

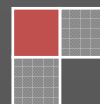
2010

Forprosjekt og Mellomprosjekt

*Hallingdal Lokalmedisinske
Senter*



*Reidar Aasheim og Trond Kleppen
Prosjektledere
15.01.2011*



Innhold

Sammendrag	4
1. Innledning.....	6
1.1 Mål og rammer	6
1.2 Resultatmål.....	7
1.3 Rammer	7
1.4 Kommnehelsesamarbeidet i Vestre Viken	8
2. Historikk.....	8
2.1 Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) og nytt lovverk	9
2.2 Forslag til nytt lovverk	10
2.2.1 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3. Metode og gjennomføring	11
4. Gjennomføring i henhold til prosjektplan	12
4.1 Status.....	12
4.2 Kritiske suksessfaktorer.....	13
4.3 Forslag og tiltak	13
4.4 Forventet måloppnåelse	13
5. Hallingdal Lokalmedisinske Senter (HLS).....	14
5.1 Administrasjon og organisering.....	17
5.2 IKT, Telemedisin og medisinskteknisk utstyr.....	17
5.3 Kompetanse / Lærings- og mestringssenter (LMS)	19
5.4 Forebyggende tiltak.....	19
5.5 Medisinskfaglig samarbeid	20
5.6 Døgn og dagbehandling – somatikk.	21
5.7 Rus og psykisk helsearbeid	21

6	Behandlingskjeden - Pasientforløp.....	23
7.	Økonomiske forhold	24
8.	Eierskap, organisering og styring.....	27
	8.1 Eierskap	27
	8.2 Organisering	28
9.	Framdriftsplan	30
	Sammenlignbare prosjekt	31
	10.1 Erfaringer:.....	36
11.	Konklusjoner	37
12.	Vedlegg	38

Sammendrag

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

Storingsmeldingen la opp til etablering av lokalmedisinske sentra og regionale samhandlingstiltak innenfor et folketallsminimum på 20 000 innbyggere, og at det kunne skje i et nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten/helseforetaket i regionen.

Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken valgte ut prosjektet i Hallingdal som ett av to frontprosjekt innenfor 26-kommuners samarbeidet.

Forprosjektet ble 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 samhandlingstiltak som blir foreslått i stor grad er basert på forslag prosjektledelsen har fått fra de som "har skoen på".

Forprosjektet anbefalte 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 måtte avvente endelige signaler fra regjeringen.

Hovedprosjektet blir anbefalt gjennomført fra mai 2011, der følgende delprosjekt skal inngå:

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

Ved positivt vedtak om etablering av et hovedprosjekt bør det ansettes 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 ledere og arbeidsgrupper, men som er underlagt hovedprosjektleder og en overordnet felles styringsgruppe.

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

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

Eier av bygningsmasse for lokalmedisinsk senter skulle utredes i mellomprosjektet i nær dialog med helseforetaket og kommunene. Det er i gang slik dialog, men det er fortsatt for tidlig å komme til noen konklusjon på dette punktet.

Siden det fra statlig hold er presisert at kommunene skal være eier og driver av et lokalmedisinsk senter, er en del av vurderingen om kommunene ved vertskommunen skal overta hele eller deler av bygningsmassen ved Hallingdal sjukestugu. Det er ved årsskiftet 2010/2011 inngått en intensjonsavtale mellom Ål kommune og Vestre Viken HF der en gir hverandre tillatelse til å planlegge på tvers av tomtegrenser og bygningsmasse og der en stiller seg åpen for at det både kan være aktuelt å eie og leie bygningsmasse i fremtidige utbygginger. Det forutsettes at VVHF viderefører og videreutvikler tilbudet med desentraliserte spesialisthelsetjenester lokalisert til Hallingdal sjukestugu / Hallingdal lokalmedisinske senter.

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 med øremerkede midler eller som vanlig rammefinansiering vil først bli klarlagt våren 2011 i forbindelse med lovbehandlingen og behandlingen av revidert statsbudsjett.

Det som er sikkert er at Staten vil være med å finansiere utredningsprosjekt slik det er gjort i inneværende år, og at forprosjektet derfor har regnet med statlig finansiering av prosjektet i 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.

Forprosjektet ble avsluttet gjennom godkjenning av prosjektrapporten i styringsgruppen og Regionrådet for Hallingdal den 27. august og hos adm. Direktør i Vestre Viken i sept. 2010. Det ble i samme sak vedtatt å opprette en mellomprosjektperiode på 4 måneder med målsetting å utarbeide prosjektplan for et hovedprosjekt inkl. plan for 7 delprosjekt.

Prosjektkostnadene deles likt mellom prosjektets to eiere med fratrukk for eksterne tilskudd.

Forprosjektet og mellomprosjektet 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.

Effekt mål:

- ❖ 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 skulle forprosjektet avsluttes 31.08.2010, og mellomprosjektet avsluttes 31.01.11. Stortingets behandling av samhandlingsreformen og utredningene av mulige finansierings- og organiserings- ordninger skulle sammen med de nye lovforslag innarbeides ved avslutningen av mellomprosjektet.

Forprosjektet hadde 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 300 000 kr til et mellomprosjekt på fire måneder for å utarbeide en fullstendig prosjektplan med framdrift og finansiering for et

hovedprosjekt fra 2011. Samlet kostnad for forprosjekt og mellomprosjekt ble slik godkjent med ei ramme på 950 000 kr, men med den forutsetning at sentrale instanser som Helsedirektoratet/KS og Helsedialog/HelseSørØst ville bidra med prosjektmidler.

Helse Sør-Øst bevilget 380.000 kr til prosjektet, mens prosjektet har mottatt 400.000 kr fra Helsedirektoratet. Dette innebærer en reell kostnad på 85 000 kr på hver av prosjekteierne i tillegg til egeninnsats. Resterende bevilgning på 480 000 kr er tenkt overført til oppstart av hovedprosjektet.

1.4 Kommnehelsesamarbeidet i Vestre Viken

I nedslagsfeltet til sykehusene i Vestre Viken HF er det etablert et 26-kommuners helsesamarbeid, der Hallingdal er representert i prosjektgruppen ved rådmann Odd Egil Stavn og i styringsgruppen ved ordfører Oddvar Grøthe. Hallingdal er også representert i referansegrupper og i medisinskfaglig rådgivningsgruppe.

Her er samhandlingsreformen og kommnehelsearbeidet satt i fokus, og det ble plukket ut to frontprosjekt for hele regionen, Geriatriløftet i Drammen og Hallingdal Lokalmedisinske Senter. Dette har styrket prosjektet, spesielt i samband med søknader om midler, der det er vektlagt en bred forankring for samarbeidet.

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 der alle seks kommuner deltar, 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 "sjukehusenes forlengede arm" i Hallingdal. Allerede to år etter at Buskerud Fylkeskommune etablerte Hallingdal sjukestugu med en somatisk sengeavdeling og en fødeenhet, startet videreutvikling av institusjonen med de to første poliklinikk-tilbudene. Dette er nå utviklet videre til 16-17 spesialist- og subspecialist-områder, der til sammen 25 ambulerende spesialister deltar.

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

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

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

Det er i løpet av prosjektperioden gjort vesentlige endringer i sykehusorganiseringen innenfor Vestre Viken HF som består av Sykehuset Asker og Bærum, Drammen sykehus, Ringerike sykehus og Kongsberg sykehus. I fra KommuneHelsesamarbeidet Vestre Viken er det initiert en overordnet samarbeidsavtale mellom helseforetaket og de 26 kommunene. Partene har signert denne avtalen.

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) og nytt lovverk

Med bakgrunn i stadig økende kostnader ved sykehusinnleggelses 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 for lidelser som egner seg for lokal behandling og som ikke krever den samme spisskompetanse som ved sykehusene. Utviklingen av moderne teknologi (IKT og medisinsk teknisk 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 hovedprosjekt i Hallingdal mellom kommunene og Vestre Viken HF må følgelig tilpasses de sentrale vedtak og føringer som kommer.

Regjeringen la høsten 2010 fram en finansieringsplan for reformen. Det er forventet at dette vil finne sin endelige løsning etter høringsrunden gjennom revidert statsbudsjett i mai 2011.

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. Det er også foreslått at senteret kan 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 behandlingsskjedene og ikke minst tydeligere ansvars plassering og fordeling av kostnader.

Helse og omsorgsminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen sa under Helsekonferansen 2010: *Samhandlingsreformen ønskes velkommen over alt. Av pasienter, helsepersonell og lokalpolitikere. Den grunnleggende ideen vinner stor oppslutning:*

- Å forebygge sykdom.
- Å bedre folkehelsen.
- Å oppdage sykdom i tide.
- Å forhindre sykehusinnleggelse.
- 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 korttids plasser 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.

2.2 Forslag til nytt lovverk

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

Forslag til ny folkehelselov og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er ute til høring med høringsfrist 18. januar 2011.

I den nye nasjonale helse- og omsorgsplanen skal det konkretiseres hvordan samhandlingsreformen skal gjennomføres. Planen skal også ha forslag til finansieringsmodeller og avtalestruktur mellom helseforetak og kommuner.

Helse- og omsorgsdepartementet har altså sendt lovforslagene på høring. De er ment å erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I tillegg foreslås det endringer i andre lover, blant annet i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven. Det er også i gang satt en høring om Nasjonal helse- og omsorgsplan.

3. Metode og gjennomføring

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

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

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

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

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

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

Prosjektgruppen har bearbeidet dette materialet og sett disse innspillene i forhold til stortingsmeldingen og erfaringer andre steder i landet. Prosjektgruppen har anbefalt overfor styringsgruppen en videreføring i et hovedprosjekt med 7 delprosjekter. Det er i mellomprosjektet laget en fullstendig prosjektplan for hovedprosjektet sammen med prosjektplan for hvert av de 7 delprosjektene.

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 korrigerings av ferdigstillingstidspunktet til 31. august 2010. Styringsgruppa og Regionrådet i Hallingdal behandlet prosjektrapporten i august. Administrativ styringsgruppe for kommunehelsesamarbeidet i Vestregionen og styret for Vestre Viken HF hadde saken til behandling i september.

Prosjektplanen la 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 etablerte en egen komité bestående av fire statssekretærer, som la fram sitt arbeid høsten 2010. Dette vil være en del av høringsgrunnlaget, og ikke få sin avklaring før revidert statsbudsjett 2011 behandles i Stortinget. Det forventes at Stortinget vil trappe opp bevilgningene til reformen over flere år.

Prosjektledelsen legger derfor opp til en utredning av de økonomiske forhold knyttet til hovedprosjektets første fase (utredningsfasen) og at dette derfor bør inngå i mandatet til delprosjekt 1 Administrasjon og organisering. Det innebærer at eierne og den enkelte kommune vil ha en avklaring av de økonomiske forhold når endelig vedtak om videreføring i en gjennomføringsfase skjer våren 2012.

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 ville bli så omfattende at dette måtte skje under det som er beskrevet som et mellomprosjekt høsten 2010 (se kap. 9). Mellomprosjektet gir en slik fullstendige prosjektplan for et hovedprosjekt og med tilsvarende plan for hvert enkelt delprosjekt innen fristen 1 februar 2011.

Budsjett og kostnadsvurdering er gjort i forhold til hovedprosjektets utredningsfase (mai 2011 – mai 2012). Gjennomføringsfasen 2012 – 2014 vil først få sin økonomiske avklaring etter revidert statsbudsjett våren 2011 eller statsbudsjettet i oktober, og må inngå som en del av mandatet for utredningsfasen.

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

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

4.2 Kritiske suksessfaktorer

Prosjektplanen beskriver følgende suksessfaktorer for forprosjektet:

- *God forankring politisk og administrativt, hjå fagpersonell, arbeidstakarorganisasjonar og 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 gjennom hele forprosjektperioden og mellomprosjektperioden lagt spesiell vekt på kulepunkt 1, 4 og 5 ved god informasjon og dialog med så vel kommunene og helseforetaket så vel som departement, KS og andre samarbeidsparter.

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 vurdere tiltak som kan desentraliseres og som den enkelte kommune er spesielt gode på. Videre arbeid med dette må vurderes i hovedprosjektets utredningsfase, 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 og mellomprosjektet vil nås fullt ut når vi ser de to periodene under ett.

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

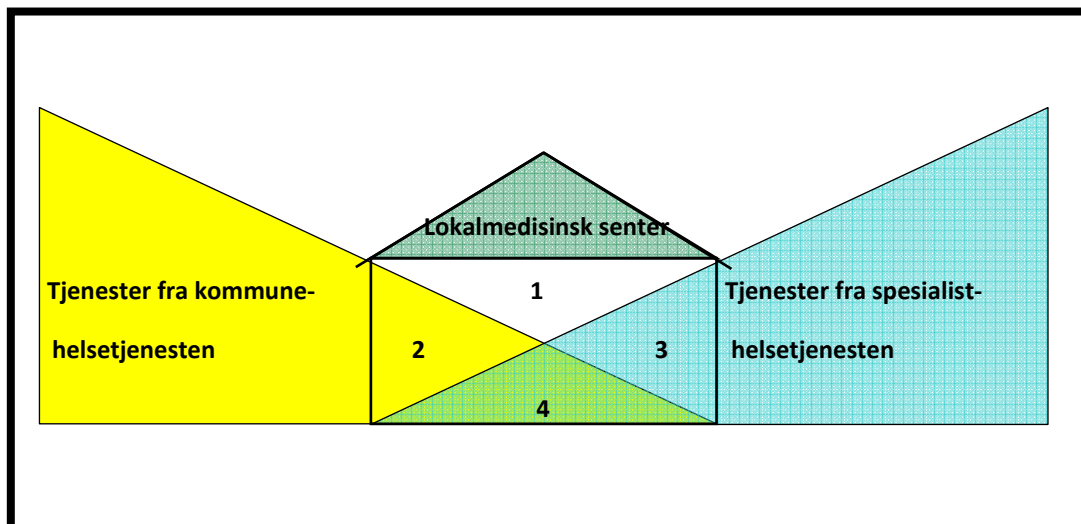
5. Hallingdal Lokalmedisinske Senter (HLS)

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

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

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

Disse oppgavene kan illustreres slik:



Figur 1 Oppbyggingen av det lokalmedisinske senter i Hallingdal

Videre prosjektorganisering

Det opprettes et hovedprosjekt fra 1. mai 2011 etter den modell og prosjektplan som mellomprosjektet beskriver. 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 åpnet for en dialog med Staten om å nytte prosjektet som et utstillingsvindu på nasjonalt nivå. Verken statsråden eller den departementale administrasjon har så langt respondert positivt på dette, selv om de har gitt uttrykk for at de er svært imponert over Hallingdal sjukestugu og prosjektet HLS.

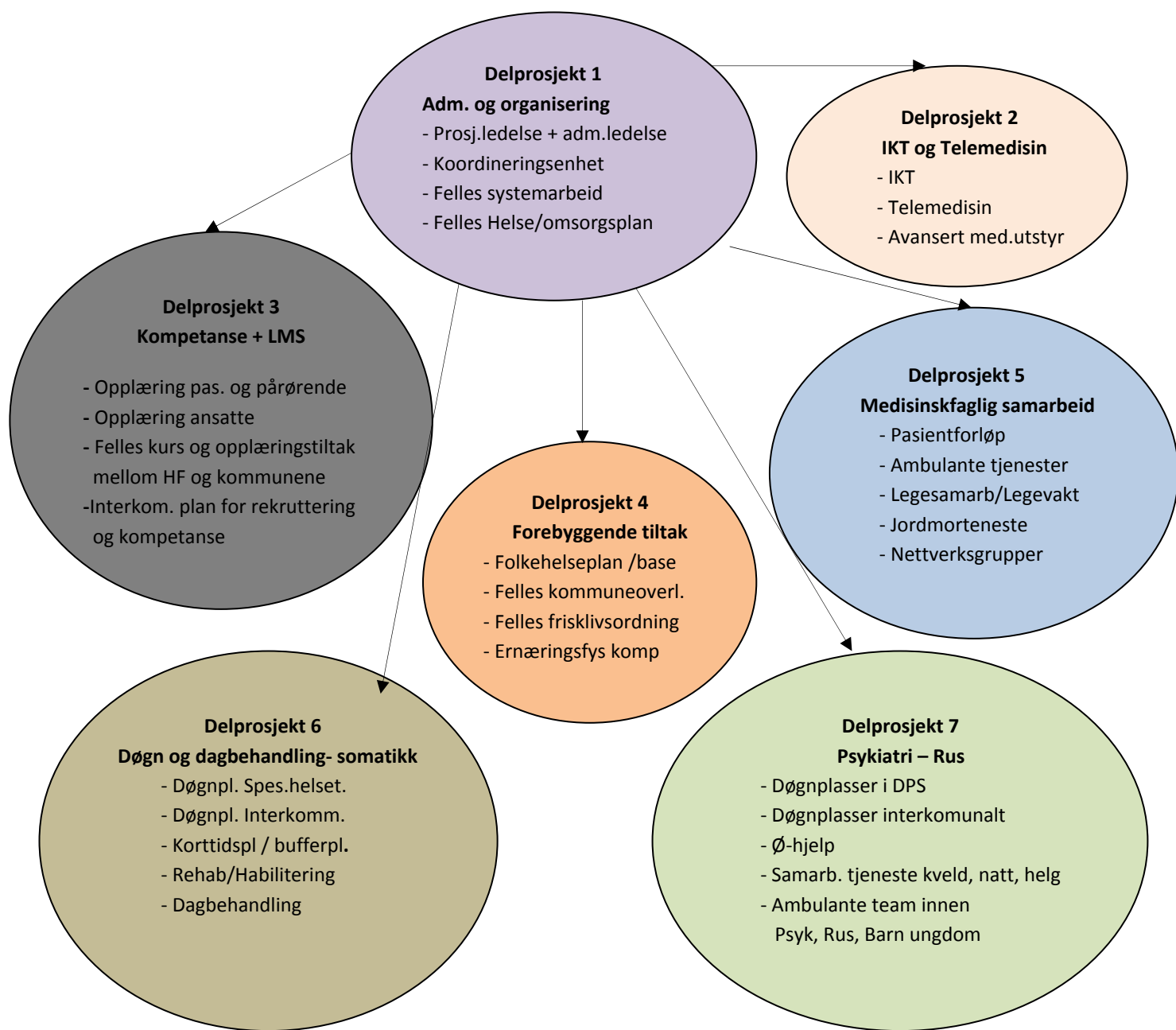
Det er lagt inn som forutsetning at Vestre Viken HF skal videreutvikle tjenestetilbudet med spesialisthelsetjeneste i Hallingdal i tråd med sentrale anbefalinger og styrevedtak 208/2008 i Helse Sør-Øst – Hovedstadsprosessen. Ny medisinsk teknologi og funksjonsdeling av behandlingsoppgaver i sykehusene vil medvirke til å bygge opp under VVHF sin visjon om desentraliserte spesialisthelsetjenester.

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

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

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

De enkelte delprosjekt som anbefales er vist i organiseringsmodellen under.



Figur 2: Hovedprosjektmodell med 7 delprosjekt

Delprosjektene er nærmere beskrevet i de neste avsnittene:

5.1 Administrasjon og organisering

Delprosjekt 1 bør utrede videre:

- Administrativ organisering, økonomi og ledelse ved Hallingdal Lokalmedisinske senter, inkl. det videre utviklingsarbeidet i tråd med sentrale føringer og ivareta avtaler, organisering, systemarbeid, kvalitetssikring, koordineringsfunksjoner og behovet for gode felles IKT-løsninger i samarbeid med delprosjekt 2. Inkludert i systemarbeidet skal samarbeidet om individuell plan inngå i nær dialog med delprosjekt 5, 6 og 7.
- Koordinering: Ledelsen av hovedprosjektet har ansvaret for å sørge for nødvendig dialog og kontakt mellom delprosjekt nr. 1 og øvrige delprosjekt og å sørge for framdrift av hovedprosjektet.
- Dialog og samordning med andre samhandlingsprosjekt (f.eks innen barnevern, familievern, Livreddere i Hallingdal, Undervisningssjukeheim, Nasjonalt pilotsykehus Ringerike Sykehus, NAV m.fl.).
- Oppbygging av felles systemarbeid, jmf. Stortingsmeldingens vektlegging av helseovervåking, samfunnsmedisinske oppgaver og arbeidet med samarbeidsavtaler.
- Overordnet strategisk plan for området helse og omsorg i Hallingdal. Det er viktig for befolkningen å ha nærhet til tjenester. Kommunene blir i samhandlingsreformen utfordret på mange nye oppgaver som krever ny kompetanse, nye investeringer og sammensatte løsninger. En overordnet strategisk plan sett på tvers av kommunale tjenester og spesialisthelsetjenestene vil legge føringer for de tiltak som kommunene vil løse gjennom interkommunalt samarbeid, de tiltak som kommunene vil løse i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og de tiltak spesialisthelsetjenesten vil gjennomføre desentralisert i Hallingdal.

5.2 IKT, Telemedisin og medisinskteknisk utstyr

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

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

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

Hallingdal Sjukestugu har i flere år benyttet kompetanse og inspirasjon fra Nasjonalt senter for telemedisin og samhandling for de områder som er benyttet i pasientbehandling, i undervisning, i veiledning og som møtefora. Telemedisin/E-Helse har medvirket til å bringe kompetanse nærmere slik at pasienter og fagfolk har sluppet å reise. Enkelte av kommunene har skaffet seg erfaring med bruk av videokonferanse med Sunnaas Sykehus rundt oppfølging av pasienter som er skrevet ut til kommunene

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

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

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

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

Delprosjektet må også:

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

5.3 Kompetanse / Lærings- og mestringssenter (LMS)

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

Prosjektgruppen foreslår følgende innhold:

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

5.4 Forebyggende tiltak

Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, framfor tilbud som er innrettet på å mestre, å redusere kroniske sykdommer og å forebygge hendelser som kan medføre skader og sykdom. Kommunene får en særlig oppgave med å sørge for å organisere og legge til rette for ulike tiltak, slik at investeringer i helsetjenesten kan rettes mot 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 fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, men også kommunene i mellom.

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

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

Delprosjekt nr 5 bør utrede videre:

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

5.6 Døgn og dagbehandling – somatikk.

St.m. nr. 47 beskriver kommunenes ansvar for å bygge opp tilbud før, istedenfor og etter sykehusinnleggelse og viser til flere steder i landet som Sjøbustad 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 klinikkovergrepene 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 korttids plasser og "buffer"-plasser
- Behov for dag og døgnplasser til rehabilitering
- Behov for dag og døgnplasser til habilitering
- Behov for dagbehandling knyttet opp mot døgnavdeling og poliklinikk

5.7 Rus og psykisk helsearbeid

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

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

Geografi og avstander utfordrer psykiatrien i kommunene i Hallingdal og helseforetaket. Gode lavterskeltiltak som medvirker til å redusere antall innleggelser i spesialisthelsetjenesten, og som understøtter legevaktjenesten, 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:

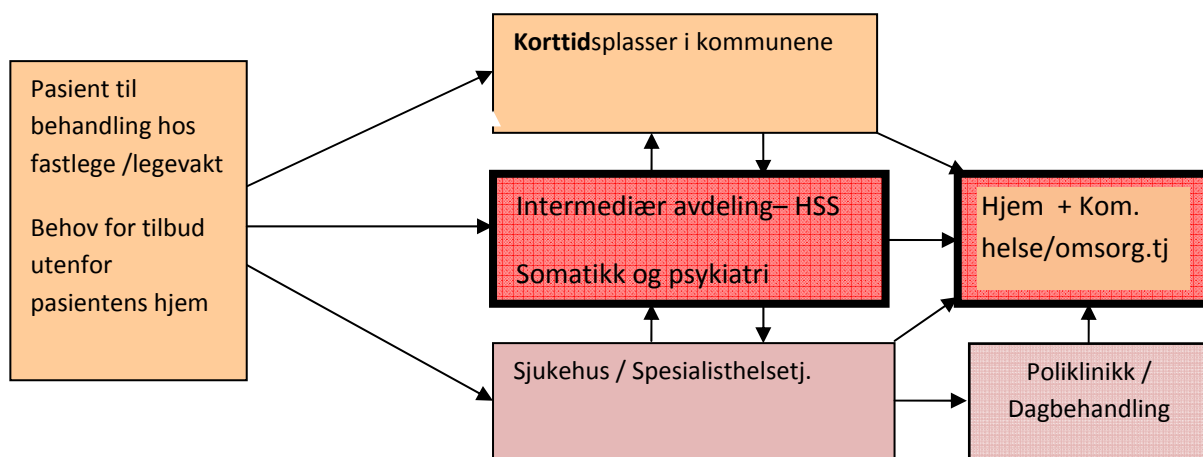
- Innhold og behov for døgnplasser i spesialisthelsetjenesten
- Innhold og behov for interkommunalt døgntilbud
- Interkommunale tjenester / Lavterskeltilbud: Øyeblikkelig hjelp (kveld, natt, helg)
- Ambulante team; Psykiatri, Rus, Barn- og unge
- Samarbeidsrutiner i overgangsfaser

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 som avsluttes i 2011.

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

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



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

7. Økonomiske forhold

Forprosjektet beskriver tre prosjektperioder:

- 1) forprosjekt 2) mellomprosjekt 3) hovedprosjekt.

Finansiering av de ulike periodene kan skje på følgende måte:

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

Det er regnet med ca 20 månedsverk for hovedprosjektet i 2011 (8 måneder), ut frå følgende plan for prosjektledelse og oppstart (omregnet til hele månedsverk):

- | | | |
|----------------------------------------------------------|---|-----------------------|
| 1. Hovedprosjektleder i 75 % stilling fra mai 2011 | = | 5.3 månedsverk |
| 2. Prosjektleder delprosj. 1 i 25 % still fra sept. 2011 | = | 1.0 ---- " ---- |
| 3. Prosjektleder delprosj. 2 i 25 % still fra mai 2011 | = | 2.0 ---- " ---- |
| 4. Prosjektleder delprosj. 3 i 40 % still fra mai 2011 | = | 3.2 --- " ---- |
| 5. Prosjektleder delprosj. 4 i 25 % still fra mai 2011 | = | 2.0 --- " ---- |
| 6. Prosjektleder delprosj. 5 i 25 % still fra mai 2011 | = | 3.2 --- " ---- |
| 7. Prosjektleder delprosj. 6 i 40 % still fra april 2011 | = | 3.6 --- " ---- |
| 8. Prosjektleder delprosj. 7 i 40 % still fra mars 2011 | = | <u>4.0 --- " ----</u> |
| Totalt antall månedsverk i 2011 | | 24.3 månedsverk |

Lønnskostnad (inkl sos.utg.) for vel 2 årsverk vil bli ca 1 300 000 kr.

Til øvrige prosjektkostnader (vanlige driftsutg, utstyr, prosjektgrupper og reisegodtgj./møter) er det regnet med 400 000 kr.

I tillegg til prosjekteierens direkte bevilgning på til sammen 650 000 kr, kommer egeninnsats i forhold til nedlagt arbeidsinnsats ved konferanser og møter i referansegrupper,

prosjektgruppe og styringsgruppe der til sammen ca 100 personer har vært involvert og vil bli det i hovedprosjektet. Dette er med for- og etterarbeid anslått til 35 t pr deltaker i forprosjekt og mellomprosjektfasen og medfører en tilleggskostnad på ca 1 mill kr for eierne. Om lag samme kostnad må påregnes i egeninnsats i utredningsfasen av hovedprosjektet.

De statlige tilskuddsordningene blir videreført og forsterket i 2011. Fra 2012 er det planlagt at kommunene får tildelt midler via de vanlige kommunale overføringsordningene. Hvorvidt det vil bli videreført spesielle tilskuddsmidler til prosjektkostnader er ikke avklart.

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

Det er gitt statstilskudd til forprosjekt og mellomprosjekt med 400 000 kr, i tillegg til et prosjekttilskudd fra Helse Sør-Øst 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.

For 2012 og 2013 må hovedprosjektet gjennom delprosjekt 1 avklare kostnadene og finansieringsmulighetene, avhengig av utredningsarbeidet som pågår i statlig regi.

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.

Hvilke økonomiske insentiver som vil bli tatt i bruk ovenfor kommunene vil få sin avklaring etter høringsrunden og vedtak i stortinget våren 2011.

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.

- **Utskrivningsklare pasienter**

Kommunene vil fra 2012 få et finansielt ansvar for utskrivningsklare pasienter fra første dag. Kommunene vil få overført midler fra regionale helseforetak i forbindelse med denne omleggingen. Overføringen av midler for utskrivningsklare pasienter vil avhenge av hvilke pasientgrupper som omfattes av ordningen og betalingssetningen. Så langt er dette anslått til mellom 0,5 og 0,8 mrd. kroner for somatiske pasienter. Psykisk helsevern og rus skal utredes særskilt.

Kommunal medfinansiering

- Det vurderes to avgrensede modeller for *kommunal medfinansiering* av somatiske pasienter – alle opphold/behandlinger for pasienter over 80 år (så langt anslått til 1,5 mrd. kroner) og medisinske opphold/behandlinger for alle aldersgrupper (så langt anslått til 3,6 mrd. kroner). Overføringen av midler til kommunene i forbindelse med innføringen av *kommunal medfinansiering* vil avhenge av hvilken modell regjeringen velger. I tillegg skal det utredes en modell for psykisk helsevern og rus og opphold i opptreningsinstitusjoner (så langt anslått til 2,5 mrd. kroner).
- Regjeringen vil legge opp til en modell der det stilles krav til at de regionale helseforetakene sammen med kommuner kartlegger muligheter for kostnadseffektive samarbeidsprosjekter til erstatning for dagens behandling i sykehus. Dette skal innarbeides i plan- og meldingssystemet. Beslutningsmyndighet for investeringer finansiert av helseforetakene skal fortsatt ligge hos helseforetakene.
- Lovpålagte avtaler vil være en viktig mekanisme for å sikre at aktivitet i kommuner og helseforetak er godt tilpasset hverandre.

I St meld nr 47 (2008-2009) er det lagt til grunn at det skal lovfestes at kommuner/ samarbeidende kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler. Slike avtaler vil være viktig for å hindre oppbygging av oppgaver på de to nivåene som ikke er godt nok tilpasset hverandre, og som vil øke risikoen for svekket kostnadskontroll i helsetjenesten samlet sett. Forslaget om lovpålagte samarbeidsavtaler er omtalt i kapittel 25 i høringsnotat til ny kommunal helse- og omsorgslov.

Avgrenset kommunal medfinansiering vil innebære et insentiv for kommunene til å etablere tilbud til de gruppene som omfattes av kommunal medfinansiering, for å hindre unødvendig sykehusinnleggelse. Det vil være økonomisk rasjonelt for en kommune å prioritere tilbud til disse gruppene.

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 Helsesrådet 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 samme 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, noe som også er i samsvar med vedtak i regionrådet fra mars 2009.

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

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

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

3) Nåværende sjukestugu er i sin helhet driftet av Vestre Viken HF.

Departementet har klart signalisert at framtidige driftsselskap av lokalmedisinsk senter skal være kommunale. En har fra andre steder i landet registrert at det i prosjektarbeidet med samhandlingsreformen, skjer en delt finansiering på partene. Siden framtidig finansieringsordninger kan påvirke valget av driftsform, kan det være rett å vente med denne avgjørelsen til utredningsfasen i hovedprosjektet.

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 en slik løsning.

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.

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 (Nome, Bø og Sauherad). 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 prosjektrapporten blir behandlet. Endelig vedtak om organisasjonsform vil være en del av delprosjekt 1 i hovedprosjektet.

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 delegerer til nemnda myndighet til å treffe vedtak også i saker av prinsipiell betydning og nemnda kan delegerer 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 enn vertskommunen, bør likevel vurderes organisert og koordinert fra det lokalmedisinske senter.

9. Framdriftsplan

Forprosjektet:

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

Mellomprosjekt:

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

Hovedprosjekt / utgreiingsfasen:

Hovudaktivitetar	Tidsplan										Res. bruk
	2011				2012				2013		
	1.kv	2.kv	3.kv	4.kv	1.kv	2.kv	3.kv	4.kv	2013		
H-prosj førebuing (60 %)											1.2
Hovudprosjekt (100 %)											13.0
inkl. Delprosjekt 1 (25 %)											(1.75)
Delprosjekt 2 (25 %)											2.5
Delprosjekt 3 (40 %)											4.0
Delprosjekt 4 (25 %)											2.5
Delprosjekt 5 (25 %)											2.5
Delprosjekt 6 (40 %)											4.0
Delprosjekt 7 (40 %)											4.0
Sum månadsverk:											33,7
Prosj.-møter	x		x		x		x		x		
Styringsgr.møter	x				x				x		
Milepælar		x			x					x	
Beslutningspunkt		x								x	

Hovedprosjektleder er også tiltenkt å fungere som leder av delprosjekt 1, med en fordeling tilsvarende 75 / 25 %. Hovedprosjektets leder skal også ha det overordnede ansvar for igangsetting og oppfølging av alle øvrige delprosjekt. Det bør vurderes om denne stillingen skal være en prosjektstilling i 3 år og følge prosjektet fra utredningsfase over i gjennomføringsfase. Dette er vist ved fortsettelsesstreker etter at delprosjekt 1 går over i driftsfase. Lederen kan da overta ansvaret for hvert delprosjekt etter hvert som prosjektfasen avsluttes.

Sammenlignbare prosjekt

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

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

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

Røros:

Helse Midt-Norge har gjennomført en mulighetsstudie for sykehuset på Røros, der sykehusets planlagte kirurgiske aktivitet med tilhørende døgntilleggsbehandling tas ned og der sykehusets aktivitet legges om til dagbehandling og poliklinikk i tråd med intensjonene i Stortingsmelding nr. 47. Planen er vedtatt i Helse Midt-Norge sitt foretaksstyre 02.2010.

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

Prosjektet videreføres og er finansiert av prosjektmidler fra HOD.

Egersund – Dalane DMS

Stavanger Universitetssykehus Helse Stavanger HF har sammen med kommunene i Sør-Rogaland (Bjerkerheim, Sokndal, Egersund og deler av Lund) etablert et 2 års prosjekt (2008 – 2010) Dalane DMS lokalisert til bygningsmasse gamle Egersund sykehus og Egersund kommune. Prosjektet videreføres til 2012.

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 intermedieær 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.

Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken og Vestre Viken HF har i 2010 etablert et nytt samhandlingsprosjekt "Vi samler trådene" der prosjektet mellom Ringerike Sykehus og omliggende kommuner igjen vil bli aktualisert.

Fosen - DMS

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

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

- Målet med delprosjekt Kreftomsorg Fosen er å få så god egenkompetanse og samhandling med spesialisthelsetjenesten, at en kan gi befolkningen en kvalitativ god behandling, oppfølging og omsorg utenfor sykehus.
- Avdeling for etterbehandling og observasjon er igangsett med i alt 8 senger. Felles legevakt for kommunene Bjugn, Ørland og Åfjord startet i 2006.

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

Prosjektet er finansiert med prosjektmidler fra HOD

Drammen Geriatrike

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

Formålet med Drammen geriatrike senter:

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

Nord-Gubrandsdal - DMS

Kommunene i Nord-Gubrandsdal har gjennomført et forprosjekt for å etablere et DMS lokalisert ved nybygde lokaler på Otta. Deltakende kommuner i forprosjektet er kommunene Skjåk, Lom, Vågå, Sel, Lesja, Dovre. Prosjektledelsen er organisert under regionrådets ledelse. Innbyggertall ca 20.000 innbyggere.

Prosjektet er organisert i to deler:

Del 1:

- Organisering, system og avtaler
- 5 intermedieære senger

- Samfunnsmedisin og forebyggende helsearbeid
- Kompetanseutvikling, følgeevaluering og forskning

Del 2:

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

Prosjektet er finansiert med prosjektmidler fra HOD

Valdres – DMS

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

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

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

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

Forprosjektet er finansiert med prosjektmidler fra HOD.

Sykestueprosjektet i Finnmark

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

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

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

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

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

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

Helseparken i Mo i Rana

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

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

Noen erfaringer følger:

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

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

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

Helseparken beskrives som en forsterket korttidsenhet / intermediært tilbud for utskrivningsklare pasienter og pasienter med behov for rehabilitering. Helseparkens

sengeavdeling med 17 sengeplasser etableres samtidig som sykehuset legger ned et tilsvarende antall senger i dagavdeling. Det legges stor vekt på å dimensjonere bemanning i Helseparken med helsefagkompetanse på høyskolenivå (sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter) på nivå godt over ordinære sykehjem.

Av evalueringen går det fram at sykehuset har hatt betydelige effekt av å redusere dagsenger, samtidig som dagkirurgisk aktivitet er opprettholdt og med overføring av pasienter til bl.a. Helseparken. Etablering av Helseparken har vært nettobesparende for sykehuset. Samtidig konkluderer foreløpig kommunen med redusert relativt kostnadsnivå sammenlignet med gjennomsnittskommuner. Sammenligningen innefor flere områder tyder foreløpig på at etablering av Helseparken også er økonomisk gunstig for kommunen.

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

10.1 Erfaringer:

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

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

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

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

Kommunehelsesamarbeidet i Vestre Viken sikrer kommunene en dialog rundt de planarbeider kommunene imå ha med Helseforetaket for å innfri de føringer som legges i stortingsmeldinga.

I Hallingdal har man 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. Forprosjekt og mellomprosjekt har vært gjennomført etter den framdriftsplan og med de ressursene som ble tildelt prosjektet, der ny sluttrapport blir behandlet i februar 2011.
2. Det anbefales etablert et hovedprosjekt fra 1.5.2011 inndelt i to faser:
 - **En utredningsfase** for å fastslå de endelige tiltak som skal inngå i HLS, herunder også organisering, eierskap og økonomiske forhold knyttet til den framtidige gjennomføringsfase og drift av HLS. Rapport fra utredningsfasen legges fram for prosjekteierne som grunnlag for gjennomføringsfasen.
 - **En gjennomføringsfase** der de ulike delprosjekt etter hvert blir avsluttet og overført til ordinær drift etter vedtak av prosjekteierne.
3. Delprosjekt 6 og 7 blir anbefalt med oppstart henholdsvis 1.4. og 1.3. 2011. Det er nødvendig at prosjektledelsen i perioden 1.3 – 1.5 arbeider med disse to prosjektene og forberedelsene til de øvrige fem delprosjektene i ein delstilling (ca 60%).
4. Utredningsfasen gis en ressursramme på 1.700 000 kr og tidsressurs på 24 månedsverk i 2011 og en avklaring av finansieringsordningene fra Staten før ressursramme kan tildeles for 2012. Kostnaden i 2011 blir dekt av avsatte midler og eksterne tilskuddsmidler.
4. 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. Prosjektledelsen for hovedprosjektet (100 % stilling) gis ansvaret for framdriften i hele hovedprosjektet og oppfølgingsansvar og samordning av de 7 delprosjektene. I tillegg skal delprosjekt 1 Organisering i sin helhet dekkes av prosjektledelsen.
5. For de øvrige delprosjekt skal det vurderes å nytte deltidsstillinger på 25 – 40 % i tråd med ressurstildelingsplanen under kap 9 i rapporten, ved frikjøp fra eksisterende fagstillinger i kommunene og ved sjukestugu.
6. Det opprettes en felles styringsgruppe og prosjektgruppe felles for hele hovedprosjektet, og med arbeidsgrupper etter behov for det enkelte delprosjekt.
7. Eierne skal etablere beslutningspunkt som følger:
 - a. etter slutføring av mellomprosjekt, for endelig vedtak om oppstart av hovedprosjekt.
 - b. etter utredningsfasen i hovedprosjektet / før overgang til gjennomføringsfasen.
8. Ved overgang fra prosjekt til driftsfase synes det foreløpig mest formålstjenlig at Hallingdal Lokalmedisinske Senter organiseres etter § 28 i kommuneloven vertskommunesamarbeid.
Beslutning om dette tas etter utredningsfasen og før overgang til gjennomføringsfasen.

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

Vedlegg nr. 1

Forprosjekt - Lokalmedisinsk senter i Hallingdal

Prosjektgruppe

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

Styringsgruppa

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

12 07 10/raa

Vedlegg 2 Oversikt Referansegrupper

Gruppe 1 (Psykiatri - BUP)

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

Gruppe 3 (Rehabilitering)

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

Gruppe 5 (Pleie/Omsorg)

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

Gruppe 7 (Ressurskrevjande brukarar)

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

Gruppe 9 (Lærings og mestringssenter)

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

Gruppe 2 (Psykiatri - VOKS)

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

Gruppe 4 (Førebyggjande helsearbeid)

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

Gruppe 6 (Pleie / Omsorg)

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

Gruppe 8 (Intermediære avdelingar)

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

Gruppe 10 Kommunelegane

Gruppe 11 Kommunejordmødre