

Alta DMS

Videreutvikling av Altamodellen etter intensjonene i samhandlingsreformen



Org.nr. 944 588 132
Bankgiro: 4901.07.00190

Postadresse:
Postboks 1403
9506 ALTA

Besøksadresse:
Sandfallveien 1
ALTA

Rådmann
Telefon: 78 45 50 00
Telefaks: 78455011

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	4
1.1	Bakgrunnen for prosjektet	4
1.2	Prosjektorganisering forprosjekt	5
1.3	Politisk og administrativ forankring	5
2	Altamodellen i dag	6
2.1	Samfunnsøkonomiske gevinster	7
2.2	Folkehelse	8
3	Samhandlingsreformen	10
4	Regionens befolkning i dag og fremover	11
5	Målsetting	12
5.1	Konkrete resultatmål	12
6	Fokusområder	13
6.1	Elementer i alle tiltak	13
7	Videreutvikling av eksisterende tilbud i Altamodellen	14
7.1	Regionalt diabetesteam med deltagelse i EU-prosjekt	14
7.2	Utvidet sykestuedrift	15
7.3	Fødestua	16
8	Tiltak for å imøtekomme fremtidige helsetjenestebehov	16
8.1	Psykisk helse og rus	16
8.2	Regionalt KOLS-team - sekundærforebyggende	18
8.3	Regionalt demensteam	19
8.4	Palliativ behandling	19
8.5	Ambulerende øyekirurgi	20
8.6	Utvidet billeddiagnostisk tilbud	20
9	Administrative tiltak	21
9.1	Overordnet administrasjon	21
9.2	Arealbehov	21

		3
9.3	Rekruttering	22
10	Prosjektoppfølgning	23
10.1	Prosjektledelse	23
10.2	Styringsgruppe	23
10.3	Prosjektkostnader	23
10.4	Følgforskning og samfunnsøkonomi	24
11	Nasjonal pilot	25
12	Finansiering – 3-årig prosjekt.....	26

1 Innledning

1.1 Bakgrunnen for prosjektet

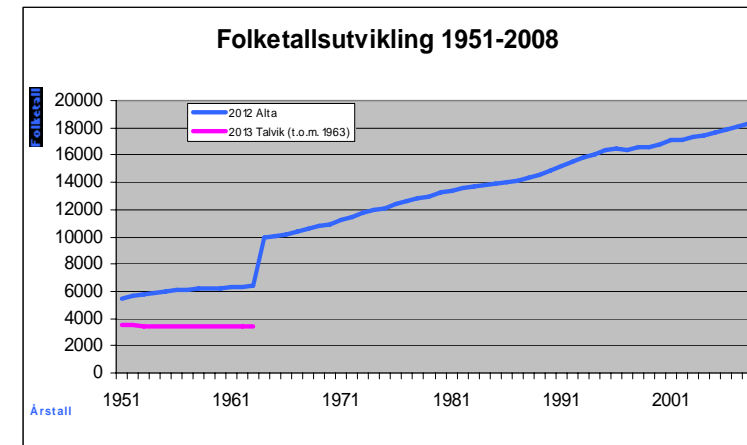
Bakgrunnen for dette prosjektet er ønsket om å videreutvikle Altamodellen i tråd med intensjonene i nasjonal samhandlingsreform slik at en kan tilby flere og bedre helsetjenester til befolkningen i Alta, Kautokeino, Loppa og Kvæningen - og samtidig også være et senter av større nasjonal interesse.

Alta kommune er Finnmarks mest folkerike kommune. Befolkningstallet har vært i vekst gjennom lang tid. Pr 01.01.1 er befolkningstallet 18.680. Med befolkningen i Kautokeino og Loppa utgjør det opp mot en tredjedel av Finnmarks befolkning. Altamodellen er utviklet på grunnlag av en stor befolkning, med lang vei til sykehus. Dette har gjort at man har hatt behov for å bygge opp et stort tilbud av både primær og spesialisthelsetjenester. Det er flere ulike tilbud og ulike aktører som er samlokalisert i Alta helsesenter. Helse Finnmark og Alta kommune står i hovedsak bak finansiering og drift av de ulike tilbudene. Tilbudene benyttes av befolkning fra store deler av Vest-Finnmark og Kvæningen.

Mange av landets kommuner, helseforetak og nasjonale helsepolitikere ser i dag til Alta, hvor forebygging, primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester foregår nær befolkningen og ute av sykehus – med de samfunnsøkonomiske besparelser dette gir, i tillegg til opplevd kvalitet og trygghet for pasientene.

Ved etablering av Altamodellen viser rapport fra Norut NIBR fra 2003 til netto samfunnsøkonomiske gevinster i forhold til drift av spesialistpoliklinikken i Alta. Se eget avsnitt.

Ved en videreutvikling av Altamodellen i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen vil man kunne oppnå ytterligere samfunnsøkonomiske gevinster og opplevd helsekvalitet, og fortsatt være en referansemodell av nasjonal interesse.



1.2 Prosjektorganisering forprosjekt

Alta kommune er prosjekteier og initiativtager, og prosjektet har vært kjørt som et forprosjekt siden 2008. Prosjektleder har vært Kommuneoverlege Kenneth Johansen. Berit Erdal, rådgiver Avdeling for Samfunnsutvikling, har fungert som medprosjektleder.

Styringsgruppen har bestått av:

- Bjørn-Atle Hansen, *Rådmann Alta kommune* (leder av styringsgruppen)
- Per Prebensen, *Leder Helse og sosialsektoren, Alta kommune.*
- Steinar Pedersen, *Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin ved UNN.*
- Svein Steinert, *Nasjonalt senter for distriktsmedisin.*
- Kristine Brevik, *Klinikkjef, Helse Finnmark klinikk Hammerfest.*
- Inger Lise Balandin, *Klinikkjef, Helse Finnmark klinikk for psykisk helsevern og rus.*
- Ommund Heggheim, *Leder Avdeling for Samfunnsutvikling, Alta kommune.*
- Johan Petter Barlindhaug, *Tidligere styreleder, Universitetssykehuset Nord-Norge*
- Torfinn Reginiussen, *Hovedutvalgsleder Helse og Sosial, Alta kommune*

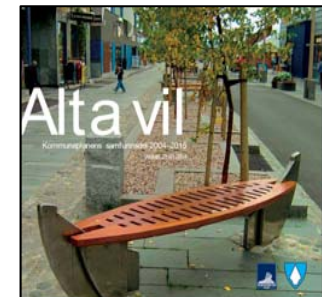
I videreføringen over i hovedprosjektet vil det opprettes en ny prosjektgruppe hvor spesielt samarbeidende kommuner som Kautokeino, Loppa og Kvænangen vil være representert.

1.3 Politisk og administrativ forankring

Prosjektet er politisk forankret i Kommuneplanens Samfunnsdel *Alta Vil*, kapitel 3 *Livskvalitet og velferd*, delmål 3.4: *Alta vil ha gode og effektive helse- og sosialtjenester.*

Administrativt er satsningen godt forankret i Rådmannens Virksomhetsplan:

*Virksomhetsplanen for 2010 fokusområde nr. 12.: Videreutvikling av "Altamodellen"
Altamodellen skal i 2012 være utvidet til flere områder, og fortsatt være et ledende DMS
(distriktsmedisinsk senter) i Norge.*



Det har vært avholdt møter mellom ledelsen i Alta kommune og politisk og administrativ ledelse i Kautokeino, Loppa og Kvænangen.

2 Altamodellen i dag

Benevnelse Altamodellen er brukt i flere offentlige utredninger, og med begrepet forstås de tjenestene som er samlokalisert i Alta Helsecenter. Alta helsecenter ble bygget i 1976 og er renoverert og påbygget flere ganger etter dette. I dag består bygningskomplekset av rundt 13.500 kvadratmeter flate, og er arbeidssted eller base for om lag 400 personer. Flere ulike aktører og drivere har tjenestetilbud med utgangspunkt i helsecenteret, og leverer tjenester på flere helsetjenestenivå.

Alta Helsecenter inneholder et stort *kommunalt helsetilbud*; rehabiliteringsavdeling med fysio- og ergoterapi, sykehjem, diabetesteam, psykiatrisk enhet, helsestasjon for barn og ungdom, legesenter, legevaktsentral, flyktninghelsetjeneste, fødestue, sykestue med dialyse- og cytostatikaenhet, base for hjemmesykepleie samt administrasjon av omsorgsavdelingen, helseavdelingen, bistandsavdelingen og helse og sosialsektoren.

Helse Finnmark klinikk Hammerfest driver en større *spesialistpoliklinikk* i helsecenteret. Denne består i tillegg til administrasjon og merkantile tjenester av røntgenenhet, indremedisiner og støttepersonell til ambulerende og faste legespesialister.

Praktiserende spesialister med fast tilstedeværelse som arbeider i spesialistpoliklinikkens lokaler består av ØNH-lege, øyelege og gynekolog.

I tillegg ambulerer en rekke spesialister med ulik frekvens til spesialistpoliklinikken. Legespesialiser som driver ambulansvirksomhet er barnelege, øyelege, nevrolog, nyrelege, allergolog, gynekolog, ortoped, kirurg, lungelege, ortoped, obstetiker, hudlege, gastroentolog, generell indremedisiner, anestesilog, reumatolog og fysikalsk medisiner. *Ambulerende spesialister* kommer i hovedsak fra UNN (Tromsø), og Helse Finnmark (Hammerfest).

Helse Finnmarks klinikk for psykisk helsevern og rus er lokalisert med sin administrasjon ved Alta Helsecenter. I tillegg ligger også ledelsen for *distriktpsikiatrisk senter (DPS)* for Vest-Finnmark her. DPS driver en voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP), barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), samt psykiatrisk døgnenhet med 10 plasser i Alta Helsecenter.

Alta helsecenter rommer videre *landets største offentlige tannklinikk* som drives av Finnmark fylkeskommune. *Opptreningscenteret i Finnmark (OIF)*, som er privat eid, leier lokaler av Alta kommune ved helsecenteret og har blant annet avtale med Helse Nord RHF. I nær tilknytning til helsecenteret er det i tillegg etablert et *varmebasseng* som brukes av virksomhetene på senteret. *Ambulansebasen* som har 3 ambulanser og drives av Helse Finnmark er også lokalisert i umiddelbar nærhet helsecenteret.

Altamodellen, i sin helhet, består av svært mange enheter, av ulik størrelse, med ulike eiere/drivere og dermed ulik finansieringsmodell. Det finnes ikke per i dag en overordnet senterledelse.

Det finnes også en rekke helsetjenester i kommunen som ikke har base på Alta helsesenter. Kommunen har flere sykehjem, kommunale og private. Det er 2 legesentre utenom helsesenteret, og ytterligere ett er under planlegging. Videre finnes flere institutter med manuell- og fysioterapeuter samt kiropraktor. I tillegg har hjemmesykepleien baser flere steder i kommunen. Disse aktørene kan til dels og i ulik grad defineres inn i begrepet Altamodellen.

2.1 Samfunnsøkonomiske gevinster

I forbindelse med utvikling av spesialistpoliklinikken i Alta, som er organisert som en avdeling under Hammerfest sykehus, gjennomførte Norut NIBR Finnmark en samfunnsøkonomisk analyse på oppdrag fra Helse Finnmark i 2003. Ref. rapport <http://www.norut.no/alta/Norut-Alta-Alta/Publikasjoner/Rapporter/Samfunnsøkonomisk-analyse-av-spesialistpoliklinikken-i-Alta>

Analysen kunne vise til sparte kostnader i form av reise- og tidskostnader på 14,1 MNOK pr halvår. Kostnader for drift beløp seg til 4,5 MNOK pr halvår, så netto besparelser pr halvår blir 9,6 MNOK. *Pr år vil dette anslagsvis bli nær 20 MNOK i samfunnsøkonomiske gevinster.*

Siden rapporten ble lagt fram har spesialistpoliklinikken utvidet med 3 nye spesialister og man kan anta det har medført ytterligere besparelser for samfunnet.

Det er ventet at en videreutvikling av Altamodellen, hvor mer forebygging, behandling og rehabilitering skal skje i kommunen, vil gi vesentlig samfunnsøkonomisk gevinst.

Ved samhandling også med omkringliggende, mindre kommuner, vil her også kunne hentes samfunnsøkonomiske gevinster. Kautokeino, Loppa og Kvæningen har lengre vei til sykehus enn Altas befolkning.

For å dokumentere samfunnsøkonomien i prosjektet er det planlagt følgeforskning, med en endelig evalueringsrapport i etterkant.

2.2 Folkehelse

I perioden 2007-2009 gjennomførte Finnmark fylkeskommune prosjektet Partnerskap for folkehelse- "med liv og lyst i lys og mørke" (folkehelseprosjektet). Alta kommune var en av de 11 deltakende kommunene som deltok i prosjektet. Hensikten med folkehelseprosjektet har vært å få til en varig forankring av folkehelsearbeidet lokalt og regionalt.

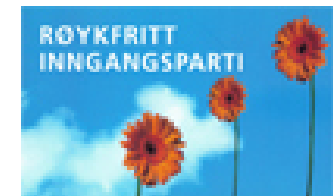
Folkehelse er alt i samfunnet som er av betydning for mennesket. Folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å styrke faktorer som fremmer helse, å redusere faktorer som medfører helserisiko og å beskytte befolkningen mot ytre helsetrusler.

Av forebyggende tiltak som retter seg mot alle aldersgrupper:

- Alta kommune følger opp regjeringens handlingsplan for fysisk aktivitet "Sammen for fysisk aktivitet" og er en FYSAK-kommune, hvor følgende tiltak er igangsatt:
 - BLI MED er et prosjekt som skal gi barn én time mer aktivitet pr dag samt oppfølging av kosthold
 - Byløyperennet hver vinter (2.777 barn og voksne deltok i 2009, mot kun 880 i 2005)
 - Tre/ni toppers tur (21.077 registrerte barn og voksne i 2009, mot kun 533 i 2006)
 - vandregupper på dagtid
 - åpen hall for ungdom i alderen 16 – 19 år
 - Sykle til jobben kampanje

- Alta kommune har fra 1.januar 2010, som en av de første i landet, etablert røykfri arbeidsplass. Det innebærer at alle kommunale bygg og inngangspartier skal være røykfrie (skoler, barnehager, rådhus osv.) Tiltaket er et resultat av prosjektet "Kampanje arbeidsliv – Alta kommune som røykfri arbeidsplass" som har mottatt støtte fra Helsedirektoratet.

- Alta har et utstrakt skiløypenett som tilrettelegges hver vinter og sykkeløyper i marka er under registrering
- Sammenhengende sykkelveinett er under utarbeidelse i byen, og Alta tar også mål av seg til å bli nasjonal sykkelby



Toppturer i Alta:

Tabellen under viser antall registrerte deltakere pr. topp pr. år:

	2006	2007	2008	2009
Borras	124	209	272	335
Skoddevarre	409	650	766	918
Dønnevarre*		194	241	137
Haldde*		706	827	715
Lille Raipas**			2600	3080
Hjemmeluft**			3000	3500
Komsa **			8400	11300
Losvarkollen***				814
Ulvehenget, Rafsbotn***				278
Totalt	533	1759	16.106	21.077

* Topptur fra og med 2007 / ** Topptur fra og med 2008 / *** Topptur fra og med 2009

Byløyperennet:

Årstall	Antall deltakerpremier
2010	2930
2009	2777
2008	2308
2007	1727
2006	1376
2005	880

Videre jobbes det med en egen strategi for videreføring av Folkehelse i Alta kommune, som helhetlig, strategisk og systematisk skal jobbe for å bedre folkehelsen. Med bakgrunn i dette vil man i dette prosjektet konsentrere seg om sekundærforebyggende tiltak, mens primærforebyggende tiltak dekkes opp i egen folkehelsestrategi.

3 Samhandlingsreformen

Stortingsmelding 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, skal behandles i Stortinget før sommeren 2010. Det vil være vanskelig å planlegge tiltak som helt svarer til reformen, og insitamentene i den før den politiske behandlingen er sluttført og reformen får sin endelige form. Imidlertid er det en del hovedretningslinjer som synes å ligge fast, og som kan danne grunnlag for videre arbeide.

En av forutsetningene som reformen bygger på er at kommunehelsetjenestens rolle vil bli endret. Mer forebygging, behandling og rehabilitering vil skje i kommunene. Noe av dette vil ventelig fordre at de minste kommunene samarbeider med andre kommuner.

Uavhengig av de økonomiske insentivene som blir reformens endelige ønsker Alta kommune å videreutvikle arbeidet med tilbud i kommunal og interkommunal regi preget av nærhet, tilgjengelighet og god kvalitet.



4 Regionens befolkning i dag og fremover

Alta utpeker seg i dag ved å ha en ung befolkning, og vil fortsatt gjøre det, men vil også oppleve en fremskrevet utvikling med langt flere eldre i årene som kommer.



HMMH	Totalt	0-5 år	6-12 år	13-15 år	16-19 år	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år og over
2008	18 272	1 606	2 055	840	1 091	6 516	4 482	1 239	443
2009	18 411	1 550	2 068	864	1 114	6 544	4 570	1 252	449
2010	18 648	1 547	2 051	859	1 133	6 623	4 683	1 260	492
2015	19 905	1 647	1 887	896	1 193	6 967	5 193	1 562	560
2020	21 165	1 842	1 910	803	1 166	7 256	5 566	1 982	640
2025	22 385	1 979	2 107	819	1 108	7 630	5 682	2 301	759
2030	23 591	2 030	2 277	910	1 161	7 867	5 872	2 410	1 064
<i>Diff 2010 til 2020</i>	<i>2 518</i>	<i>295</i>	<i>-141</i>	<i>-56</i>	<i>33</i>	<i>633</i>	<i>883</i>	<i>722</i>	<i>148</i>
<i>Diff 2010 til 2030</i>	<i>4 943</i>	<i>483</i>	<i>226</i>	<i>51</i>	<i>28</i>	<i>1 244</i>	<i>1 189</i>	<i>1 150</i>	<i>572</i>

Tabell 1 Høye fødselstall og høy levealder Kilde: SSB

Tallene viser at vi vil få en jevn økning i antall eldre frem mot 2020, og sterk økning i antall over 80 år etter 2020. Befolkningstallet totalt sett øker kraftig.

Kautokeino vil ha et stabilt folketall fremskrevet, med rundt 3000 innbyggere også i 2030. I likhet med Alta har også Kautokeino en ung befolkning. Kvænangen viser den samme utviklingen i befolkningstall, med ca 1300, men andelen eldre er større. For Loppa forventes befolkningstallet å synke fra ca 1100 til rundt 700 i løpet av neste 20 års periode, og her vil andelen eldre være stor.

5 Målsetting

Altamodellen skal videreutvikles i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen. Målet er å dekke fremtidige helseutfordringer i regionen, men også styrke de områder hvor Altamodellen har vekket nasjonal interesse ved løsninger som er overførbare regionalt og nasjonalt.

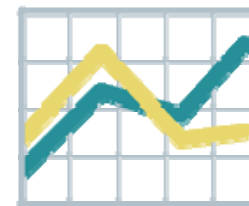
Videreutviklingen skal legge vekt på fortsatt utstrakt bruk av IKT, på flere områder og ovenfor flere pasientgrupper enn i dag, og sekundærforebyggende tiltak skal vektlegges i større grad.

Tjenestetilbudene skal tilbys omkringliggende, mindre kommuner og være til gjensidig nytte.

Altamodellen skal også etter videreutviklingen være en referanse- og foregangsmodell, og være et godt helsetilbud til en stor befolkning langt fra sykehus.

5.1 Konkrete resultatmål

1. Redusert bruk av spesialisthelsetjenester, som følge av sekundærforebygging og styrket behandling i kommunehelsetjenesten
2. Nødvendige spesialisthelsetjenester skal i størst mulig grad leveres lokalt
3. Altamodellens erfaringer med diabetesteam skal applikeres til minst ett nytt fagområde
4. Bruken av antall sykehusdøgn skal reduseres, og antall døgnplasser ved sykestuen skal økes
5. Tilbudet skal være så godt at kommuner utover Alta ønsker å benytte tilbudene
6. Bidra til samfunnsøkonomiske gevinster og økt, opplevd helsekvalitet



Ut fra næringspolitisk ståsted vil man, med utgangspunkt i Samhandlingsreformen og videreutvikling av Altamodellen, også kunne se en vekst i private næringsetableringer både på det forebyggende plan som helse og livsstil, men også på behandling/rehabilitering.

6 Fokusområder

Det er ønskelig å konsolidere og videreutvikle tjenester vi er gode på i dag, og der man ser et økende behov i regionen i forhold til demografi, sykdomsutvikling og lokale utfordringer. Forprosjektet har vurdert en rekke mulige tjenester og tiltak som ville være interessante framover, og har valgt ut tre hovedområder som prosjektet skal fokusere på:

1. Videreutvikling av eksisterende tilbud i Altamodellen
2. Tiltak for å imøtekomme fremtidige helsetjenestebehov
3. Administrative tiltak

Disse fokusområdene vil bli nærmere beskrevet i kap. 7 – 9.

6.1 Elementer i alle tiltak

Elementer som vil bli vurdert i alle tiltak vil være

- **IKT/telemedisin**

Bruk av ny teknologi for bedre og mer effektive løsninger, samt bedre samhandling vil være gjennomgående i tiltakene.

- **Interkommunalt samarbeid**

Tilbud til omkringliggende kommuner skal vurderes for hvert tiltak. Involveringen i de ulike tilbudene kan være forskjellig for de ulike kommuner, og det kan også variere hvilke tilbud de ulike kommunene vil involveres i.

- **Samisk språk**

Samisk språk- og kulturforståelse vil bli tatt høyde for, spesielt i tilbud som ønskes inngått av samiskspråklige kommuner. Dette vil de enkelte arbeidsgrupper vurdere behovet for.

Hvert av tiltakene vil kreve egne arbeidsgrupper, kjøp av ulike rapporter og konsulenttenester eventuelt også noe reisevirksomhet.

7 Videreutvikling av eksisterende tilbud i Altamodellen

Altamodellen har vist seg å gi samfunnsøkonomiske gevinster, se avsnitt 2.1, og en økt opplevd helsekvalitet for pasienter. Dette ønskes videreutviklet for å oppnå ytterligere gevinster både i form av samfunnsøkonomi og helsekvalitet. En forutsetning i alle prosjektene er at de har god faglighet, og at de har god forankring i fagmiljøet.

7.1 Regionalt diabetesteam med deltagelse i EU-prosjekt

Diabetesteamet, som gir tilbud om oppfølging av alle diabetespasienter i kommunen, er et vellykket prosjekt og har vekket nasjonal interesse. Prosjektet har gitt et godt og nært sekundærforebyggende tilbud og avlastet andrelinjetjenesten i betydelig grad. Teamet består i dag av én lege i deltidstilling, og to sykepleiere.

Teamet håndterer i dag ca 600 diabetespasienter i Alta og da er kapasiteten fullt utnyttet. Det er ønskelig å utvide med økte sykepleier og legeressurser for å kunne gi samme tilbud til våre nabokommuner.

Videre deltar Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) i **EU-prosjektet Renewing Health** for oppfølging av diabetes type 2 pasienter, og har invitert Alta som samarbeidspartner. Prosjektet er basert på bruk av mobiltelefonapplikasjoner for registrering av blodsukker, aktivitet, matinntak med mer for den enkelte diabetiker. Dette vil kunne gi et ytterligere løft for diabetesteamet og spesielt forenkle oppfølging av diabetespasienter også i nabokommunene. Det vil også være av interesse for andre kommuner på nasjonalt nivå.

Å inngå i EU-prosjektet vil en tid være ressurskrevende, teamet må utvides for å favne diabetikere i nabokommuner og evt økning i egen kommune, undervisning av omsorgspersonell til diabetikere (lærere, barnehagepersonell, familie) vil øke i omfang med flere kommuners deltagelse m.m.

Kostnad for å følge EU-prosjektet, samt vurdere tilbud også mot nabokommuner: 800.000,-



7.2 Utvidet sykestuedrift

I Finnmark har sykehusene historisk vært en viktig del av fylkets helsetilbud. Sykestueplassene er over tid bygget ned, likevel er Finnmark fortsatt "sykestuefylket" i Norge. Det er 40 sykestueplasser i fylket, fordelt på 16 enheter med 1-9 sengeplasser. Alta har den største sykestua i absolutte tall med 9 plasser, men i forhold til folketallet har de fleste kommunene i Finnmark flere sykestueplasser enn Alta. Sykestua holder et høyt faglig nivå i kommunehelsetjenesten. Pasientgrunnlaget er variert, men kreftpasienter og eldre pasienter utgjør en stor andel. Videre utføres cellegiftbehandling og dialyse ved sykestua, av og til også blodoverføringer. Det er mulighet for direktekonferanse mellom sykestua og spesialisthelsetjenesten via mobil videokonferansenhet i VAKe-prosjektet, som er etablert av NST. Dette betyr at pasient eller behandler kan knyttes direkte mot lege eller annet helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Det er utformet avtaler for tilgjengelighet fra spesialisthelsetjenestens side for dette. Sykestua har lege 4 timer daglig på hverdager, dette tilsvarer drøyt 2 legetimer pr døgnbehandlingsplass pr uke. Dette er 6-10 ganger så mye som normert legetilsyn pr behandlingsplass i sykehjem.

Sykestua betraktes som en intermediasær enhet, og drives i tråd med sentrale føringer i samhandlingsreformen. Alta kommune ønsker å utrede en utvidelse av sykestuefunksjonen. Her må man vurdere utvidelse av hvilke behov som skal dekkes, legedekningen (natt og helg), samt antallet behandlingsplasser. Det antas at sykestua gjennom en styrkning vil være et reelt alternativ for en del pasienter som hittil har måttet bli innlagt i sykehus akutt. Eksempelvis kan sykestua utvides til å omfatte en palliativ enhet, en definert rehabiliteringsenhet og en observasjonsenhet. Arealer til dette er vurdert frigitt ved at dagens sykehjem i etasjen over sykestua flyttes ut. Antall døgnplasser ved sykestua vil ved disse tiltakene kunne økes betydelig.

Palliativ enhet er beskrevet i avsnitt 8.4. Rehabiliteringsenhet kan drives med de samme faggruppene som i dag finnes på helsesenteret; fysio- og ergoterapeuter, sykepleiere og leger. Mange pasienter som sendes til sykehus for observasjon i dag vil kunne observeres og avklares i kommunen i løpet av 1-3 døgn, og deretter sendes hjem. Man har gode erfaringer med tilsvarende enheter i Nordland; jfr PreOb-prosjektet i Steigen. Dette skal nå utvides betydelig i et samarbeid mellom kommune, Nordlandssykehuset og Helse Nord. Tilsvarende bør kunne gjøres i Alta for å svare på behovet i Alta samt i nabokommunene. Størrelse og faglig nivå på pasientgruppen som kan observeres i kommunen framfor å innlegges i sykehus vil avhenge av bemanningsfaktor, faglighet, legetilgjengelighet og ikke minst billeddiagnostiske muligheter i Alta, jfr avsnitt 8.6. Et nøkternt anslag tilsier at antall sykestueplasser kan dobles forutsatt en moderat styrking faktorer nevnt over. Det bør utredes hvor mange innleggelse i, og pasienttransporter til, sykehus som kan unngås. En eventuell reduksjon av pasienttransporter med ambulansebil, ambulansfly eller drosje vil redusere ressursbruken, og frigjøre disse ressursene til andre formål i foretaket. Tilsvarende vil behandling av pasienter på et mer egnet nivå i helsetjenesten gi økonomisk gevinst.

Arbeidet bør knyttes opp mot faggruppen som er etablert innefor sykestuedrift i Helse Finnmark, i den grad det er naturlig. Areal- og personellbehovet må gjennomgås grundig.

Kostnad, utredning: 500.000,-

7.3 Fødestua

Det bør foreslås tiltak som styrker fødetilbudet i samsvar med nasjonale føringer, herunder Stortingsmelding 12 (2008-2009). En arbeidsgruppe bør utrede hva dette kan innebære for Alta.

I dag er det årlig ca 300 gravide Altakvinner hvorav ca 100 av disse kan føde i Alta i følge faglige seleksjonskriterier. De resterende 200 må reise til Hammerfest sykehus eller andre sykehus. Også kvinner fra Kautokeino som faller inn under seleksjonskriteriene forløses i Alta. Tilsvarende kan og tilbys gravide fra Loppa og Kvæningen.

Kostnad; utredning av muligheter og behovet ift samarbeidende kommuner: 150.000,-

8 Tiltak for å imøtekomme fremtidige helsetjenestebehov

8.1 Psykisk helse og rus

Psykisk helse og rus, hver for seg og i kombinasjon, er en økende utfordring lokalt og nasjonalt. Alta kommune har i dag en enhet for psykiatri og rus for den voksne befolkning, som delvis samarbeider med Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP) Alta, Døgnetenheten Post Alta og Post Jansnes. Post Alta er en akutt og kortidspost, mens Jansnes er en rehabiliteringspost. Tilbudet innenfor alderspsykiatri ivaretas ved at spesialister ambulerer fra UNN.

Dagens arbeid med barn og unge er preget av knapphet på ressurser og tid, og lite forebygging. Pasienter som er blitt henvist til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), har i følge klinikkledelsen i Helse Finnmark fått en unødvendig høy alvorlighetsgrad. Dette relateres blant annet til et svakt lavterskeltilbud i kommunen, og lang ventetid i spesialisthelsetjenesten. Etter utredning og behandling i barne- og ungdomspsykiatrien er utskrivning en stor utfordring, da det er et mangelfullt kommunalt tilbud å skrive pasienten ut til.

For å videreutvikle tilbudet innenfor psykisk helse og rus er det ønskelig å utvikle gode samhandlingsmodeller i samsvar med intensjonen i Samhandlingsreformen. Følgende utviklingsområder prioriteres:

1. Utvikle samhandlingsmodeller mellom spesialisthelsetjenesten og deltagende kommuner innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.
2. Alderspsykiatri – Selv om Unn gir et godt tilbud gjennom sin ambulering vil det være behov for å bygge opp tilbudet i forma av gode samhandlingsmodeller mellom Helse Finnmark og deltagende kommuner.
3. Videreføre prosjekt om samhandling av tilbud til brukere med behov for omfattende tilbud (ofte kronikere med diagnoser innenfor både psykisk helse og rus). HelseDirektoratet har innvilget samhandlingsmidler (høsten 2010) til et samarbeidsprosjekt mellom Alta kommune og DPS Vest Finnmark for å kartlegge pasienter og tilbud som gis.
4. Innen rusfeltet er det mye å gripe fatt i for å sikre gode behandlingsforløp i et samspill mellom kommunene og Helse Finnmark, Klinikk psykisk helsevern og rus, for mennesker med rusproblemer. I klinikk psykisk helsevern og rus pågår det for tiden et arbeid der man i langt større grad enn tidligere skal ha fokus på rus og tilby poliklinisk behandling før og etter opphold på institusjon. Målet er å gi riktig behandling på riktig nivå til riktig tid nærmest mulig brukeren og brukerens hjemmemiljø. Det er stort behov for å utvikle gode samhandlingsmodeller

Høyest prioritet har videreutvikling av samhandlingsmodeller innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, selv om det ikke må være til hinder for at øvrige områder utvikles parallelt. Utviklingsarbeidet vil omfatte både faglige samhandlingsmodeller og organisatoriske samhandlingsmodeller. Videre vil forskning innenfor feltet være svært ønskelig.

I første omgang er det behov for ressurser til å ansette en person i et forprosjekt som kan lage en prosjektplan i samsvar med behov og rammebetingelser, herunder Samhandlingsreformen.

Forhold som må avklares er dimensjonering, arbeidsmåte, profesjonssammensetning, økonomi og ansvarsfordeling.

Kostnad, innleid ressurs/utredning: 800.000,-

8.2 Regionalt KOLS-team - sekundærforebyggende

En av de sykdommene som øker raskest, og som nasjonale myndigheter stadfester at vil bli en spesiell utfordring framover er kronisk obstruktiv lungesykdom, KOLS. Røyking er den viktigste enkeltfaktoren for utvikling av KOLS og pasientene får ofte forringet sin livskvalitet betydelig. En del blir avhengige av kunstig oksygentilførsel, og mange blir innlagt på sykehus med ujevne mellomrom.

Forskning har vist at med tett oppfølging kan mange av sykehusinnleggelsene unngås, og at dersom man kommer tidlig til ved behov for innleggelser kan redusere innleggelsestiden betydelig. I tillegg vil pasientgruppen ofte være medisinert med en rekke preparater, og måtte håndtere hjelpemidler som oksygenkolber, slanger, rullatorer osv.

Dette er derfor en gruppe som ventelig vil profitere på at det finnes et lokalt team av lege og sykepleiere som utgjør et lavterskeltilbud, og som kan ha en spesielt tett oppfølging av gruppen.



Ved Altamodellen kan det etableres team, etter mal av det etablerte diabetesteamet, bestående av 2 sykepleiere i hel- eller deltidsstilling, samt lege med stillingsstørrelse 10-30%. Tiltaket vil ha behov for noe areal til base og pasientkontor og dersom tiltaket er av interesse for kommuner fra samisk språkområde bør man vurdere krav om samisk språkkompetanse hos minst en sykepleierressurs.

Norut og NST har gjennom deltagelse i **EU-prosjektet "Better Breathing"** i perioden 2007 – 2009 sett på teleløsninger for KOLS-pasienter og slike løsninger bør vurderes innarbeidet i oppfølgingen av KOLS-pasienter også her i regionen.



KOLS er et av områdene Opptreningscenteret i Finnmark har hatt fokus på og arbeidsgruppen bør vurdere om OIF sitt tilbud også kan integreres med teamets arbeide.

Kostnad, for å utrede hvordan et slikt team bør settes sammen, få en telling på antall KOLS-pasienter, vurdere bruk av utstrakt IKT for oppfølgingen m.m: 350.000,-

8.3 Regionalt demensteam

Det er ønskelig også å etablere et lege/sykepleierteam ovenfor pasientgruppen med demens. Befolkningen blir stadig eldre og dermed vil man kunne se økt antall tilfeller av demens. Mange demenspasienter vil kunne bo hjemme lengre med oppfølging av kompetent fagpersonell.

NST har også her deltatt i et **EU-prosjekt "Cogknow"** - Cognitiv knowledge; kunnskap om hvordan hukommelsen virker, i perioden 2006 – 2009. Utfallet av prosjektet skal være tekniske løsninger som vil kunne gi større trygghet og mer livskvalitet ovenfor svakt demente. I utredningen av et regionalt demensteam bør teknologien her vurderes tatt i bruk.



Kostnad, utredning av omfang på teamet, bruk av IKT m.m: 350.000,-

8.4 Palliativ behandling

Alta kommune har vedtatt en plan for lindrende behandling. Lindrende behandling omfatter smertepasienter, kreftpasienter, pasienter med kroniske pustevansker og andre med langvarige behov for lindring av alvorlige plager. Fagområdet er i utvikling, og behovet synes økende. Altamodellen er tiltenkt å ha en enhet for dette, jfr HUHS vedtak 68/08, 13.05.08.

Tiltaket er ved endelig etablering tiltenkt lokaliteter i dagens sykehjem, over sykestua. Prosjektet vil ventelig startes opp gradvis, med primær oppstart i sykestua.

Prosjektet er planlagt i forhold til personellbehov, økonomi og utstyr, slik at det som allerede er utarbeidet kan implementeres direkte i dette prosjektet.

Kostnad: 50.000,-

8.5 Ambulerende øyekirurgi

Tiltak lansert innenfor spesialisthelsetjenesten er etablering av ambulerende øyekirurgi i Alta. Dette er nevnt som et mulig tiltak av Helse Finnmark. Det vil i hovedsak rette seg mot linseoperasjoner hos pasienter med grå stær. En øyelege fra Alta, med praksis i Danmark, har startet prosessen med å søke om en hjemmelsandel for dette formålet. Tiltak vil innebære at eldre pasienter med denne lidelsen vil kunne få et godt tilbud lokalt. For denne pasientgruppen, eldre og med nedsatt syn, er reiser spesielt besværlige. Spesialistpoliklinikken har i dag en presset arealsituasjon. Areal for et eventuelt øyelegetilbud spesielt, sammen med spesialistpoliklinikkens behov generelt bør vurderes.

Kostnad: 50.000,-

8.6 Utvidet billediagnostisk tilbud

I Alta finnes det pr i dag konvensjonelt røntgenapparat. Personer fra Alta og nærliggende kommuner reiser i dag hovedsakelig til Hammerfest, Tromsø eller Oslo for å få utført undersøkelser utover dette. En vesentlig andel av pasientene i Helse Finnmark som får utført billediagnostiske undersøkelser, for eksempel CT, MR og ultralyd reiser via eller fra Alta.

I forbindelse med samhandlingsreformen vil det kunne være viktig for fylkets største kommune å få nærhet til avansert billediagnostikk for å kunne behandle pasienter på kommunalt nivå. En eventuell etablering av slike tilbud på spesialistpoliklinikken vil fordre betydelige arealutvidelser. Likevel bør behovet og økonomien i et slikt tiltak vurderes.

Prosjektet har bestilt tall fra Norsk Pasintregister for å dokumentere behovet for CT og/eller MR i Alta

Kostnad; utredning, planlegging og tilrettelegging: 250.000,-

9 Administrative tiltak

9.1 Overordnet administrasjon

Alta Helsecenter og Altamodellen har i dag ikke en definert koordinerende enhet, men består av flere ulike samlokaliserte drivere (Alta kommune, Helse Finnmark, Finnmark Fylkeskommune, private). Alta kommune eier det meste av lokaliteter, og opplever hyppige henvendelser fra egne avdelinger og andre aktører om ytterligere arealbehov. Bygget er komplekst og åpningstid er ikke samkjørt mellom ulike aktører. Alta kommune opplever pr i dag et behov for en administrativ ledelse for å koordinere lokaliteter, plassbehov osv, og dette behovet vil forsterkes med en videreutvikling av senteret.



Det må utredes hvordan Alta helsecenter best styres i framtiden. En arbeidsgruppe bør se på hvilke aktører som bør være representert i en ledelse, hvordan ledelsen kan finansieres, og hvordan ledelsen skal ha legitimitet og mulighet til å forplikte aktørene i Altamodellen.

Kostnad til utredning av overordnet administrasjon: 500.000,-

9.2 Arealbehov

Det er allerede i dag et nokså prekært arealbehov, og man må i sammenheng med utvidet tilbud også se på arealbehovet og hvordan man best løser dette. Med en utvidet aktivitet ved senteret er en utbygging helt nødvendig.

Det må gjøres en grundig kartlegging av hvor mye areal den enkelte aktør allerede i dag ser behov for samt hvor mye areal som kreves for utvidelse av driften innen de ulike felt. Dermed må muligheter for utvidelser, omrokkering av dagens leietagere og eventuelle grunnverv vurderes.



En arbeidsgruppe må nedsettes for å beregne arealbehovet, fremskaffe arkitekttegninger med romløsning og et kostnadsoverslag av en utvidelse.

Kostnad til utredning av behov, arkitekttegninger med romløsning og et kostnadsoverslag: 2.500.000,-

10 Prosjektoppfølgning

10.1 Prosjektledelse

Til å følge opp hovedprosjektet vil kommuneoverlege Kenneth Johansen fortsette som prosjektleder i 100% stilling. I tillegg vil det være behov for medprosjektleder i 20% stilling.

Kostnad: 1.000.000,- årlig, totalt 3.000.000,-.

10.2 Styringsgruppe

Til oppfølging og veiledning av hovedprosjektet må det etableres ny styringsgruppe. Den bør bestå av kommunens representanter, nabokommuners representanter samt Helse Finnmark. Også fra NST og NSDM er det ønskelig med representasjon. Styringsgruppens størrelse bør være 6-8 personer.

For de enkelte tiltak vil man etablere hensiktsmessige arbeidsgrupper i forhold til faglighet, samhandling med aktuelle nabokommuner, aktuelle aktører i prosjektet osv.

Det planlegges med 4 – 6 årlige styringsgruppemøter pr år.

Kostnad: 100.000,- årlig, totalt 300.000,-

10.3 Prosjektkostnader

Prosjektkostnader vil tilkomme i form av reisekostnader knyttet til studieturer, konferanser og møter hvor prosjektleder og/eller deltagere fra styringsgruppen eller oppnevnte arbeidsgrupper bør delta osv.

Kostnad: 100.000,- årlig, totalt 300.000,-

10.4 Følgforskning og samfunnsøkonomi

Samfunnsøkonomiske gevinster av videreutviklingen målt opp mot dagens ordning blir viktig å få dokumentert, og vil gi erfaringstall til etterfølgelse for andre kommuner/regioner. Det er, som nevnt i avsnitt 2.1, laget en rapport av Norut NIBR i 2003 som viser samfunnsøkonomiske gevinster med etablering av spesialistpoliklinikken ved Alta Helsecenter. Den konkluderte med besparelser i hovedsak som følge av sparte reisekostnader.

For å kunne korrigerer underveis er det ønskelig å ha følgforskning gjennom hele prosjektperioden, med en endelig evalueringsrapport i etterkant som vil gi svar på bedriftsøkonomiske gevinster.

Tilbud på 3-årig følgforskning er innhentet fra Norut NIBR, avdeling Alta, se vedlegg.

Kostnad: ca 500.000,-



11 Nasjonal pilot

Altamodellen svarer allerede i dag til mange av utfordringene i samhandlingsreformen. En videreutvikling av Altamodellen som beskrevet vil ytterligere svare til intensjonene i Stortingsmelding 47 (2008-2009). Alta har relativt lang reisevei til tilbud som ikke gis i regi av Altamodellen, og det er relativt enkelt å følge pasientstrømmene via NPR. Reisekostnader og andre kostnader til spesialisthelsetjeneste kan derved synliggjøres. Kommunen har en godt utbygd primærhelsetjeneste, og en legedekning som langt på vei svarer til antydningene i samhandlingsreformen. Kautokeino og Loppa er kommuner Alta allerede i dag har et godt samarbeide med, og som til dels reiser gjennom Alta på vei til sykehus. Tjenestene i Altamodellen brukes allerede nå i betydelig grad av nabokommunene. Av blant annet nevnte grunner egner Alta og nabokommunene seg godt for en utprøving av faglighet, økonomiske insentiver og organisering av samhandlingsreformen, forutsatt en moderat utvikling av dagens helsetilbud.

For å teste ut intensjonene, samt de faglige og økonomiske insentiver i samhandlingsreformen kan Alta med samhandlende kommuner være en nasjonal pilot dersom myndighetene finner dette hensiktsmessig.

12 Finansiering – 3-årig prosjekt

Tiltak	Sum	Alta kommune	Kautokeino kommune	Loppa kommune	Kvæangen kommune	Fylkesmann	Helse Nord/Helse Finnmark	Helse-direktoratet/HOD	Innovasjon Norge
Forprosjekt, utarbeiding av tiltaksplan ¹	850.000	850.000							
Videreutvikling av eksisterende (utredninger)									
<i>Regionalt diabetesteam m/IKT</i>	800.000	150.000	20.000	20.000	10.000	150.000		450.000	
<i>Sykestuedrift</i>	500.000	100.000					100.000	300.000	
<i>Fødetilbud</i>	150.000	50.000					100.000		
Nye tiltak (utredninger)									
<i>Psykatri og rus</i>	800.000	100.000				100.000	500.000	100.000	
<i>Regionalt KOLS-team</i>	350.000	50.000	20.000	20.000	10.000	100.000		150.000	
<i>Regionalt demensteam</i>	350.000	50.000	20.000	20.000	10.000	100.000		150.000	
<i>Palliativ behandling</i>	50.000	25.000					25.000		
<i>Ambulerende øyekirurgi</i>	50.000	10.000					40.000		
<i>Utvidet billeddiagnostikk</i>	250.000	50.000	10.000	10.000	10.000		70.000	100.000	
Adm. tiltak (utredninger)									
<i>Areal</i>	2.500.000	100.000				100.000	2.300.000		
<i>Overordnet admin av Alta DMS</i>	500.000	100.000				100.000		200.000	100.000
<i>Rekruttering</i>	100.000	50.000						50.000	
Prosjektoppfølgning									
<i>Prosjektledelse</i>	3.000.000	1.000.000	40.000	40.000	40.000	100.000		1.000.000	780.000
<i>Styringsgruppe</i>	300.000	70.000	10.000	10.000	10.000			100.000	100.000
<i>Prosjektkostnader</i>	300.000	100.000						100.000	100.000
<i>Følgeforskning</i>	500.000	50.000				50.000		350.000	50.000
<i>Nasjonal pilot</i>									
Totalt	11.350.000	2.905.000	120.000	120.000	90.000	800.000	3.135.000	3.050.000	1.130.000

¹ Forprosjektet har pågått ca 1,5 år, med prosjektleder, sekretær og styringsgruppe på 9 personer. Det har vært avholdt flere møter og flere deltagere har også vært tilreisende. I forprosjektet ligger etablering av styringsgruppe, prosjektutarbeidelse samt tid medgått til søknad om finansiering. Det har vært avholdt 5 styringsgruppemøter.