektplan

Delprosjekt nr. 5
Medisinskfaglig samarbeid

*Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol kommune
Vestre Viken HF, Hallingdal sjukestugu*

Reidar Aasheim, prosjektleder / januar 2011

1. MÅL OG RAMMER

1.1 Bakgrunn

A. Lokalt samarbeid

Hallingdal har 30 års erfaring med Hallingdal sjukestugu som spesialisthelsetjenesten sin forlenga arm til dalen. Hallingdal sjukestugu er i dag en del av spesialisthelsetilbudet i Vestre Viken HF.

Det er inngått ei samarbeidsavtale mellom Ringerike sykehus HF og de seks Hallingdalskommunene gjeldende frå 01.02.2007. Denne avtalen er reforhandlet mellom kommunene og Vestre Viken HF 13.10. 2010.

B. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Stortingsmeldinga gir overordna rammer for å utvikle et mellomnivå av tjenester i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene blir pålagt ansvaret for å etablere dette mellomnivået.

Samhandlingsreformen peker på interkommunalt samarbeid som løsnings for å få etablert og utviklet tjenester, der enkeltkommuner blir for små driftsenheter og fagmiljøene for sårbare.

Samhandlingsreformen anbefaler å samlokalisere både de tjenester som bygger på et samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og de tjenestene som bygger på interkommunalt samarbeid i lokalmedisinske sentra.

I høringsbrevet Helse og omsorgsdepartementet har sendt ut medio oktober beskrives at det forventes en betydelig dreining fra bruk av døgnopphold i retning av økt bruk av poliklinikk og dagbehandling. Dette gjør det mulig å desentralisere mer spesialisthelsetjenester.

I høringsbrevet understrekes også regjeringens målsetting om likeverdige tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, økonomi, kjønn og etnisitet. ”Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren”.

Tilbud om behandling nærmere hjemmet er også noe pasienter ønsker, ikke minst de pasienter som bruker spesialisthelsetjenesten hyppig og som har lang vei til sykehus. For pasienter i kommunale døgntilbud er det viktig å få spesialisthelsetjenester integrert i dette helsetilbudet, slik at innleggelses unngås.

Det pågår for tiden en debatt om sykehusenes organisering og funksjonsdeling lokalsykehusene imellom. Innholdet i lokalsykehusenes behandlingstilbud har endret seg over tid som følge av endringer i samferdsel og kommunikasjon, bosettingsmønster, faglig utvikling og kompetansebygging og ikke minst IKT- utvikling i helsesektoren.

Det er i høringsbrev fra departementet medio okt.-10 påpekt at spesialisthelsetjenesten må omstille sin drift i takt med kommunehelsetjenestens framtidige rolle.

Lokalsykehusene vil fortsatt ha en sentral rolle.

Kommuner og helseforetak bør samarbeide om samlokalisering av lokalmedisinske sentra der hvor begge parter finner dette hensiktsmessig.

Det står videre i høringsbrevet at lokalmedisinsk senter skal være samlokalisert med andre typer helsetjenestetilbud som; røntgen, laboratorium, fødestue, dialyse, somatisk poliklinikk, psykiatrisk

poliklinikk, og sengeavdeling, kommunalt sykehjem, legetjeneste, legevaktsentral, luftambulansse, amulanstjeneste, fysioterapi, ergoterapi med mer.
Telemedisinske behandlingstilbud (e-helse) vil vektlegges der dette er nødvendig og hensiktsmessig.

C. Forprosjekt avsluttet – Hallingdal Lokalmedisinske Senter

Regionrådet for Hallingdal og Vestre Viken HF har godkjent sluttrapport for forprosjektet Hallingdal Lokalmedisinske Senter (HLS) og etablering av en mellomprosjektperiode på 4 mndr.

Mellomprosjektet skal bl. a. utarbeide:

- en fullstendig prosjektplan for et hovedprosjekt som omfatter 7 delprosjekt.

Medisinskfaglig samarbeid er delprosjekt nr. 5.

Det er en målsetting å iverksette delprosjektet fra 01.09.2011.

1.2 Mål

Visjon:

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

Overordna mål:

Målet med prosjektet er å finne overordna 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.

St. melding nr. 47 beskriver behov for omstilling og nye tiltak i tjenesteytingen innenfor helse og omsorgstjenester i mellomnivået – *intermediærnivået* - på lokalmedisinsk senter.

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 helsearbeid og Rus. Formålet med ambulante team er å bidra til kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene, bidra til behandling i pasientenes egne hjem og nærmiljø, forebygge innleggelse, 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.

IKT og telemedisinske løsninger vil være nyttige hjelpemidler for å gjøre behandlingstilbud tilgjengelig og nær pasienter/ brukeres bolig. Delprosjekt nr. 2 vil utgreie dette området. Med fokus på ny pasientrolle er individuell plan et sentralt tiltak for å ivareta samhandling og pasient/ brukerforankring. Dette for å sikre gode pasientforløp.

Delprosjekt nr 5 bør utgreie videre:

- Pasientforløp – implementering av HOD- pilotprosjekt mellom Ringerike Sykehus og omliggende kommuner.
- Behov og oppbygging av ambulante team innen utvalgte fagområder
- Samarbeid om individuell plan.
- Legetjenestesamarbeide og legevakt
- Prehospitale tjenester – samarbeid mellom ambulansetjeneste og legetjenesten
- Jordmortjeneste
- Utgreie behov for nettverksgrupper

Regjeringen har i nytt lovforslag til helse- og omsorgstjenester i kommunene og høring til ny nasjonal plan for helse- og omsorgstjenester bl. a. fremhevet disse mål for perioden:

- Det er et overordnet mål at tjenestene skal involvere brukere og gi dem innflytelse og at tjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet.
- Vektlegging av økt egenmestring
- En god helsestasjons- og skolehelsetjeneste, herunder tilbud om svangerskapsomsorg.
- En kommunal legetjeneste som samhandler med øvrige deler av helsetjenesten og som sikrer helhetlig pasientforløp.
- En kommunal legetjeneste som understøtter regionens behov for en godt organisert legevaktstjeneste som sikrer befolkningens behov for legetjenester og øyeblikkelig hjelp.

Effekt mål for delprosjekt nr 5 – Medisinsk faglig samarbeide

- ❖ Pasienter i Hallingdal som har behov for helsetjenester skal oppleve at behandlingsforløpet er prega av koordinert samhandling med utgangspunkt i pasientene sine behov.
- ❖ En skal i Hallingdal lykkes med å bygge opp en struktur og en organisering av somatiske helsetjenester som sikrer den overordna målsettinga i Helse Sør-Øst: Å desentralisere det som kan desentraliseres og sentralisere det som må sentraliseres.
- ❖ En skal i Hallingdal ha en gjensidig kompetanseflyt mellom kommunene og mellom helseforetaket og kommunene for å sikre behandlingstilbud så nær pasientenes sitt nærmiljø som mulig.
- ❖ Kommunene skal søke felles løsninger på alle utfordringer inne helse og omsorg der enkeltkommuner sliter for å sikre krav til kompetanse, kvalitet og effektivitet.
- ❖ Forebyggende helsearbeide i kommunene skal gjenspeile ”Lavest Effekteive Omsorgsnivå”.

Resultatmål for delprosjekt nr. 5 – Medisinsk faglig samarbeide

- Å få kartlagt de områder, der medisinsk faglig samarbeide mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i Hallingdal bør utvikles videre.

- Å få kartlagt de områder, der medisinskfaglig samarbeide *mellom kommunene* i Hallingdal bør utvikles videre .
- Å fremme tilrådninger til eiere gjennom en prioritert handlingsplan.

Prosjektet blir starta 01.09. 2011 og avslutta 01.09 2012.

3. ORGANISERING AV DELPROSJEKTET

3.1 Ansvarsforhold

Prosjekteier:	Hallingdalskommunene ved regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektansvarlig:	Oppnevnt av regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektleder – delprosjekt:	Tilsatt av regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektgruppe – delprosjekt:	Oppnevnt av regionråd og Vestre Viken HF
Styringsgruppe:	Samarbeidsutvalget mellom Hallingdalskommunene og Vestre Viken HF, utvida med ordførerne

3.2 Andre roller og bemanning

Det blir lagt opp til 25 % stilling som prosjektleder for delprosjektet nr 5.

Prosjektleder kan opprette arbeidsgrupper for å utgreie deler av arbeidsoppgavene. Kommunene og helseforetaket skal frigjøre personell til slike oppdrag og dekke kostnader

4. BESLUTNINGSPUNKT OG OPPFØLGING

4.1 Krav til beslutningspunkt

Det blir gjennomført 2 obligatoriske beslutningspunkt:

BP-01	01.09.11	Prosjekteier skal ha vedtatt oppstart. Prosjektplan skal foreligge
BP-02	01.09.12	Prosjekteier skal beslutte om prosjektet kan avsluttast og om gjennomføringsfasen skal starte. Grunnlagsdokumentasjon: Sluttrapport skal foreligge.

4.2 Oppfølging

- Prosjektleder for hovedprosjektet er ansvarlig for å koordinere og gi råd i forhold til framdift av delprosjektene og være bindeleddet til prosjektgruppe, styringsgruppe og eierrepresentanter.
- Det skal gjennomføres prosjektgruppemøter månedlig for delprosjektet.

5. RISIKOANALYSE

5.1 Kritiske suksessfaktorer

- At hovedprosjektet blir vedtatt
- At Vestre Viken HF videreutvikler spesialisthelsetjenestetilbudet i Hallingdal.
- At kommunene sammen finner fram til felles grep rundt ressurskrevende tiltak, der den enkelte kommune blir sårbar eller ikke vil kunne iverksette tiltak på grunn av manglende kompetanse.

5.2 Risikoevaluering

- Kontinuerlig dialog mellom prosjektledelse, prosjektansvarlig og prosjektgruppe.

6 Tidsplan

Del Prosjekt Nr. 5	Tidsplan														Ress. bruk		
	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09				
Medisinsk faglig samarbeid															25 % stilling		488 timer
Møteplan		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Sluttleveranse														x			



Hallingdal lokalmedisinske senter

Samhandlingsreformen –
utvikling og organisering i Hallingdal

Prosjektplan

Delprosjekt nr. 6 – Somatikk
Døgn- og dagbehandling

*Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol kommune
Vestre Viken HF, Hallingdal sjukestugu*

Reidar Aasheim, prosjektleder / januar 2011

1. MÅL OG RAMMER

1.1 Bakgrunn

A. Lokalt samarbeid

Hallingdal har 30 års erfaring med Hallingdal sjukestugu som spesialisthelsetjenesten sin forlenga arm til dalen. Hallingdal sjukestugu er i dag en del av spesialisthelsetilbudet i Vestre Viken HF.

Det er inngått ei samarbeidsavtale mellom Ringerike sykehus HF og de seks Hallingdalskommunene gjeldende frå 01.02.2007. Denne avtalen er reforhandlet mellom kommunene og Vestre Viken HF 13 10 2010.

B. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Stortingsmeldinga gir overordna rammer for å utvikle et mellomnivå av tjenester i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene blir pålagt ansvaret for å etablere dette mellomnivået.

Samhandlingsreformen peker på interkommunalt samarbeid som løsnings for å få etablert og utviklet tjenester, der enkeltkommuner blir for små driftsenheter og fagmiljøene for sårbare.

Samhandlingsreformen anbefaler å samlokalisere både de tjenester som bygger på et samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og de tjenestene som bygger på interkommunalt samarbeid i lokalmedisinske sentra.

I høringsbrevet Helse og omsorgsdepartementet har sendt ut medio oktober beskrives at det forventes en betydelig dreining fra bruk av døgnopphold i retning av økt bruk av poliklinikk og dagbehandling. Dette gjør det mulig å desentralisere mer spesialisthelsetjenester.

I høringsbrevet understrekes også regjeringens målsetting om likeverdige tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, økonomi, kjønn og etnisitet. "Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren".

Tilbud om behandling nærmere hjemmet er også noe pasienter ønsker, ikke minst de pasienter som bruker spesialisthelsetjenesten hyppig og som har lang vei til sykehus. For pasienter i kommunale døgntilbud er det viktig å få spesialisthelsetjenester integrert i dette helsetilbudet, slik at innleggelses unngås.

Det pågår for tiden en debatt om sykehusenes organisering og funksjonsdeling lokalsykehusene imellom. Innholdet i lokalsykehusenes behandlingstilbud har endret seg over tid som følge av endringer i samferdsel og kommunikasjon, bosettingsmønster, faglig utvikling og kompetansebygging og ikke minst IKT- utvikling i helsesektoren.

Det er i høringsbrev fra departementet medio okt.-10 påpekt at spesialisthelsetjenesten må omstille sin drift i takt med kommunehelsetjenestens framtidige rolle.

Lokalsykehusene vil fortsatt ha en sentral rolle.

Kommuner og helseforetak bør samarbeide om samlokalisering av lokalmedisinske sentra der hvor begge parter finner dette hensiktsmessig.

Det står videre i høringsbrevet at lokalmedisinsk senter skal være samlokalisert med andre typer helsetjenestetilbud som; røntgen, laboratorium, fødestue, dialyse, somatisk poliklinikk, psykiatrisk poliklinikk, og sengeavdeling, kommunalt sykehjem, legetjeneste, legevaktsentral, luftambulans, amulanstjeneste, fysioterapi, ergoterapi med mer.

Telemedisinske behandlingstilbud (e-helse) vil vektlegges der dette er nødvendig og hensiktsmessig.

C. Forprosjekt avsluttet – Hallingdal Lokalmedisinske Senter

Regionrådet for Hallingdal og Vestre Viken HF har godkjent sluttrapport for forprosjektet Hallingdal Lokalmedisinske Senter (HLS) og etablering av en mellomprosjektperiode på 4 mndr.

Mellomprosjektet skal bl. a. utarbeide:

- en fullstendig prosjektplan for et hovedprosjekt som omfatter 7 delprosjekt.

Somatikk - Døgn- og dagbehandling er delprosjekt nr. 6.

Det er en målsetting å iverksette delprosjektet fra 01.04. 2011.

1.2 Mål

Visjon:

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

Overordna mål:

Målet med prosjektet er å finne overordna 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.

St. melding nr. 47 beskriver behov for omstilling og nye tiltak i tjenesteytingen innenfor helse og omsorgstjenester i mellomnivået – *intermediærnivået* - på lokalmedisinsk senter.

Tjenestenivået skal omfatte:

- ✚ Spesialistpoliklinikk (avtalespesialistpraksis, ambulerende spesialister eller sykepleierledet)
- ✚ Sengeavdeling med bl.a. følgende funksjoner
 - Kommunale korttidssenger
 - Observasjonssenger for å hindre innleggelser i sjukehus, diagnostikk
 - Senger for å ivareta etterbehandling og opptrening etter sykehusinnleggelser
 - Rehabilitering og habilitering
 - Lindrende behandling
 - Øyeblikkelig hjelp
- ✚ Andre desentraliserte sykehusfunksjoner
- ✚ Tilgang på nødvendige støttefunksjoner og systemer for å understøtte diagnostikk, behandling og samhandling: laboratorium og røntgentjenester, telemedisin og felles pasientjournal.
- ✚ Andre kommunale helse og omsorgstjenester.
- ✚ Ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten sammen med råd og veiledning

Det er et mål for kommunene og helseforetaket å bygge opp team som dekker befolkningens behov innenfor rammen av de fagressurser som er tilgjengelige, slik at brukere og pasienter har nærhet til tjenester.

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

Mål for delprosjektet:

Delprosjektet må gjøre greie for og komme med forslag til tiltak innefor følgende tjenesteområder i somatisk helsetjeneste:

- Innhold og behov for døgn- og dagtilbud i spesialisthelsetjenesten på Intermediært nivå.
- Innhold og behov for kommunale eller interkommunalt døgn- og dagtilbud på intermediært nivå.
- Behov for korttidsplasser iden enkelte kommune og samlokalisert i lokalmedisinsk senter.
- Behov dag og døgnplasser til rehabilitering og habilitering i den enkelte kommune og samlokalisert i lokalmedisinsk senter.
- Behov for dagbehandling knyttet opp mot en intermediær sengeavdeling og medisinsk poliklinikk
- Øyeblikkelig hjelp
- Behov for ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten for å sikre pasient og bruker behandlingstilbud i sin egen bolig.
- Supervisjon og veiledning mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak.

Polikliniske tilbud er helseforetakets ansvar og skal opprettholdes og videreutvikles.

Effekt mål for delprosjekt – 6 – Somatikk - Dag og døgnbehandling

- ❖ Pasienter i Hallingdal som har behov for helsetjenester skal oppleve at behandlingsforløpet er prega av koordinert samhandling med utgangspunkt i pasienten sine behov.
- ❖ En skal i Hallingdal lykkes med å bygge opp en struktur og en organisering av somatiske helsetjenester som sikrer den overordna målsettinga i Helse Sør-Øst: Å desentralisere det som kan desentraliseres og sentralisere det som må sentraliseres.
- ❖ En skal i Hallingdal ha en gjensidig kompetanseflyt mellom helseforetaket og kommunene for å sikre behandlingstilbud så nær pasientenes sitt nærmiljø som mulig.
- ❖ Kommunene skal søke felles løsninger innen de somatiske helsetjenester, der enkeltkommuner sliter med å oppfylle krav til kompetanse, kvalitet og effektivitet.
- ❖ Kommunene skal søke felles løsninger på alle utfordringer innen somatiske helsetjenester for å sikre krav til kompetanse, kvalitet og effektivitet. Samarbeide om utdanning og kompetansebygging er et av områdene som skal inn i de lovpålagte avtalene mellom helseforetak og kommunene.

Resultatmål for delprosjekt - 6 – Somatikk – Dag og døgnbehandling

- 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
- Å få kartlagt de nye oppgaver kommunene samlet får ansvar for og de tiltak som må iverksettes.
- Å få kartlagt de oppgaver spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for og de omstillingstiltak som må iverksettes .
- Å innhente erfaringer og kunnskap fra andre steder i landet med de samme utfordringer som Hallingdal
- Å fremme tilrådninger til eiere gjennom en prioritert handlingsplan.

Prosjektet blir starta 01.04. 2011 og avslutta 01.04 2012.

3. ORGANISERING AV DELPROSJEKTET

3.1 Ansvarsforhold

Prosjekteier:	Hallingdalskommunene ved regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektansvarlig:	Oppnevnt av regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektleder – delprosjekt:	Tilsatt av styringsgruppe, evt delegert til hovedprosjektgruppa.
Prosjektgruppe – delprosjekt:	Oppnevnt av styringsgruppe, evt delegert til hovedprosjektgruppa.
Styringsgruppe:	Samarbeidsutvalget mellom Hallingdalskommunene og Vestre Viken HF, utvida med ordførerne

3.2 Andre roller og bemanning

Det blir lagt opp til 40 % stilling som prosjektleder for delprosjektet nr 6.

Prosjektleder kan opprette arbeidsgrupper for å utgreie deler av arbeidsoppgavene. Kommunene og helseforetaket skal frigjøre personell til slike oppdrag og dekke kostnader

4. BESLUTNINGSPUNKT OG OPPFØLGING

4.1 Krav til beslutningspunkt

Det blir gjennomført 2 obligatoriske beslutningspunkt:

BP-01	01.04.11	Prosjekteier skal ha vedtatt oppstart. Prosjektplan skal foreligge
BP-02	01.04.12	Prosjekteier skal beslutte om utgreiingsfasen av prosjektet kan avsluttast og om gjennomføringsfasen skal starte. Grunnlagsdokumentasjon: Sluttrapport skal foreligge.

4.2 Oppfølging

- Prosjektleder for hovedprosjektet er ansvarlig for å koordinere og gi råd i forhold til framdrift av delprosjektene og være bindeleddet til prosjektgruppe, styringsgruppe og eierrepresentanter.
- Det skal gjennomføres prosjektgruppemøter månedlig for delprosjektet.

5. RISIKOANALYSE

5.1 Kritiske suksessfaktorer

- At hovedprosjektet blir vedtatt
- At Vestre Viken HF videreutvikler spesialisthelsetjenestetilbudet i Hallingdal.
- At kommunene sammen finner fram til felles grep rundt ressurskrevende tiltak, der den enkelte kommune blir sårbar eller ikke vil kunne iverksette tiltak på grunn av manglende kompetanse.

5.2 Risikoevaluering

- Kontinuerlig dialog mellom prosjektledelse, prosjektansvarlig og prosjektgruppe.

6 Tidsplan

Del Prosjekt	Tidsplan														Ress. bruk		
	04	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04				
Somatikk Døgn- og dagbehandling.															40 % stilling		780 timer
Møteplan		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Sluttleveranse													x				



Hallingdal lokalmedisinske senter

Samhandlingsreformen –
utvikling og organisering i Hallingdal

Prosjektplan

Delprosjekt nr. 7 – Psykisk helse og rus
Døgn- og dagbehandling

*Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål og Hol kommune
Vestre Viken HF, Hallingdal sjukestugu*

Reidar Aasheim, prosjektleder / januar 2011

1. MÅL OG RAMMER

1.1 Bakgrunn

A. Lokalt samarbeid

Hallingdal har 30 års erfaring med Hallingdal sjukestugu som spesialisthelsetjenesten sin forlenga arm til dalen. Hallingdal sjukestugu er i dag en del av spesialisthelsetilbudet i Vestre Viken HF.

Det er inngått ei samarbeidsavtale mellom Ringerike sykehus HF og de seks Hallingdalskommunene gjeldende frå 01.02.2007. Denne avtalen er reforhandlet mellom kommunene og Vestre Viken HF 13 10 2010.

”

B. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

Stortingsmeldinga gir overordna rammer for å utvikle et mellomnivå av tjenester i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene blir pålagt ansvaret for å etablere dette mellomnivået.

Samhandlingsreformen peker på interkommunalt samarbeid som løsnings for å få etablert og utviklet tjenester, der enkeltkommuner blir for små driftsenheter og fagmiljøene for sårbare.

Samhandlingsreformen anbefaler å samlokalisere både de tjenester som bygger på et samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og de tjenestene som bygger på interkommunalt samarbeid i lokalmedisinske sentra.

I høringsbrevet Helse og omsorgsdepartementet har sendt ut medio oktober beskrives at det forventes en betydelig dreining fra bruk av døgnopphold i retning av økt bruk av poliklinikk og dagbehandling. Dette gjør det mulig å desentralisere mer spesialisthelsetjenester.

I høringsbrevet understrekes også regjeringens målsetting om likeverdige tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, økonomi, kjønn og etnisitet. ”Når sykdom rammer, er det viktig at folk skal oppleve at de får tilbud om behandling og pleie med kort ventetid og med størst mulig nærhet til brukeren”.

Tilbud om behandling nærmere hjemmet er også noe pasienter ønsker, ikke minst de pasienter som bruker spesialisthelsetjenesten hyppig og som har lang vei til sykehus. For pasienter i kommunale døgntilbud er det viktig å få spesialisthelsetjenester integrert i dette helsetilbudet, slik at innleggelse i sykehus kan reduseres eller unngås.

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-10) fastslår at det er behov for å øke kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB). Det skjer en dreining med økt vekt på poliklinisk behandling og dagbehandling og tiltak i kommunene – dette for å lykkes med sosial og arbeidsrettet rehabilitering. Samarbeide om individuell plan er en viktig suksessfaktor.

Det forligger overordnede føringer på at distriktpspsykiatrisk senter skal utvikles videre i desentralisert retning. I styringssignaler til de regionale helseforetak påpekes styrking av DPS-enes funksjon samtidig som sykehusfunksjonene skal spisses. I IS-1388 om distriktpspsykiatriske sentre er DPS'ene sine oppgaver beskrevet slik:

- DPS har ansvar for:
- Akutt- og krisetjenester

- Spesialisert utredning og behandling
- Tett samarbeid med kommunene og øvrig spesialisthelsetjeneste
- Bistå kommunene med råd og veiledning
- Ivareta kontinuiteten innad i spesialisthelsetjenesten

Omfattende satsning på ambulante tjenester sammen med kommunene og økt poliklinisk behandlingstilbud er prioriterte områder. I IS-1388 uttrykkes det at akutt- og krisetjenestene ved DPS bør bestå av poliklinisk og ambulant tilbud samt kriseplasser. Omstilling av spesialisthelsetjenesten må skje i harmoni med videre utvikling av kommunenes psyksike helsetjenester.

Det forventes en klargjøring på de forhold som vil betegnes som intermediaære tjenester i ny nasjonal plan for Helse og Omsorgstjenester våren 2011.

C. Forprosjekt avsluttet – Hallingdal Lokalmedisinske Senter

Regionrådet for Hallingdal og Vestre Viken HF har godkjent sluttrapport for forprosjektet Hallingdal Lokalmedisinske Senter (HLS) og etablering av en mellomprosjektperiode på 4 mndr.

Mellomprosjektet skal bl. a. utarbeide:

- en fullstendig prosjektplan for et hovedprosjekt som omfatter 7 delprosjekt.

Psykisk Helse og rus - Døgn- og dagbehandling er delprosjekt nr. 7.

Det er en målsetting å iverksette hovedprosjektet med delprosjekt nr. 7 fra 01.02 .2011.

1.2 Mål

Visjon:

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

Overordna mål:

Målet med prosjektet er å finne overordna 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.

St.melding nr. 47 beskriver behov for omstilling og nye tiltak i tjenesteytingen innenfor psykisk helse.

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

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

- ✚ De kommunale helse- og sosialtjenestene omfatter forebygging, tidlig intervensjon, rehabilitering og behandling.
- ✚ Spesialisthelsetjenesten ivaretar sykehusfunksjoner, Distriktpsikiatrisk senter (DPS) og Psykisk helsevern for barn- og unge.

- ✚ Geografi og avstander utfordrer psykiatrien i kommunene i Hallingdal og helseforetaket. Gode lavterskeltiltak som medvirker til å redusere innleggelses i spesialisthelsetjenesten, og som understøtter legevaktjenesten, er klare utfordringer.
- ✚ Kommunene har gjennom opptrappingsplanen i psykiatri fått tilgang til ny kompetanse og nye stillingar. Stortingssmeldingens intensjoner om forflytting av behandlingstiltak fra døgnbehandling til dagbehandling , poliklinikk, ambulante tjenester , der pasienten bor i sin egen bustad med kommunale hjelpetiltak er iverksatt i Hallingdal. Etterspørsel etter døgntilbud frå spesialisthelsetjenesten er betydelig redusert utan at en dermed har indikasjoner på at behovet har endret seg. Bakgrunn for og vedtak i Vestre Viken HF styresak nr. 127-2010 – Samlokalisering av døgntilbud ved Ringerike Distriktsmedisinske senter – legger føringar for delprosjekt nr. 7. Stortingssmeldingen understeker at bedre oppfølging av gruppen med langvarig behov for sammensatte tjenester og bedre tilgjengelighet for mennesker i en krisesituasjon, krever en bedre samhandling mellom tjenestenivåene enn i dag.
- ✚ Tjenestetilbud til barn og unge og mennesker med minoritetsbakgrunn og innvandrere krever en særlig oppmerksomhet.
- ✚ 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. Det er et mål for kommunene og helseforetaket saman å bygge opp team som dekker befolkningens behov.
- ✚ Kompetanseoppbygging og etablering av gode rutiner for henvisninger og overflytting av pasienter mellom nivåene, vil forenkle og kvalitetssikre behandlingsforløpet rundt den enkelte pasient.

Mål for delprosjektet:

Delprosjektet må gjøre greie for og komme med forslag til tiltak innefor følgende tjenesteområder:

- Innhold og behov for døgn- og dagtilbud i spesialisthelsetjenesten på DPS nivå og sykehusnivå.
- Innhold og behov for kommunale eller interkommunalt døgn- og dagtilbud.
- Ansvarsdeling og samarbeid innen tjenestetilbud for å dekke - Lavterskeltilbud og øyeblikkelig hjelp (kveld, natt, helg)
- Opptrapping av ambulante team; (eks: psykoseteam, hjemmebehandlingsteam, rusteam , behandlingsteam for barn- og unge, rehabiliteringsteam)
- Supervisjon og veiledning, kompetansebygging mellom kommuner og mellom kommuner og helseforetak.
- Samarbeidsrutiner i overgangsfaser
- Behov for samarbeidsarenaer og samarbeidsfora.

Polikliniske tilbud er helseforetakets ansvar og skal opprettholdes og videreutvikles.

Effekt mål for delprosjekt - 7 – Psykisk helse og Rus

- ❖ Pasienter i Hallingdal som har behov for tjenester frå psykisk helse skal oppleve at behandlingsforløpet er prega av koordinert samhandling med utgangspunkt i pasienten sine behov.

- ❖ En skal i Hallingdal lykkes med å bygge opp en struktur og en organisering av Psykisk helse og rusomsorg som sikrer den overordna målsettinga i Helse Sør-Øst: Å desentralisere det som kan desentraliseres og sentralisere det som må sentraliseres.
- ❖ En skal i Hallingdal ha en gjensidig kompetansecyting mellom helseforetaket og kommunene for å sikre behandlingstilbud så nær pasientenes sitt nærmiljø som mulig.
- ❖ Kommunene skal søke felles løsninger innen psykisk helse og rusomsorg der enkeltkommuner sliter med å oppfylle krav til kompetanse, kvalitet og effektivitet.
- ❖ Kommunene skal søke felles løsninger på alle utfordringer innen psykisk helse og rusomsorg for å sikre krav til kompetanse, kvalitet og effektivitet. Samarbeide om utdanning og kompetansebygging er et av områdene som skal inn i de lovpålagte avtalene mellom helseforetak og kommunene.

Resultatmål for delprosjekt - 7 – Psykisk helse – døgn og dagbehandling

- Å få kartlagt de områder, der samarbeidet *mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i Hallingdal* bør utvikles vidare.
- Å få kartlagt de områder, der samarbeidet *mellom kommunene* innen psykisk helsearbeide bør utvikles vidare.
- Å få kartlagt de oppgaver spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for og de omstillingstiltak som må iversettes.
- Å fremme tilrådingar til eiere gjennom en prioritert handlingsplan.
- Å innhente erfaringer og kunnskap fra andre steder i landet med de samme utfordringer som Hallingdal
- Å synleggjøre at tilbudet og ressursinnsatsen fra spesialisthelsetjenesten til Hallingdal sin befolkning er likeverdig med andre deler av Ringerike DPS og psykiatrien i VVHF sitt ansvarsområde.

Prosjektet blir starta 01.03 2011 og avslutta 01.03 2012.

3. ORGANISERING AV DELPROSJEKTET

3.1 Ansvarsforhold

Prosjekteier:	Hallingdalskommunene ved regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektansvarlig:	Oppnevnt av regionrådet og Vestre Viken HF
Prosjektleder – delprosjekt:	Tilsatt av styringsgruppa, evt. delegert til hovedprosjektgruppa
Prosjektgruppe – delprosjekt:	Oppnevnt av styringsgruppa, evt. delegert til hovedprosjektgruppa
Styringsgruppe:	Samarbeidsutvalget mellom Hallingdalskommunene og Vestre Viken HF, utvida med ordførerne

3.2 Andre roller og bemanning

Det blir lagt opp til 40 % stilling som prosjektleder for delprosjektet nr 7.

Prosjektleder kan opprette arbeidsgrupper for å utgreie deler av arbeidsoppgavene. Kommunene og helseforetaket skal frigjøre personell til slike oppdrag og dekke kostnader

4. BESLUTNINGSPUNKT OG OPPFØLGING

4.1 Krav til beslutningspunkt

Det blir gjennomført 2 obligatoriske beslutningspunkt:

BP-01	01.02.11	Prosjekteier skal ha vedtatt oppstart. Prosjektplan skal foreligge
BP-02	01.03.12	Prosjekteier skal beslutte om prosjektet kan avsluttast. og om gjennomføringsfasen skal starte. Grunnlagsdokumentasjon: Sluttrapport skal foreligge.

4.2 Oppfølging

- Prosjektleder for hovedprosjektet er ansvarlig for å koordinere og gi råd i forhold til framdift av delprosjektene og være bindeleddet til prosjektgruppe, styringsgruppe og eierrepresentanter.
- Det skal gjennomføres prosjektgruppemøter månedlig for delprosjektet.
- Prosjektleder for delprosjekt nr. 7 møter i prosjektgruppa ved saker som omfatter dette delprosjekt.
- Det er felles prosjekt- og styringsgruppe for alle delprosjekt.

5. RISIKOANALYSE

5.1 Kritiske suksessfaktorer

- At hovedprosjektet blir vedtatt
- At Vestre Viken HF videreutvikler spesialisthelsetjenestetilbudet i Hallingdal.
- At kommunene sammen finner fram til felles grep rundt ressurskrevende tiltak, der den enkelte kommune blir sårbar eller ikke vil kunne iverksette tiltak på grunn av manglende kompetanse.

5.2 Risikoevaluering

- Kontinuerlig dialog mellom prosjektledelse, prosjektansvarlig og prosjektgruppe.

6 Tidsplan

Del Prosjekt	Ress.	02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 01 02												bruk				
Psykisk helse og rus <i>Døgn- og dagbehandling.</i>																40 % stilling		780 timer
Møteplan		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Sluttleveranse															x			

