



# Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag

Rapport fra arbeidsgruppe  
1.oktober 2008

# Innholdsfortegnelse:

<b>1. SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER.....</b>	<b>5</b>
1.1 Innledning.....	5
1.2 Bakgrunn.....	5
1.3 INVEST-kommunene.....	5
1.4 Målsetting og forventede effekter.....	5
1.5 Forslag til funksjoner i DMS Inn-Trøndelag.....	6
1.6 Organisering og ansvarsdeling.....	6
1.7 Lokaler og økonomi.....	7
1.8 Hovedprosjekt – fremdriftsplan.....	7
<b>2. MANDAT OG ARBEIDSFORM.....</b>	<b>8</b>
2.1 Mandat.....	8
2.2 Arbeidsform.....	9
<b>3. BAKGRUNN.....</b>	<b>10</b>
3.1 Helsepolitiske strategier.....	10
3.2 Utfordringene – eldrebølgen og pasienten med langvarige og sammensatte helseproblemer.....	10
3.3 Distriktsmedisinske senter som virkemiddel.....	11
3.4 Trondheimsmodellen - intermediaærenhet.....	12
3.5 Distriktsmedisinsk senter i Stjørdal.....	12
3.6 Kartlegging av behov for intermediaære behandlingsplasser og akutt-plasser i Namdalsområdet.....	12
3.7 Samhandlingsreformen.....	12
<b>4. INVEST-OMRÅDET.....</b>	<b>14</b>
4.1 Bruk av spesialisthelsetjenester i INVEST området.....	14
4.2 Allerede desentraliserte spesialist tilbud i Steinkjer området.....	14
4.2.1 Psykiatrisk poliklinikk.....	14
4.2.2 Gynekologisk poliklinikk.....	15
4.2.3 Private avtalespesialister.....	15
4.2.4 Kastvollen Rehabiliteringssenter.....	15
4.3 Primærhelsetjeneste i INVEST-området.....	15
4.3.1 Legevakt.....	15
4.3.2 Institusjonsplasser.....	16
4.3.3 Inderøy.....	16

4.3.4 Verran.....	16
4.3.5 Steinkjer .....	17
<b>4.4 Kreftsykepleier .....</b>	<b>17</b>
<b>4.5 Helsenett.....</b>	<b>17</b>
<b>5. MÅLSETTING FOR OG FORVENTNINGER TIL ET DMS I INVEST-OMRÅDET 18</b>	
<b>5.1 Målsetting .....</b>	<b>18</b>
<b>5.2 Forventede effekter .....</b>	<b>18</b>
<b>6. AKTUELLE FUNKSJONER I ET DMS I INVEST .....</b>	<b>20</b>
<b>6.1 Sengepost med intermediær enhet (etterbehandlingsenhet) .....</b>	<b>20</b>
<b>6.2 ”Kommunale” sengeplasser - akutt plasser .....</b>	<b>21</b>
<b>6.3 Dialyse/dagenhet.....</b>	<b>21</b>
<b>6.4 Spesialistpoliklinikk .....</b>	<b>21</b>
6.4.1 Ortopedisk kirurgi .....	22
6.4.2 Gynekologi og svangerskap .....	22
6.4.3 Øyesykdommer .....	22
6.4.4 Psykiatri.....	22
6.4.5 Indremedisin/geriatri .....	22
6.4.6. Kreftpoliklinikk .....	22
<b>6.5 Røntgen .....</b>	<b>23</b>
<b>6.6 Kommunale tjenester.....</b>	<b>23</b>
<b>6.7 Ledelse og støttefunksjoner .....</b>	<b>24</b>
<b>7. ØKONOMI .....</b>	<b>25</b>
<b>7.1 Spesialistpoliklinikk .....</b>	<b>25</b>
7.1.1 Økte Inntekter – reduserte kostnader:.....	25
7.1.2 Reduserte transportkostnader .....	25
7.1.3 Økte driftskostnader .....	26
<b>7.2 Intermediærpost – kommunale sengeplasser.....</b>	<b>27</b>
7.2.1 Driftskostnader .....	27
7.2.2 Kostnadsfordeling .....	27
<b>7.3 Andre gevinster .....</b>	<b>27</b>
7.3.1 Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter .....	27
7.3.2 Intermediæravdeling ved Søbstad Sykehjem .....	28
<b>7.4 Hovedprosjekt – budsjettforslag.....</b>	<b>28</b>
<b>8. LOKALER .....</b>	<b>30</b>
<b>8.1 Arealbehov .....</b>	<b>30</b>
<b>8.2 Lokalisering .....</b>	<b>30</b>

8.2.1.Alternativ 1/ prioritet 1:.....	30
8.2.2 Alternativ 2:.....	31
8.2.3 Alternativ 3:.....	31
<b>9. ORGANISERING, ANSVAR, LEDELSE, EVALUERING.....</b>	<b>32</b>
<b>10. FREMDRIFTSPLAN.....</b>	<b>33</b>

# 1. Sammendrag og konklusjoner

## 1.1 Innledning

Kommunene Inderøy, Steinkjer og Verran (INVEST-kommunene) har henvendt seg til Helse-Nord-Trøndelag (HNT) med ønske om et samarbeid om helsetjenesten. I juni 2008 besluttet adm.dir Arne Flaatt etter møte med kommunene å utarbeide en skisse/forprosjekt for et mulig distriktsmedisinsk senter i INVEST-området. En arbeidsgruppe med representanter for de tre kommunene og HNT fikk i oppdrag å foreta denne utredningen, etter et gitt mandat. Arbeidet er oppsummert i foreliggende rapport som er overlevert 1.oktober 2008. Rapporten skal danne grunnlaget for en eventuell beslutning om å planlegge og etablere et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag.

## 1.2 Bakgrunn

Antall eldre i Norge øker med ca 30 % hvert tiår fra 2010. Behovet for helsetjenester er størst blant de eldre, ofte med flere sykdommer og sammensatte lidelser og nedsatt funksjonsevne med økt omsorgsbehov. Samfunnet generelt og helsetjenesten spesielt står derfor overfor store utfordringer de neste tiårene. Utfordringene kan ikke løses utelukkende med økte ressurser, men heller med omfordeling av oppgaver og bedre samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Dette er allerede nedfelt i strategiene for helseforetaket gjennom å flytte spesialisthelsetjenesten nærmere lokalmiljøet og å overføre kompetanse til kommunehelsetjenesten. Det er behov for et tettere samarbeid mellom de to nivåene. Helse Nord-Trøndelag har desentralisert en rekke tjenester gjennom distriktspsykiatriske sentra og desentraliserte poliklinikker. I 2007 ble det startet et distriktsmedisinsk senter i Stjørdal.

Erfaringene med distriktsmedisinske sentra og etterbehandlingsavdelinger i kommunehelsetjenesten, også kalt intermedieæravdelinger, er svært gode. Forskningsresultatene tilsier at kvaliteten av denne pasientbehandlingen er bedre enn i sykehus og koster langt mindre. En undersøkelse i Namdalsområdet viser at mange pasienter kan få et fullgodt tilbud lokalt dersom det er etablert. Kostnadene til pasienttransport kan reduseres ved at pasientene får gjort røntgenundersøkelser og spesialistkonsultasjoner nær hjemstedet.

På nasjonalt nivå har helseministeren har nylig startet et reformarbeid, den såkalte samhandlingsreformen. Målet er en bedre helsetjeneste gjennom bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner, større resursinnsats i kommunene og større vekt på helsefremmende og forbyggende arbeid.

## 1.3 INVEST-kommunene

Et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag kan gi tjenester til ca 32000 innbyggere. Kommunene i dette området samarbeider allerede om en rekke tjenester, gjennom INVEST-samarbeidet, også helsetjenester som legevakt og jordmortjeneste. Snåsa kommune er med i legevaktsamarbeidet. Kommunene har en godt utbygd infrastruktur i kommunehelsetjenesten, også institusjonsplasser. Det er allerede etablert spesialisthelsetjenester i området; desentralisert psykiatrisk og gynekologisk poliklinikk, private avtalespesialister og Kastvollen Rehabiliteringssenter. Kapittel 4 gir en oversikt over helsetjenestetilbudet i området.

## 1.4 Målsetting og forventede effekter

Målsettingen for et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag er:

- *Å utforme en helhetlig behandlingsskjede for mennesker med sammensatte og kroniske sykdommer og funksjonsreduksjon (kvalitetsforbedring)*

- *Å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten*
- *Å oppnå en bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig*
- *Å gjennomføre et modellforsøk med et distriktsmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket*
- *Å høyne kompetanse og styrke rekruttering til kommunehelsetjenesten*

De forventede effekter av et distriktsmedisinsk senter er knyttet til

- a) bedre kvalitet på tjenestene gjennom
  - bedre funksjonsevne hos brukerne
  - færre re-innleggelser
  - mindre reisetid for brukerne
  - nærhet til tjenestene
- b) bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste
- c) kostnadseffektivitet gjennom
  - lavere behandlingstkostnad
  - mindre behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester
  - kortere liggetid - frigjøre sykehussenger til andre pasienter
  - mindre utgifter til syketransport
- d) Bedre rekruttering av personell til kommunehelsetjenesten

### **1.5 Forslag til funksjoner i DMS Inn-Trøndelag**

Arbeidsgruppen mener det er et godt helsepolitisk, faglig, organisatorisk og økonomisk grunnlag for å etablere et distriktsmedisinsk senter. Senteret bør benevnes DMS Inn-Trøndelag. Det skal betjene befolkningen i de tre INVEST-kommunene, men også Snåsa og Mosvik bør inviteres inn et samarbeid om senteret. Arbeidsgruppen foreslår følgende funksjoner i senteret:

- a) En sengeavdeling med ca 16 plasser, hvorav 12 plasser avsettes til etterbehandling etter sykehusopphold og 4 plasser avsettes for akutte innleggelser for pasienter som har behov for pleie, observasjon og behandling pga kjent sykdom, men som ikke fordrer innleggelse i sykehus.
- b) Dialyse/dagenhet med 5-6plasser. Enheten skal gi behandling med kunstig nyre og i tillegg brukes av pasienter som har behov for forskjellige former for dagbehandling
- c) Spesialistpoliklinikk som betjenes av spesialister fra sykehusene i Levanger og Namsos. Psykiatrisk og gynekologisk poliklinikk er allerede etablert i Steinkjer. I tillegg forslås poliklinikk for ortopedisk kirurgi, øyesykdommer, indremedisin, samt en kreftpoliklinikk.
- d) Røntgenenhet for vanlige røntgenundersøkelser
- e) Kommunale helsetjenester som kommunene ønsker å samarbeide om, legevakt, jordmortjeneste, helsestasjon for eldre, demens/psykogeriatr, kreftsykepleier, rehabilitering, fysio- og ergoterapi, rusomsorg, miljørettet helsevern
- f) Ledelse, administrasjon, IKT og andre støttetjenester

### **1.6 Organisering og ansvarsdeling**

Tre eller flere kommuner skal samarbeide med Helse Nord-Trøndelag om etablering og drift av DMS. Kommunene bør etablere en organisatorisk enhet, som ivaretar oppgaven på vegne av kommunene. Flere selskapsformer er aktuelle.

Helseforetaket vil stå for driften av spesialistpoliklinikken, røntgen og dialyse. Sengeposten, de øvrige funksjoner og administrasjon og ledelse legges til kommunenes ansvar. Helseforetaket vil ha et medisinsk veilednings- og tilsynsansvar i sengeposten.

## **1.7 Lokaler og økonomi**

Arbeidsgruppen tilrår at DMS Inntrøndelag bør lokaliseres i Steinkjer by. Arealbehovet for sengeposten og sykehustjenestene er beregnet til ca 850m<sup>2</sup> i tillegg kommer arealbehovet til de øvrige kommunale tjenester. Arbeidsgruppen har skissert alternativer til lokaler.

Driften av sengeposten er stipulert til ca 17mill. Det forutsettes at Helse-Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge vil delta med en tredjedel hver for driftsutgiftene til de plassene som brukes til etterbehandling etter sykehusopphold.

Helseforetaket dekker i dag all pasienttransport i fylket. Et DMS vil redusere disse kostnadene. Dialyseenheten vil overflødiggjøre ellers nødvendige investeringer ved sykehusene. Driften av spesialistpoliklinikk, dialyse og røntgen ved DMS Inntrøndelag gir en beregnet merkostnad på ca 1.3 mill.

Driften av øvrige kommunale tjenester er ikke beregnet.

Prosjektkostnadene til hovedprosjektet er beregnet til ca 1.1mill

## **1.8 Hovedprosjekt – fremdriftsplan**

Dersom kommunene og helseforetaket fatter positive vedtak bør den videre framdrift skje i et hovedprosjekt med følgende mål;

- a. Dannelse av en organisatorisk enhet/selskap for etablering og drift av DMS Inn-Trøndelag
- b. Utarbeide detaljplaner for funksjoner, systemansvar, bemanning, organisering, lokaler, utstyr, IKT og økonomi (investeringsbehov og driftsbudsjett).

Arbeidsgruppen foreslår å etablere en prosjektorganisasjon med styringsgruppe, prosjektledere, prosjektgruppe og arbeidsgrupper. Styringsgruppen bør bestå av representanter for eierne (kommuner/foretak). Det bør vurderes å ansette to prosjektledere, en for hver av hovedmålsettingene. Prosjektgruppen bør ha relevant kompetanse fra spesialist- og primærhelsetjenesten, byggteknisk, IKT og økonomi. For de enkelte delområder vil det være hensiktsmessig å etablere mindre arbeidsgrupper som prosjektlederne kan trekke veksler på (sengepost, røntgen, dialyse, poliklinikker, kommunale tjenester, interkommunal organisering). Hovedprosjektet avsluttes når det interkommunale driftsselskapet er etablert.

Kommunene må fatte vedtak om etablering av driftselskap

Det interkommunalt selskap inngår avtaler med helseforetak, leier/ferdigstiller lokaler og utstyr, ansetter personell m.v, og blir ansvarlig for den ordinære driften.

Oppstart av et DMS Inntrøndelag er neppe realistisk før tidligst ved årsskiftet 2009/2010

## 2. Mandat og arbeidsform

### 2.1 Mandat

Etter avtale med kommunene Steinkjer, Inderøy og Verran har Adm dir Arne Flaas i Helse Nord-Trøndelag i brev av 1.7.08 oppnevnt en arbeidsgruppe for å utrede et eventuelt Distriktsmedisinsk senter (DMS) på Steinkjer

Arbeidsgruppen består av:

Dagfinn Thorsvik, HNT, leder  
Øivind Stenvik, HNT  
Frode Myrland, HNT  
Marit Myrhaug, Inderøy kommune  
Lisbeth Ystmark, Verran kommune  
Ingeborg Laugsand, Steinkjer kommune  
Ann Sissel Helgesen, DMS Stjørdal

Mandatet er formulert som følger:

*”Gruppen bes utarbeide en enkel skisse for et mulig ”DMS” på Steinkjer*

- *Utredde hvilke tilbud et ”DMS” på Steinkjer kan gi, både i forhold til polikliniske tjenester og en eventuell sengeavdeling (intermediærpost).*
- *Utredde hva slags effekt et slikt DMS vil ha for pasienter og pårørende.*
- *Avklare hvilke kostnader det vil innebære å bygge og/ eller leie og drive et ”DMS” for de involverte parter, - fordelt på hver enkelt interessent.*
- *Avklare så langt mulig hvordan tilbudet kan organiseres, lokaliseres og hvilken rolle de enkelte kommunene og helseforetaket kan spille.*
- *Utredde hva slags effekt et slikt DMS vil ha for HNT og kommunene, både i forhold til kompetanseallokering, pasientgrunnlag/ pasientstrømmer og økonomisk.*
- *Avklare behov for støtte fra sykehusavdelinger, for eksempel ”moderavdelinger” til spesialistpoliklinikker på en DMS.*
- *Vurdere en mulig fremdrift ifm et ”DMS” på Steinkjer.*

*Mandatet er ikke uttømmende. Gruppen oppfordres til å supplere mandatet hvis det er behov for det. Ta kontakt med adm.direktør hvis endringer ønskes.*

*Det forutsettes at gruppen kan benytte foreliggende erfaringer og rapporter (for eksempel ifm etableringen av DMS på Stjørdal) samt egne erfaringer og kunnskaper, slik at en ikke behøver å gjennomføre omfattende grunnlagsundersøkelser på nåværende stadium.*

*Den rapport som adm.direktør forventer å få overlevert skal danne grunnlag for beslutning om en ønsker å gå videre med dette prosjektet.*

*Som oppdragsgiver vil adm.direktør orientere kommunene løpende og sammen med dem beslutte om en vil fortsette arbeidet med ”DMS” Steinkjer etter at prosjektskissen er overlevert.*

*Tidsfrist overlevering av rapport: 1.sep.2008.”*

## **2.2 Arbeidsform**

Arbeidsgruppen har vært supplert med rådmann Jacob Br. Almlid, Verran og prosjektleder Mari Holien, begge fra INVEST-prosjektet. Helsefaglig rådgiver Dagfinn Thorsvik har ledet arbeidet.

Arbeidsgruppen har hatt 3 møter i Steinkjer. I tillegg har det vært avholdt interne møter mellom arbeidsgruppemedlemmene i INVEST kommunene.

Arbeidsgruppen har ikke foretatt nye utredninger/behovsanalyser. Gruppen har i stor grad basert sitt arbeid på de utredninger som ble gjort i forbindelse med forprosjekt og etablering av DMS Stjørdal. Videre har gruppen lagt til grunn en behovsundersøkelse foretatt mellom Sykehuset Namsos og Midtre Namdalskommunene våren 2008. Underveis i prosessen er berørte fagmiljøer i kommunene og helseforetaket konsultert.

Tidsfristen for arbeidet er underveis forlenget til 1.oktober

## 3. Bakgrunn

### 3.1 Helsepolitiske strategier

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtok i juni 2004 sin strategiplan. Strategiplanen har 4 målområder. Under målområde 1; Pasientbehandling og opplæring er det uttrykt; ”*det skal rettes særlig oppmerksomhet mot pasienter med kroniske og sammensatte lidelser*”. Målområde 1 har nedfelt 5 strategier.

Strategi 1: ”*Flytte spesialisthelsetjenesten nærmere pasienten og styrke kompetansen i primærhelsetjenesten*” gjennom

- *sterkere differensiering mellom ulike typer behandlingsbehov*
- *styrke spesialistbehandlingen som kan skje nærmere pasientens bosted*
- *kompetanseoverføring til 1.linjetjenesten uten at dette svekker kompetansemiljø i helseforetaket*
- *samarbeidsprosjekt med kommuneregioner*
- *desentraliserte polikliniske tilbud*
- *bedre dialog mellom spesialisthelsetjenesten og 1.linjetjenesten*
- *økonomisk ansvar for tjenestene skal avklares gjennom delavtaler*”

I HNTs innspill til Helse Midt-Norges (HMN) strategiprojekt for utvikling av tjenestetilbudet frem mot 2010 heter det at

*”Helse Nord-Trøndelag skal ha god og bred kompetanse i forholdet til vanlige lidelser og skal etter avtale samarbeide om lokalsykehusfunksjoner for universitetssykehuset og eventuelt andre sykehus.”*

Dette innebærer at helseforetaket erkjenner behov for

- et tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten
- en sterkere vektlegging av oppgaver rettet mot grupper av pasienter med langvarige og sammensatte helseproblemer
- En bedre organisering av egen virksomhet for å effektivisere tjenestene.

### 3.2 Utfordringene – eldrebølgen og pasienten med langvarige og sammensatte helseproblemer.

Pasienter med langvarige og sammensatte helseproblemer, spesielt eldre, havner ofte i en gråsoner mellom behandlingsnivåene. Dette er pasienter som vanskelig finner sin plass innenfor en spesialisert sykehusstruktur, med økende krav om reduksjon i liggetid. Mange av disse pasientene legges inn med uklare diagnoser, og med behov for tjenester fra flere sub-spesialiteter og avdelinger. Dette gjelder blant annet kronisk syke med sykdomsforverring, pasienter med uklare lidelser og sammensatte problemstillinger, uhelbredelig syke og døende.

De fleste pasienter med sammensatte og langvarige lidelser finner vi i de eldste aldersgruppene. En nasjonal undersøkelse på indremedisinske avdelinger (3) viste at pasienter over 75 år utgjorde 42 % av belegget. De hadde gjennomsnittlig 2.6 medisinske tilstander, 87 % hadde tidligere vært innlagt, 52 % bodde alene og gjennomsnittlig liggetid var 17 dager.

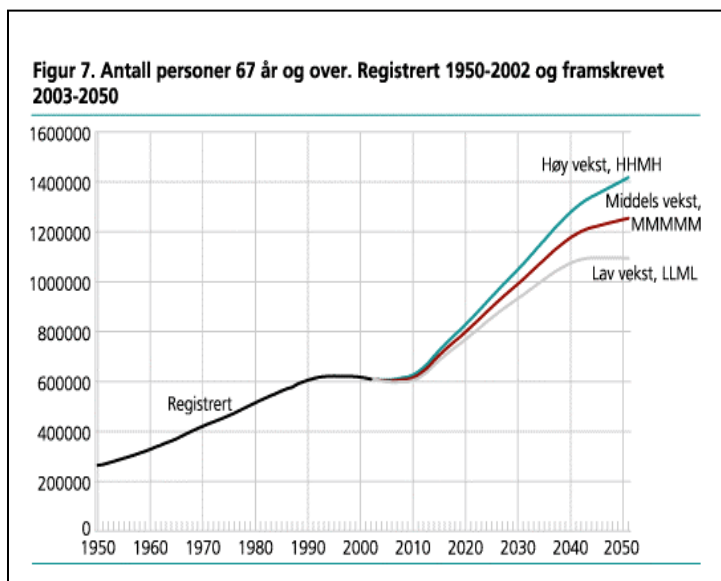
Svært mange hadde sterkt nedsatt fysisk og mental funksjon.

En undersøkelse ved St. Olavs hospital viste at 35 % av innlagte pasienter i sykehuset over 75 år hadde funksjonsnedsettelse med behov for omfattende hjelpetiltak utover medisinsk behandling.

Andre undersøkelser viser en sterk økning i antall reinnleggelser hos eldre, spesielt de eldste eldre. Hver 5.pasient over 80 år reinnlegges innen 2 måneder. Denne økningen skjer i en periode hvor andel eldre i befolkningen har vært stabil. Demografiske skjevheter gjør at vi får en sterk økning

av antall eldre fra 2010 og utover. Fra 2010 til 2020 vil antall innbyggere over 67 år øke med 30 %. Denne veksten forventes å forsette i perioden 2020 til 2030. Figur 1 illustrerer dette

Fig.1 Vekst i den eldre del av befolkningen



Kilde: NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt

Befolkningsutviklingen understreker viktigheten av foretakets målområde 1 med tilhørende strategier. Problemstillingen er i like stor grad regional og nasjonal. Vi vil få en stor økning i antallet eldre med sammensatte og langvarige lidelser. Det reises samtidig spørsmål om disse pasientgruppene får den beste behandlingen med dagens organisering av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Befolkningsutviklingen tilsier at behovet for ”senger” vil øke. Et spørsmål blir om dette behovet skal dekkes ved flere senger i sykehus eller i kommunehelsetjenesten.

### 3.3 Distriktsmedisinske senter som virkemiddel

I Norge har vi valgt å dele ansvaret for helsetjenesten mellom to forvaltningsnivåer, staten og kommunen. Det er utarbeidet et omfattende lov- og forskriftverk for hvordan nivåene skal forholde seg til befolkningen og til hverandre. For brukerne av helsetjenesten kan ansvarsdelingen likevel skape problemer. Mange av pasientene, særlig de med langvarige og sammensatte helseproblemer er avhengig av bistand fra begge forvaltningsnivåene, og avhengige av at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samarbeider godt. Eldre pasienter med behov for lang etterbehandling blir ofte beskrevet som ”gråsonepasienter”. Så lenge spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten finansieres fra ulike forvaltningsnivåer vil det være et press fra begge sider for å unngå å ta på seg flere og kostnadskrevede oppgaver. Det har vært uttrykt stor vilje på begge sider av ”forvaltningskløften” til brobygging for å skape ”sammenhengende behandlingsskjeder” og å utvikle ”samhandlingsarenaer”, gjennom felles prosedyrer, hospiteringsordninger, praksiskonsulenter og ulike former for desentralisering av spesialisthelsetjenester.

Desentralisering av spesialisthelsetjeneste og bedre samhandling mellom helsetjenestenivåene er en uttrykt målsetting. Et virkemiddel for å oppnå dette er utvikling av *distriktsmedisinske sentra*. Fra departementet er det tatt til orde for dette, det er utført et utredningsarbeid med eksempler på hvordan tiltaket kan organiseres og gjennomføres. Erfaringene fra de forsøk som er gjort, er gode, med bedre kvalitet på tjenestene til en lavere kostnad.

### **3.4 Trondheimsmodellen - intermediearenhet**

I Trondheim er det inngått et faglig, organisatorisk og økonomisk samarbeid mellom kommunen og St. Olavs hospital. Ved Søbstad sykeheim er det etablert en såkalt intermediearavdeling med 20 senger. Avdelingen mottar pasienter som er ferdig utredet i sykehuset, men er i behov for fortsatt behandling og pleie. Pasientene er eldre, med kronisk sykdom, eller akutt sykdom og funksjonssvikt. Det er utarbeidet klare kriterier for hvilke pasienter som kan overføres til avdelingen. Avdelingen har en forsterket sykepleie- og legebemannning sammenlignet med vanlig sykehjem, samt fysioterapeut. Personalet er ansatt i kommunen men har fått opplæring på de respektive sykehusavdelinger. Disse avdelingene har deltatt i utarbeidelsen av behandlingsprosedyrer. Avdelingen samarbeider nært med øvrige hjelpetjenester i kommunene. Effekten av å ta i bruk en slik intermediear avdeling er undersøkt og dokumentert gjennom Helge Garåsens doktoravhandling i april 2008. De pasienter som fikk sluttbehandling i intermediearenheten hadde færre reinnleggelses, lavere dødelighet, og hadde et mindre behov for kommunale tjenester det første året etter innleggelsen. Behandlingstilbudet i intermediearenheten var langt lavere enn i sykehus – bedre kvalitet til en lavere pris.

### **3.5 Distriktsmedisinsk senter i Stjørdal**

DMS Stjørdal startet opp våren 2007. Senteret består av en intermediearavdeling med 12 senger samt 4 kommunale sengeplasser, en dialyseenhet med 5 plasser, en spesialistpoliklinikk og en rekke kommunale helse- og sosialtjenester. Poliklinikken omfatter foreløpig gynekologi. I løpet av høsten 2008 utvides denne med ortopedi, ultralyd av gravide og konvensjonell røntgen. Senteret er lokalisert i gamle sykeheimslokaler som er omfattende renovert. Senteret drives av Stjørdal kommune. HNT driver røntgenenheten, dialyseenheten og spesialistpoliklinikken. Driftsutgiftene i intermediearenheten fordeles med en tredjedel hver på kommunen, HNT og Helse Midt-Norge.

Effekten av DMS Stjørdal skal evalueres gjennom et forskningsprosjekt i regi av NTNU. De foreløpige erfaringer etter 1 års drift er svært gode. Det er registrert en kraftig reduksjon av ferdigbehandlede pasienter som ligger i sykehuset Levanger fra Stjørdalsområdet.

Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er svært gode. Det samme gjelder fra de kliniske avdelinger i sykehuset og fra kommunchelsetjenesten i Stjørdal.

En intensjon ved DMS Stjørdal var at også pasienter fra nabokommunene Meråker og Frosta i Nord-Trøndelag, samt Selbu, Tydal og deler av Malvik fra Sør-Trøndelag skulle nyttiggjøre seg sentret. Disse kommunene er ikke formelt delaktig i driften.

### **3.6 Kartlegging av behov for intermedieare behandlingplasser og akutt plasser i Namdalsområdet**

Med støtte fra Helse Midt-Norge ble det i januar-mai 2008 foretatt en kartlegging av alle innleggelses ved kirurgiske og medisinske avdelinger Namdal sykehus, fra alle kommuner i sykehusets nedslagsfelt. En betydelig andel av pasientene (16 %) kunne ha fått dekket sitt behov for helsetjeneste i kommunen, dersom egnede tilbud hadde eksistert, dvs akutt plass og/eller etterbehandlingsenhet (intermediearenhet). Det er ikke foretatt en lignende kartlegging for kommunene som sokner til Sykehuset Levanger, men det er grunn til å anta at tilsvarende behov finnes her og i INVEST-kommunene

### **3.7 Samhandlingsreformen**

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen varslet i juni 2008 en omfattende helsereform. Målet er å gjøre helsetjenesten bedre gjennom

- å bedre samhandlingen mellom den statlige spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i kommunene
- Redusere behovet for sykehustjenester gjennom økt satsing på helsefremmende og sykdomsføbyggende arbeid

Arbeidet med reformen startet 5.september 2008. Det skal utarbeides forslag om nytt lovverk, nye finansieringsformer og ny organisering av helsetjenestene. Helseministeren skal selv lede en ekspertgruppe som skal føre en omfattende dialog med aktører i Helse-Norge. En egen prosjekt organisasjon er etablert i Helse- og omsorgsdepartementet.

Forslaget til ny reform skal legges fram i april 2009. Reformen vil sannsynligvis legge opp til en økt satsning i primærhelsetjenesten og en desentralisering av spesialisthelsetjenestene. Statsråden har allerede utpekt *distriktsmedisinske sentra* og *forsterkede sykehjem* som viktige virkemiddel i reformen.

## 4. INVEST-området

INVEST består av kommunene Steinkjer, Inderøy og Verran. Disse tre kommunene samarbeider regionalt gjennom INVEST, og har som hovedmål fortsatt å kunne opprettholde et godt tjenestetilbud i tre selvstendige kommuner. INVEST har inngått forpliktende avtaler om samarbeid kommunene imellom, og innenfor helse og omsorgstjenestene kan det vises til følgende:

- Legevaktsamarbeid
- Jordmortjeneste
- IKT-samarbeid
- Opplæring og kompetanseheving i bruk av fagprogram Profil og IPLOS
- Rusomsorg

Det er stor vilje og interesse i INVEST for å skape flere forpliktende samarbeidsavtaler innen helse-, rehabiliterings- og omsorgstjenestene, og etablering av samarbeid med HNT er ønskelig i langt større omfang enn i dag.

Dersom en tar med Snåsa har de fire kommunene til sammen nærmere 32 000 mennesker. Dette utgjør ca 1/4 -del av befolkningen Helse Nord-Trøndelag skal dekke.

### 4.1 Bruk av spesialisthelsetjenester i INVEST området

Nedenfor er beskrevet bruken av spesialiserte helsetjenester INVEST- kommunene i 2007. I tabell 1 har vi også tatt med oversikt over innleggelser og poliklinikk konsultasjoner for Snåsa kommune.

Tabell 1: Befolkningsmengde, legedekning og bruk av sykehus i kommunene 2007

	Befolkning	Innleggelser	Poliklinikk	Rtg.us * <sup>1)</sup>	Fastleger	Spesialister
Steinkjer	20 672	3585	18469	2865	19* <sup>2)</sup>	3.4
Verran	2623	469	2786	323	2 * <sup>3)</sup>	
Inderøy	5920	879	4522	635	4	
Snåsa	2197	258	1622	105	2	
Sum	31632	4459	27399	3928	27	

\*<sup>1)</sup> Konvensjonell rtg.us henvist fra primærhelsetjenesten

\*<sup>2)</sup> Ca.1000 av de 21 630 pasientene fastlegene i Steinkjer har, kommer fra nabokommunene, i hovedsak Inderøy, Verran og Namdalseid.

\*<sup>3)</sup> 1 vikar, 3 hjemler

### 4.2 Allerede desentraliserte spesialist tilbud i Steinkjer området

#### 4.2.1 Psykiatrisk poliklinikk

HNT har etablert en psykiatrisk poliklinikk i Steinkjer. Den bemannes med personell fra psykiatrisk avdeling Levanger (Tidligere team nord). Poliklinikken er tverrfaglig bemannet med spesialister i psykiatri, assistentlege, psykolog, sosionom, fysioterapeut og psykiatrisk sykepleier. Poliklinikken mottar polikliniske pasienter fra Snåsa, Steinkjer, Mosvik og Leksvik, dels også Inderøy, Verran og Osen, i alt ca 2500 konsultasjoner pr år. Poliklinikken er åpen hver dag (Mandag-fredag) Det er etablert et samarbeid med primærhelsetjenesten i Steinkjer og dels med øvrige kommunene.

Poliklinikken holder til i leide lokaler i Høvdinggården. Lokalene beskrives som gode. Det er inngått en leieavtale frem til 2011.

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) har i flere år praktisert en ordning hvor pasienter/familier har fått tilbud om konsultasjoner lokalt i Steinkjer. Avdelingen leier lokaler for formålet.

#### 4.2.2 Gynekologisk poliklinikk

HNT etablerte i 2005 et gynekologisk poliklinikktilbud i Steinkjer. Poliklinikken er bemannet med spesialist i gynekologi og sykepleier fra gynekologisk avdeling i Namsos 1 dag pr uke. Her mottas henviste pasienter fra Steinkjer og nabokommunene. I 2007 ble det utført 450 konsultasjoner ved poliklinikken.

Poliklinikken leier lokaler i Steinkjer sykeheim. Det er ønskelig å utvide virksomheten til også å omfatte rutineultralød av gravide.

#### 4.2.3 Private avtalespesialister

Driftsavtaler om privat lege- og psykologspesialist praksis inngås etter dagens ordning mellom den enkelte spesialist og Helse Midt-Norge. I INVEST kommunene er det inngått 4 slike avtaler, alle lokalisert i Steinkjer kommune. Driftsavtalen fordeler seg slik:

Psykiatri	1 avtalehjemmel
Hudsykdommer	1 avtalehjemmel (40 %)
Psykolog	2 avtalehjemler

#### 4.2.4 Kastvollen Rehabiliteringssenter

De private rehabiliteringsinstitusjonene er definert som spesialisthelsetjeneste. En av disse, Kastvollen Rehabiliteringssenter, ligger i Inderøy. Institusjonen har 23 plasser som drives etter avtale med Helse Midt-Norge. Kastvollen tar i mot pasienter som har behov for rehabilitering, enten etter sykehusopphold eller etter søknad fra kommunehelsetjenesten.

### **4.3 Primærhelsetjeneste i INVEST-området**

#### 4.3.1 Legevakt

Snåsa kommune har felles legevaktjeneste med Steinkjer og Verran. Legevakta har lokaler i Brannstasjonen på Steinkjer og er åpen 24 t/ døgnet. Legevaktsamarbeid er i tidsrommet 18-08 hverdager (felles telefonvakt fra 15.30), og hele døgnet lørdager, søndager og helligdager. Det er 1 vakthavende lege på vakt gjennom hele døgnet, og 1 sykepleier, mens det i tidsrommet kl 18-23 er 2 sykepleiere. Legevakta har egen leder i full stilling, samt medisinsk faglig ansvarlig lege i 10 % stilling. Legevakta har til sammen 6,7 årsverk, 12 ansatte sykepleiere i rundturnus på 3skiftsordning, og 16 leger fra Steinkjer, 1 fra Snåsa og 1 fra Verran som kjører legevakt.

Tabell 2: Bruk av legevakt i 2007

	Sum	Steinkjer	Verran	Snåsa	Inderøy
Pasienter	14295	13537	454	304	1351
Telefoner	29027	27598	841	588	1418
Sykebesøk	241	239	1	1	4
Ambulanseoppdrag	1793	1582	120	91	344

Inderøy kommune har interkommunal legevaktordning med Levanger, Verdal og Frosta kommuner, organisert som IKS.

Legevakten har lokaler ved Sykehuset Levanger og er bemannet i tidsrommet kl. 15.30 til kl. 08.00 alle hverdager og hele døgnet lørdag, helg og høytider.

Det er ansatt daglig leder i 50 % stilling, medisinsk faglig rådgiver i 20 % stilling, mens det kjøpes hjelpepersonellressurs fra sykehuset. Legene i kommunene betjener ordningen etter oppsatt plan med 2 på kveld og 1 på natt.

#### 4.3.2 Institusjonsplasser

Tabell 3: Institusjonsplasser i INVEST-kommunene

	Befolkning	Institusjonsplasser					Tilsynsleger
		Antall	Korttid	Akutt	Langtid	Liggedøgn korttid	
Steinkjer	20 672	127 B/O 15 H /R	19 B/O 15 H/R		108 0	36 B/O 35 H/R	1 årsv. (8 leger)
Verran	2 623	30	6		24		0,2 årsv
Inderøy	5 920	40	12	4	24	50 (1800)	0,2 årsv * <sup>5</sup> )
Snåsa	2 197						
Sum	31 632						

#### 4.3.3 Inderøy

Kommunen har 40 plasser på sykeheimen, alle enerom, hvorav 12 plasser er avsatt til korttid for avlastning og rehabilitering, mens 4 er avsatt til akutt plasser.

Akutt plassene er definert benyttet til en ikke planlagt korttidsplass, men et straksbehov for personer som medisinsk faglig ikke er vurdert for innleggelse i sykehus.

For å oppnå full utnyttelse av korttid og akutt plassene må kommunen realisere utbygging av 16 omsorgsboliger for demente i henhold til eldreplan.

I 2007 benyttet kommunen gjennomsnittlig 6 av plassene til korttid/akutt plasser, og disse var opptatt 300 dager av året (1800 liggedøgn), ca 7 uker pr. pas på korttid.

Stillingstørrelse tilsynslege på sykeheimen er vedtatt utvidet til fra 0,2 til 0,4 årsv fra 1.1.2009.

Inderøy har 42 omsorgsboliger med døgnbemanning og i tillegg 8 ”psykiatriboliger” og 11 andre omsorgsboliger

#### 4.3.4 Verran

Kommunen har en sykeheim med 6 korttidsplasser og 24 langtidsplasser, og med tilsynslege i 20 % stilling. Korttidsplassene har avsatt en plass til døgnrehabilitering, og de fem plassene benyttes til avlastning, observasjon og lettere medisinsk behandling. Plassene har tilnærmet 100 % dekning til enhver tid.

Langtidsplassene benyttes i hovedsak til eldre med to eller flere hoveddiagnoser.

Gjennomsnittsalderne var i 2007 på 86 år, med en overvekt av kvinner. En plass i langtidsenheten er avsatt til terminalpleie / lindrende behandling

Verran kommune har lagt en stor del av demensomsorgen til tilrettelagte bofellesskap som er tilknyttet heldøgns bemanning. Botilbudene består av i alt 16 boenheter fordelt på to grupper. Beboerne har ukentlig tilgang til tilsynslege, ca 10 % stilling. Det legges vekt på aktiv og meningsfull omsorg.

Det er i alt 9 omsorgsboliger innen psykisk helse, med stasjonær bemanning på dag og kveld hele uka.

Videre har kommunen heldøgns bemanning i tre andre omsorgsboliger for personer med nedsatt funksjonsevne.

#### 4.3.5 Steinkjer

Kommunen har til sammen 38 korttidsplasser, hvorav 15 plasser innen rehabilitering. Antall liggedøgn er i gjennomsnitt 43,5 døgn, ca. 6,2 uker pr. pasient. Innenfor rehabilitering er antall liggedøgn ca. 5 uker. (2007) Antall innskrivninger / utskrivninger: 193 (utskrevet til langtidsplass, hjem, død, sykehus, eller annen bolig.)

Kommunen har innen rehabilitering hatt 120 inn/utskrivninger, hvorav 99 til heimen.

Kommunen har til sammen 127 langtidsplasser i sykehjem.

Tilsynsleger: Til sammen 8 tilsynsleger som har avtale om 38 t arbeid, ca. 10 % stilling hver.)

Steinkjer sykehjem har 4 tilsynsleger/16 timer, Egge Helsetun 2 leger/11 timer, Stod sykehjem 6 timer, og Betania 7 tilsynslegetimer.

Videre har Steinkjer flere omsorgsboliger med heldøgns omsorg (HDO). Dette er boliger tilknyttet ett eldresenter, og kriteriet for heldøgns nattevakt / alarm og hjelp på natt innen 5 -10 minutter. Til sammen 240 fordelt på 7 eldresenter. I tillegg er det 26 omsorgsboliger for spesielle behov (16 psykiatri, 10 for demente) med heldøgnsomsorg.

Steinkjer har også til sammen 75 boliger hvor man har heldøgns tilbud for funksjonshemmede (HDU).

#### **4.4 Kreftsykepleier**

Steinkjer kommune har kreftsykepleier i 50 % stilling. Kreftsykepleier er koordinator for kreftsykepleien i kommunen, og skal være bindeledd mellom Helseforetakets kreftavdeling, opp mot fastlegene og innad mot sykepleierne i kommunen.

Det siste året har tjenesten hatt fokus på barn og unge, og det er kjørt flere opplæringsprogram for ungdomsskolene, for pårørende og for syke. Det er et godt samarbeidet med Kreftforeningen, og antall pasienter som henvender seg til kreftsykepleier er sterkt økende. Kommunen har utnyttet kreftsykepleierkompetanse både i hjemmesykepleien og i sykehjemmene.

Inderøy kommune har sykepleier med kreftsykepleie som spesialisering, men kompetansen benyttes ikke spesielt, og inngår i den ordinære bemanningen ved sykehjemmet.

Verran kommune har opprettet 40 % stilling for kreftsykepleier. Stillingen er også tillagt et ansvar ovenfor pasienter med kroniske smerter og da i nært samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidet mellom Helse NT, fastlegene og kreftsykepleierne kan og bør forbedres

#### **4.5 Helsenettt**

Fastlegene i Inderøy og Steinkjer samt legevakta er knyttet til Helsenetttet. Dette er på langt nær godt nok hvis flyten av pasientinformasjon skal fungere i alle ledd. Utbygging av Helsenetttets funksjoner til å innbefatte flere helse og omsorgstjenester er derfor nødvendig. Her kan blant andre nevnes pleie og omsorgstjenester, rehabiliteringstjenester, helsesøstertjenester, jordmortjenester og privatpraktiserende fysioterapeuter.

Samhandling ved hjelp av videokonferanser mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene vil være et viktig hjelpemiddel for å sikre kvalitet i oppfølgingen og samtidig bidra til at eksempelvis turnuslegen og andre nyutdannede helsearbeidere føler trygghet i arbeidssituasjonen.

## 5. Målsetting for og forventninger til et DMS i INVEST-området

### 5.1 Målsetting

- *Å utforme en helhetlig behandlingsskjede for mennesker med sammensatte og kroniske sykdommer og funksjonsreduksjon (kvalitetsforbedring)*
- *Å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten*
- *Å oppnå en bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig*
- *Å gjennomføre et modellforsøk med et distriktsmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket*
- *Å høyne kompetanse og styrke rekruttering til kommunehelsetjenesten*

### 5.2 Forventede effekter

De forventede effekter av et distriktsmedisinsk senter er knyttet til

- a) bedre kvalitet på tjenestene gjennom
  - bedre funksjonsevne hos brukerne
  - færre reinnleggelser
  - mindre reisetid for brukerne
- b) bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste
- c) kostnadseffektivitet gjennom
  - mindre behov for pleie- og omsorgstjenester
  - frigjøre sykehussenger til andre pasienter
  - mindre utgifter til syketransport
- d) Bedre rekruttering av personell til kommunehelsetjenesten

Mindre tidsbruk og kortere reise er i seg selv en kvalitetsforbedring for spesielt for pasienter og pårørende som har behov for hyppige kontakter med spesialisthelsetjenesten f eks dialysepasienter. Nærhet til hjemmemiljøet og de kommunale tjeneste tilbud skaper større trygghet, med et større fokus på rehabilitering og pasientens totalsituasjon. Behandling i intermediærenhet forventes å føre til færre reinnleggelser, og å gi pasientene en bedre overlevelsessevne og funksjonsevne.

Et distriktsmedisinsk senter er en samhandlingsarena hvor aktører fra kommunene og spesialisthelsetjenesten møtes. Dette gir mulighet for gjensidig kompetanseoverføring mellom nivåene og ikke minst mulighet for å utvikle en tverrfaglig samhandlingskompetanse, særlig i forhold til pasienter med langvarige og sammensatte behov.

Internt i kommunene vil et distriktsmedisinsk senter med en intermediæravdeling kunne føre til en kompetanseoverføring til den øvrige sykehjemstjenesten og hjemmetjenestene. Det er ønskelig at sykehjemmene i fremtiden blir i stand til å gi noe mer krevende behandling for dermed å unngå innleggelser i sykehus. En hospiteringsordning knyttet til DMS vil bidra til både et tettere samhandlingsrom og øke kompetansen, samt bidra til å beholde og rekruttere ressurser internt i hver kommune.

Både helseforetak og kommuner bør kunne høste økonomiske fordeler av et distriktsmedisinsk senter. Utgiftene til syketransport utgjør en stor del av budsjettet til HNT. Et DMS i INVEST vil føre til betydelige reduksjoner i syketransport. Behandlingskostnadene i en intermediærenhet er

lavere enn i sykehus og resultatene fra Trondheim tilsier reduksjon i de kommunale utgiftene til omsorgstjenester.

Behovet for institusjons plasser i helsetjenesten forventes å øke betydelig de neste tiårene pga økt andel eldre i befolkningen. En intermediæravdeling ved DMS i INVESTområdet vil redusere presset på sengekapasiteten ved sykehusene i fylket og på langtidssykehjemsplasser i kommunene.

En mulig negativ effekt av å desentralisere spesialisthelsetjenester er en svekkelse av fra før små fagmiljøer i sykehusene.

En annen mulig negativ effekt i kommunene kan være økte oppgaver og kostnader knyttet til tidligere utskriving fra sykehuset, samt dyrere medisiner, uten at finansieringen følger pasienten.

## 6. Aktuelle funksjoner i et DMS i INVEST

Følgende hovedfunksjoner bør ligge i et distriktsmedisinsk senter i INVEST-området

- *Sengepost m/intermediærenhet*
- *Dialyse*
- *Spesialistpoliklinikker*
- *Røntgenenhet*
- *Kommunale tjenester*
- *Administrasjon og støttefunksjoner*

### 6.1 Sengepost med intermediær enhet (etterbehandlingsenhet)

Det bør etableres en sengepost med ca 16 døgnplasser, hvorav 12 senger bør inngå i intermediærenheten, de øvrige 4 er kommunale akutt plasser.

Intermediærenheten skal motta pasienter som skrives ut fra sykehusene i Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital. Pasientene skal være ferdig medisinsk utredet i sykehus, men ha behov for fortsatt medisinsk behandling/pleie/rehabilitering/oppfølging i institusjon, før de kan komme hjem til egen bolig eller kan overflyttes til en rehabiliteringsinstitusjon. Pasienter med behov for lindrende behandling/terminal pleie bør også kunne få et kvalitativt godt tilbud i en slik enhet.

En grunnleggende forutsetning er at pasientene skal ha en forventet nytte av et oppholdet, som er minst like god som fortsatt opphold i sykehusavdeling. Det skal ikke være krav til spesielle diagnoser. De mest aktuelle pasient grupper er eldre pasienter med kroniske/sammensatte lidelser hvor forverring har ført til funksjonsreduksjon. Eksempler er lungesvikt (KOLS), hjertesvikt, angina pectoris, hjerneslag, kreft, lungebetennelser, fallskader, brudd.

Intermediærenheten må ha en forsterket sykepleiebemanning, en forsterket legetjeneste og en forsterket fysio- og ergoterapitjeneste sammenlignet med vanlig sykehjemsbemanning. Enheten må ha gode rutiner for samhandling med kommunenes øvrige tjenestetilbud; fastleger, rehabilitering, hjemmesykepleie, hjemmehjelp.

En intermediærenhet er å betrakte som en desentralisert spesialisthelsetjeneste. Det må utarbeides bestemte kriterier for hvilke pasienter som kan overføres fra sykehusavdeling til intermediæravdelingen. Kriteriene må utarbeides i felleskap mellom personalet i respektive sykehusavdelinger og intermediærenheten. Personalet i DMS/intermediærenhet må få opplæring/hospitering i de respektive sykehusavdelinger for å tilegne seg nødvendig kompetanse til å ta seg av de enkelte pasientgrupper, f. eks KOLS-pasienter.

Spesialisthelsetjenesten (Moderavdelinger i Helse Nord-Trøndelag) skal ha et veiledningsansvar et faglig ansvar for å oppdatere personalet i DMS og skal også godkjenne de behandlingsprosedyrer som utarbeides.

Ambulerende spesialister kan gi råd og tilsyn vedrørende pasientene som er innlagt i intermediærenheten. Den daglige legetjenesten forøvrig skal ivaretas av allmennlege(r) og vaktjenesten på kveld og natt må dekkes av den kommunale legevaktjenesten

Enheten må ha tilgang på en del utstyr utover det som er vanlig i sykehjem..

## **6.2 "Kommunale" sengeplasser - akuttplasser**

Faglige og driftsøkonomiske hensyn taler for at kommunale sengeplasser bør integreres i en sengepost sammen med en intermediærenhet. Dette skal ikke være ordinære og varige sykehjemsplasser, men sengeplasser for å ivareta brukere som trenger rehabilitering eller brukere som har behov for en korttidsplass f. eks i påvente av permanent sykehjemsplass, eventuelt akuttinnleggelse som alternativ til innleggelse i sykehus.

Arbeidsgruppen mener at det bør prøves ut en ordning med akuttplasser i et fremtidig DMS i INVEST-området. Slike akutt plasser skal dekke behovet for tidsavgrenset observasjon, behandling og pleie for pasienter med kjent sykdom og hvor det ikke er behov for medisinsk utredning i sykehus

Eksempler er pasienter med intermitterende eller nyoppståtte behov for

- Observasjon og pleiemessig bistand
- Intravenøs væsketilførsel
- Diureticabehandling ved kronisk hjertesvikt
- Smertelindring
- Nedleggelse av ernæringssonde
- Blodtransfusjon
- Enkle blod/urinundersøkelser

Akuttplassene bør være integrert i sengeposten sammen med etterbehandlingsenheten med forsterket sykepleie og legetjeneste. Akuttplasser forutsetter tilgang på legetilsyn på døgnbasis. En samlokalisering med legevaktjenesten er derfor hensiktsmessig. Kommunal akutt plass må ha legeressurs på døgnbasis. Arbeidsgruppen tilrår å legge 4 - 6 sengeplasser til en slik enhet.

## **6.3 Dialyse/dagenhet**

En del pasienter har behov for langvarig eller medisinsk dagbehandling. Dette gjelder særlig pasienter med nyresvikt (dialyse), kreftpasienter (cytostatika) og revmatikere (remicade). I et DMS vil nyresviktpasienter kunne få et tilbud om dialysebehandling nær hjemstedet. Disse pasientene må ha behandling noen timer to – tre ganger ukentlig. Tilbudet betyr redusert reisetid for pasientene og store besparelser i reiseutgifter.

Det medisinsk faglige ansvaret for behandlingen må ivaretaes av medisinsk avdeling, Sykehuset Levanger. Avdelingen mener det er behov for 5-6 plasser for dialyse i INVEST-området.

Dialyseplassene vil være belagt 3 dager pr uke. De øvrige dager kan behandlingsplassene benyttes til andre pasienter som har behov for desentralisert dagbehandling, eksempelvis kreftpasienter og blodgivere.

Dialyse/dagenheten bør ligge i fysisk nærhet til sengeposten, med tanke på sambruk av personell, lokaler og utstyr

## **6.4 Spesialistpoliklinikk**

I et DMS i INVESTområdet bør det etableres en poliklinikk hvor sykehusenes spesialister kan undersøke og behandle pasienter.

Reiseavstanden fra INVESTområdet til Sykehusene i Levanger og Namsos er overkommelige, men for en del pasientgrupper vil en spesialistpoliklinikk i lokalmiljøet likevel bety store fordeler. Det gjelder særlig eldre pasienter og pasienter med kroniske/sammensatte lideleser med behov

for mange kontakter med spesialisthelsetjenesten, og hvor selv en times reising vil bety en belastning. Eksempler på dette er pasienter med psykiske lidelser, hjertesvikt, diabetes, KOLS, kontroller etter brudd og proteseoperasjoner, kreftpasienter, mv.

For å sikre en rasjonell utnyttelse av personellressurser (spesialister) og utstyr må spesialistpoliklinikkene ha et visst volum, dvs at en spesialist som reiser ut (ambulerer) har arbeidsoppgaver nok til å fylle en arbeidsdag, samtidig må grunnlaget være så stort at det kan være en poliklinikkdag minst en gang pr mnd. Det er videre en forutsetning at spesialisten har tilgang på utstyr og medisinsk dokumentasjon som sikrer en kvalitet på konsultasjonen som er like god som i sykehuspoliklinikken.

De enkelte poliklinikker vil være bemannet enkelte dager pr uke og det kan derfor legges opp til sambruk av lokaler, utstyr og hjelpepersonell

Følgende poliklinikker er mest aktuelle og bør vurderes i planleggingen av et DMS i INVEST-regionen:

#### 6.4.1 Ortopedisk kirurgi

Dette vil dekke et behov for en stor pasientgruppe; bl.a. kontroller etter bruddbehandling og protesekirurgi, samt vurdering av nyhenviste pasienter som har behov for undersøkelse hos spesialist med tanke på operasjon. En forutsetning for en slik poliklinikk er tilgang røntgenundersøkelse.

Poliklinikken kan betjenes av ortopeder fra avdelingene i Levanger eller Namsos.

#### 6.4.2 Gynekologi og svangerskap

Denne poliklinikken er allerede etablert i Steinkjer, se kapitel 4. Den kan med fordel integreres i DMS. Tjenesten bør utvides til å omfatte rutine ultralyd for gravide.

Den kommunale jordmortjenesten bør lokaliseres til DMS.

#### 6.4.3 Øyesykdommer

Dette er en svært stor pasientgruppe. Nærmeste spesialist tilbud er Levanger eller Namsos. En spesialistpoliklinikk i Steinkjerområdet vil kunne gi et fullgodt tilbud til pasientene, med store besparelser i utgiftene til syketransport. Tilbudet kan etableres gjennom en avtalehjemmel for privat praksis, eller som en desentralisert poliklinisk tilbud fra Øyeavdelingen, Sykehuset Namsos

#### 6.4.4 Psykiatri

Tilbudet i voksenpsykiatri er allerede godt etablert gjennom psykiatrisk poliklinikk, se kap.4, samt private avtalehjemler. Det vil være aktuelt å samlokalisere psykiatrisk poliklinikk i DMS når nåværende leieavtaler utløper.

Det er også ønskelig å utvide tilbudet til også å omfatte barne- og ungdomspsykiatri.

#### 6.4.5 Indremedisin/geriatri

Dette vil være et aktuelt tilbud til en stor gruppe (eldre) pasienter.

#### 6.4.6. Kreftpoliklinikk

Antall kreftpasienter er stadig økende. Begge sykehus har etablerte kreftpoliklinikker. Noe av denne virksomheten kan flyttes ut til DMS, hvor det bør legges opp til et integrert samarbeid med kommunal kreftsykepleier.

## 6.5 Røntgen

Tilgang til de mest vanlige røntgenundersøkelser lokalt er en forutsetning (støttefunksjon) for enkelte desentraliserte poliklinikker. En del pasienter som blir henvist til røntgenundersøkelse fra primærlege kan også få gjort denne undersøkelsen lokalt. Tjenesten kan derfor også karakteriseres som en desentralisert spesialisttjeneste.

Røntgenavdelingene i Helse Nord-Trøndelag utfører i dag ca 4000 konvensjonelle røntgenundersøkelser på pasienter henvist fra INVESTområdet. Mange av disse kan få utført røntgenundersøkelsen ved DMS INVEST. For pasientene betyr dette spart reisetid og for Helse Nord-Trøndelag betyr det sparte reiseutgifter..

Arbeidsgruppen tilrår at DMS INVEST utstyres med en røntgenenhet. Det må anskaffes (kjøp eller leasing) digitalt røntgenutstyr for enkle undersøkelser (skjelett, thorax) med elektronisk tilknytning til sykehusene i Levanger og Namsos og PACS/RIS systemet i Helse Midt-Norge. Virksomheten organiseres som en filial tilknyttet Røntgenavdelingen, Helse Nord-Trøndelag. Enheten må betjenes av en radiograf tilknyttet denne avdelingen. Avdelingen får ansvar for billedtolkning og administrasjon/allokering av henvisninger.

En egen arbeidsgruppe ved medisinsk serviceklinikk har utarbeidet en vurdering av desentraliserte røntgen tilbud.

## 6.6 Kommunale tjenester

INVEST kommunene ønsker å etablere kommunale akutt plasser i tilknytning til etterbehandlingsenheten. (se ovenfor).

De fleste ordinære helse- og omsorgstjenester må fortsatt utgå fra den enkelte kommune, men det vil være aktuelt å samarbeide om evt. å ha enkelte tjenester felles og legge disse til et DMS Inn-Trøndelag. Hvilke dette gjelder må avklares i hovedprosjektet:

- Fysio- og ergoterapi
- Rehabilitering
- Jordmortjeneste
- Legevakt/Laboratorium
- Kreftomsorg/kreftsykepleier
- Forebyggende helse, rådgivning, mestring, kosthold etc.
- Smittevern/Miljørettet helsevern
- Tilsynslegefunksjon
- Kommunal psykiatriomsorg
- Rusomsorg
- Ressurssenter for eldre

Målsetting er å forbedre samhandlingen mellom 1. og 2.linjetjenesten - det sømløse helsevesen. En eventuell organisering av enkelte og/eller alle disse tjenestene innenfor en felles organisering, skal ikke *nødvendigvis* medføre at personellet har arbeidssted ved DMS, dvs at brukerne skal få levert sine tjenester på normalt sted på linje med dagens ordning. Imidlertid er det en klar målsetting at man gjennom at flere spesialtjenester evner å etablere sterke faglige miljø/enheter (organisatorisk) som vil kunne medføre en økt kvalitet av tjenestene.

Ordningen vil også kunne være viktig element i å kunne legge til rette for god tilgang på fagfolk. En viss sentralisering av enkelte høyt spesialiserte tjenester bør vurderes, spesielt på områder hvor omfanget er lite, men kravet til tjenesten er stort (enkeltbrukere med spesielle behov).

Å opprette fagteam/interkommunale kompetanseteam på tvers av de kommunale tjenestene kan være aktuelt. Et eksempel er ”Geriatrisk team” som kan gi veiledning og opplæring innenfor demens.

For å sikre en optimal pasientflyt mellom DMS, herunder de kommunale plassene og kommunens ordinære tilbud, bør det vurderes et samarbeid også mht å kunne tilby plasser, utnytte ledighet og lignende innenfor INVEST-samarbeidet

### **6.7 Ledelse og støttefunksjoner**

Støttefunksjonene må være felles for spesialisttjenestene og de kommunale tjenestene; vaktmester, kjøkken/kantine, resepsjon/kontor, IKT. Det må legges opp til utstrakt sambruk av personale, lokaler og utstyr. Senteret må ha en felles ledelse med spesielt ansvar for koordinering og samhandling.

## 7. Økonomi

En etablering av et DMS Inn-Trøndelag bestående av spesialistpoliklinikk, intermedieærnenhet og kommunale tjenester forventes å gi flere positive økonomiske effekter. Oppsummert ventes blant annet følgende effekter

- Kortere reise for pasienter og pårørende ved innleggelse i intermedieærnenhet. Dette vil oppleves som positivt for pasient og pårørende.
- Reduserte transportkostnader
- Større fokus på rehabilitering enn det som gis på sykehuset vil gjøre pasientene bedre i stand til å bo i egen bolig etter oppholdet. Dette vil redusere kommunenes kostnader til kommunale omsorgstjenester
- Samfunnsøkonomiske gevinster i form av redusert tidstap for pasienter og arbeidsgivere, ved at det er kortere vei til spesialisthelsetjenesten og dermed går bort mindre tid til reiser og venting.
- En intermedieærpost vil avlaste sengepostene ved Ortopedisk og Medisinsk avdeling ved sykehusene i Levanger og Namsos i en tid da vi opplever en økning i tallet på eldre, syke pasienter. Etablering av senger i Steinkjer er derfor et rimelig alternativ til å øke sengekapasiteten på sykehuset.
- Færre reinnleggelser
- Lavere gjennomsnittlige behandlingkostnader pr pasient i en
- Redusert liggetid på våre sykehus

Under følger vurderinger og beregninger for de enkelte funksjoner som skal inngå i DMS Inn-Trøndelag.

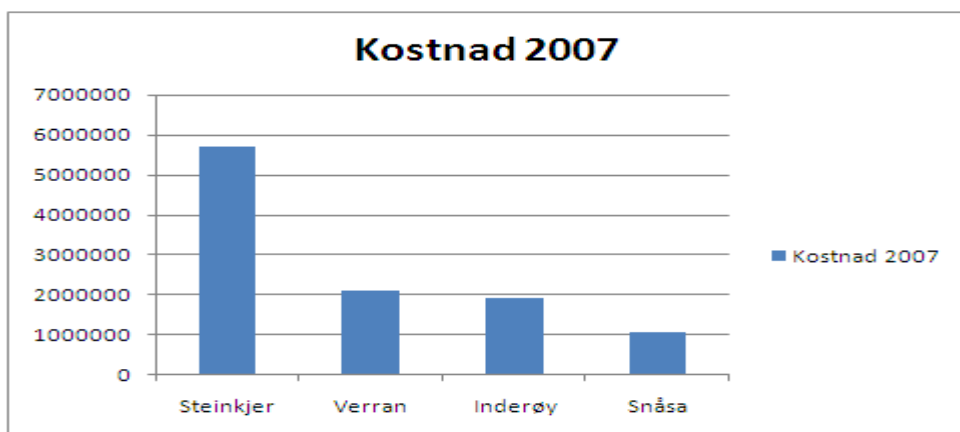
### 7.1 Spesialistpoliklinikk

#### 7.1.1 Økte Inntekter – reduserte kostnader:

Det forutsettes at antallet poliklinikkonsultasjoner totalt i foretaket vil være stabilt, dette fordi man kun flytter på pasienter, og ikke får nye. Poliklinikkinntektene for foretaket er derfor anslått til å være uforandret.

#### 7.1.2 Reduserte transportkostnader

En etablering av et DMS vil gi reduserte transportkostnader for foretaket. Denne besparelsen vil kunne finansiere deler av driften ved DMSet. Kartlegginger som er foretatt viser at 15 % av pasientene som kommer inn til våre sykehus, kommer med drosje. De resterende kommer med egen bil, buss, tog og annen transport.



Oversikt drosjekostnader i de aktuelle kommunene

### **Beregning reduserte transportkostnader**

Reduserte transportkostnader for HNT beregnes under som summen av reduserte antall kilometer ved at pasientene hjemmehørende i disse kommunene oppsøker spesialist ved DMS INVEST i stedet for ved Sykehuset Levanger. Vi anslår at gjennomsnittlig reduserte antall kilometer utgjør 80 km tur/retur

	Pasienter pr dag	Dager pr uke	Antall uker	Andel taxi	Sats pr km	Antall km	Sum besparelse
Ortopedisk poliklinikk	15	1	44	15 %	11	80	87 120
Medisinsk poliklinikk	10	1	44	15 %	11	80	58 080
Gyn poliklinikk	Allerede igangsatt						0
Konvensjonell røntgen	Fra investeringsanalyse						439 000
Dialyse	5	3	44	80 %	11	80	464 640
<b>Sum reduserte transportkostnader</b>							<b>1 048 840</b>

### **7.1.3 Økte driftskostnader**

Viser til vedlegg for en mer detaljerte beregninger av spesialistpoliklinikkens driftskostnader. Under følger en tabellarisk oppsummering av beregningene

#### **Tabellarisk oppsummering**

Beskrivelse	Sum
Redusert kostnad pasienttransport	-1.050.000
Husleiekostnad kr 2.300 pr m2	460.000
Årlig utstyrskostnad røntgen (leasing + serviceavtale)	490.000
Årlig utstyrskostnad dialyse (leasing + service)	485.000
Årlig utstyrskostnad med.pol (leasing)	30.000
Avskrivninger annet utstyr/inventar	49.000
Lønnskostnader	1.410.000
Andre driftskostnader	100.000
<b>Sum kostnader</b>	<b>3.024.000</b>
<b>Netto drift</b>	<b>1.974.000</b>
<b>Andel HNT</b>	<b>1.729.000</b>
<b>Andel INVEST</b>	<b>245.000</b>

Av tabellen over ser vi at drift av spesialistpoliklinikk og dialyse vil medføre en årlig merkostnad på kr 1.974.000. Medisinsk Klinikk på Levanger har varslet at de sannsynligvis vil etablere en dialysepost bestående av 5 plasser på Steinkjer uavhengig av en etablering av DMS Steinkjer. Legges dette til grunn vil etableringen av en spesialistpoliklinikk ved DMS INVEST gi en årlig merkostnad på kr 1.231.000

## **7.2 Intermediærpost – kommunale sengeplasser**

Intermediærposten ved DMS Inn-Trøndelag planlegges å ha det samme omfanget som intermediærposten ved DMS Stjørdal. Intermediærposten ved DMS Stjørdal har 12 senger, samt at det i tillegg er 4 er helkommunale sengeplasser. Driftskostnaden for intermediærposten fordeles likt mellom HNT, HMN RHF og kommunen. Kostnaden for driften av de helkommunale sengeplassene dekkes av kommunen. Vi foreslår at kostnaden fordeles på tilsvarende måte ved etablering av en intermediærpost ved DMS Inntrøndelag.

### 7.2.1 Driftskostnader

Da det planlegges at intermediærposten ved DMS Inn-Trøndelag skal ha det samme omfanget som ved DMS Stjørdal, forutsetter vi at det totale kostnadsbildet for drift av disse enhetene er den samme. Intermediærposten inklusive de helkommunale sengeplassene på DMS Stjørdal har i 2007 en budsjettert kostnad på 15.180.000. Justert for et antatt høyere husleienivå ved DMS Inn-Trøndelag og lønns og prisstigning i perioden antar vi at denne enheten vil ha en årlig driftskostnad på kr 17.300.000

Det forutsettes videre at alle ansatte ved intermediærposten ansettes i kommunen(e).

### 7.2.2 Kostnadsfordeling

Det forutsettes at Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord-Trøndelag HF og kommune(ne) hver dekker 1/3 av driftskostnadene for intermediærenheten (12 senger). Kostnaden for driften av de 4 helkommunale sengene dekkes i sin helhet av INVEST kommunene. Kostnaden er beregnet ved å ta den totale driftskostnaden for intermediærposten fordelt på antall senger. Dette gir følgende kostnadsfordeling

	<b>Totalkostnad</b>	<b>Andel</b>	<b>Sum</b>
HNT	12.975.000	1/3	4.325.000
HMN RHF	12.975.000	1/3	4.325.000
INVEST	12.975.000	1/3	4.325.000
Kommunale sengeplasser			4.325.000

## **7.3 Andre gevinster**

En etablering av en intermediærpost antas å gi en rekke positive økonomiske effekter. Da disse gevinstene er vanskelige å tallfeste uten å foreta en utvidet analyse som går utenfor forprosjektets rammer velger vi å vise til evalueringer foretatt ved hhv. Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter og Søbstad Sykehjem

### 7.3.1 Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter

I Bærum kommune er det ved Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter etablert et tilbud med 16 plasser til pasienter som er ferdig utredet i sykehus, men som fortsatt er i behov for videreføring av sykehusbehandlingen. Hensikten med tilbudet er å

- redusere antall liggedøgn i sykehus
- utnytte ressursene på en kvalitets- og kostnadseffektiv måte
- hindre reinnleggelser

- vurdere pasientens funksjonsnivå
- bidra med oppfølging og videreføring av rehabiliteringstilbud

Tiltaket er evaluert med henblikk på kvalitetsmessig nytte for pasientene, kostnadmessige effekter for sykehuset og kostnadmessige effekter for kommunen. Sintef har foretatt kost-nytte beregningene. Svakheten ved analysene er at de er gjort uten kontrollgruppe. Konklusjonene fra analysene basert på 356 pasientopphold i perioden 2003-2004 er

- pasientene er fornøyde med behandling og blir raskere i stand til å komme hjem
- redusert liggetid i sykehuset (snitt 2.8 døgn)
- reduserte reinnleggelser (8 %)
- sparte kostnader for sykehuset: størrelsesorden 1.9 – 3.8 mill
- sparte kostnader for kommunen: størrelsesorden 1.2 – 7.4 mill

### 7.3.2 Intermediæravdeling ved Søbstad Sykehjem

I en randomisert studie av intermediæravdelingen ved Søbstad Sykehjem har man fulgt en gruppe pasienter som har fått slutt og etterbehandling ved Søbstad Sykehjem og sammenlignet med en gruppe pasienter som har fått slutt og etterbehandling ved St. Olavs Hospital. Studien konkluderer med følgende

- Færre reinnleggelser (19,4 % reinnlagt av intermediærgruppen sammenlignet med 35,7 % av sykehusgruppen)
- Mer kostnadseffektiv behandling (lavere gjennomsnittlig behandlingstkostnad pr pasient)
- Flere klarer seg uten kommunale omsorgstjenester (25 % av intermediærgruppen klarte seg selv sammenlignet med 10 % i sykehusgruppen)

### **7.4 Hovedprosjekt – budsjettforslag**

Hovedprosjekt fasen vil kreve en prosjektleder som ivaretar etableringen av den juridiske enheten DMS Inntrøndelag, samt en prosjektleder som ivaretar planleggingen av det medisinske tilbudet. Det vil også være kostnader knyttet til følgende områder

- Innhenting av informasjon og erfaring fra andre ”samhandlingsprosjekter”
- Kurs og konferanser
- Innhenting av informasjon fra ulike fagmiljø, brukergrupper og andre aktører
- Informasjonsutveksling internt og eksternt i kommunene og HNT

Det forutsettes at HNT og kommune stiller med prosjektdeltakere til dette arbeidet. Varighet av hovedprosjektfasen vil være fra vedtak til dannelselse av den organisatoriske enheten DMS Inn-Trøndelag.

<b>Beskrivelse</b>	<b>Kostnad</b>
Lønn Prosjektledere (totalt 14 månedsverk)	750.000
Kjøp av tjenester	100.000
Frikjøp av helsepersonell	100.000
Kurs – konferanser	60.000
Hospitering	50.000
Reise og opphold	60.000
Materiell	10.000
Inventar og utstyr	15.000
Telefon	5.000
<b>Sum</b>	<b>1.150.000</b>

## 8. Lokaler

### 8.1 Arealbehov

Arealbehovet for sengeposten er anslått til 650 m<sup>2</sup> og poliklinikken inkl rtg og dialyse er anslått til 200m<sup>2</sup>. Arealbehovet for de kommunale tjenestene må man komme tilbake til i hovedprosjektet ut fra hvilke tjenester som blir samlokalisert.

### 8.2 Lokalisering

Arbeidsgruppen mener at Steinkjer by er naturlig og funksjonelt riktig lokalisasjon for et DMS Inn-Trøndelag.

Det er ønskelig med samlokalisering eller nærhet til legevakt m/laboratorium, fysio-/ergoterapi (behandlings-/treningslokaler), brukerkontor, kommunale omsorgstjenester.

Lokalisering avhenger også av hvilke tjenester man legger inn, og hva som kan samlokaliseres.

Det er et hovedmål for INVEST-kommunene og Helse Nord-Trøndelag at noen ”nøkkeltjenester” for god samhandling skal plasseres under samme tak. Fysisk nærhet mellom tjenestene vil lette og kvalitetssikre kommunikasjonen mellom dem og gi større muligheter for å kunne yte sømløse helse og omsorgstjenester.

For å realisere disse planene, må det bygges eller omdisponeres arealer som vil være funksjonelle til dette formålet.

#### 8.2.1. Alternativ 1/ prioritet 1:

Den best egnede plassering av disse arealene vil være i tilknytning til nåværende Steinkjer Sykehjem. Dette ut fra at det er et forholdsvis nytt bygg med tekniske løsninger, de sykehjemstjenester som er der pr i dag, og poliklinikk etablert av helseforetaket. Hjemmetjenestene i (Steinkjer) Sentrum BO er stasjonert der, og den kommunale hjelpemiddelformidlingens lokaler, Arbeidssentralen, ligger i en av nabobygningene.

Her er det muligheter for utvidelse av arealene ved nybygg, samt at institusjonen er forholdsvis sentralt plassert med tanke på transport og øvrige kommunikasjonslinjer. Området er flatt og gir muligheter for flotte naturopplevelser både ved sjøen og i ”skogsterreg”, også for de som har en eller annen form for fysisk funksjonssvikt. Det å ha muligheter for å bevege seg utendørs så tidlig som mulig etter en sykdomsperiode, er en viktig faktor i opptreningen for å komme tilbake til egen bolig.

Av andre kommunale tjenester er fysioterapi og ergoterapi viktige oppfølgingstjenester mht tilbakeføring til egen heim etter opphold i etterbehandlingsenheten (intermediærenheten). Det kan også være naturlig å vurdere flytting av Steinkjer Legevakt inn i disse arealene, da denne tjenesten knyttes til røntgenlab. og akutt plasser/observasjons plasser Fastlegene i kommunene og tilsynslegene i institusjonene innehar nøkkelfunksjoner i samhandlingen. Innlemming av et legesenter i nybygget vil dermed kunne gi et godt utgangspunkt for lettere samarbeid mellom de ulike nivåene og fagtenestene.

I tett samhandling og samlokalisering med en kreftpoliklinikk, er kommunenes kreftomsorg med sykepleiere og fysioterapeuter aktuelle bidragsytere.

Konkret hvilke tjenester som man bør være samlokalisert med, vil avklares først i hovedprosjektet.

### 8.2.2 Alternativ 2:

INVEST må være byggherre, eller leietaker. Dersom prioritet 1 ikke er gjennomførbart, så kan ledige kommunale lokaler vurderes, alternativt kan også det eksterne/markedet utfordres mht løsningsforslag lokaler i Steinkjer sentrum.

*Imidlertid gir ikke disse alternativene tilsvarende synergieffekter som alternativ 1.*

### 8.2.3 Alternativ 3:

Dersom man ønsker samlokalisering av tjenester og lokalisering som omtalt under alternativ 1, men at det tidsmessig ikke er gjennomførbart til ønsket oppstartstidspunkt for Inn-Trøndelag DMS, så kan midlertidige løsninger på lokalisering være aktuelle. Dette synes imidlertid ikke å være ønskelig, bl.a. i forhold til investering i tekniske løsninger.

## 9. Organisering, ansvar, ledelse, evaluering

Tre eller flere kommuner skal samarbeide internt, samt eksternt med Helse Nord-Trøndelag om etablering og drift av et distriktsmedisinsk senter. Arbeidsgruppen mener at de samarbeidende kommuner bør etablere en organisatorisk enhet, selskap, som ivaretar oppgaven på vegne av kommunene.

INVEST kommunene anser det som helt avgjørende at man på kommunal side velger en organisering som er tydelig, for derigjennom å sikre likeverdighet. Organisasjonsmodellen skal også hensynta at fellesenheten (DMS Inn-Trøndelag) gjøres i stand til finansiering på en for kommunene gunstig måte.

Hovedprosjektet skal utrede hvilken enhetsmodell som bør anbefales overfor kommunene:

- Vertskommunemodellen (Kommuneloven)
- IKS (interkommunalt selskap) (IKS loven)
- Aksjeselskap (aksjeloven)

Uavhengig av hvilket alternativ organisering som anbefales, utredes vedtekter for organisasjonsmodellen som spesielt ivaretar faglighet og økonomisk kontroll.

Arbeidsgruppen mener kommunene Snåsa og Mosvik bør inviteres til å delta i et likeverdig samarbeid om DMS Inn-Trøndelag

Spesialist helsetjenesten og kommunehelsetjenesten er forankret i forskjellige lovverk.

Organiseringen må avklare tydelig rollefordelingen mellom helseforetaket og kommunene vedr ledelse, personalansvar, økonomi, systemansvar og medisinsk faglig ansvar for hele virksomheten og for de enkelte delfunksjoner. Denne avklaringen må gjøres i hovedprosjektet.

Arbeidsgruppen mener etableringen av et DMS Inn-Trøndelag er et modellforsøk som bør evalueres. Hovedprosjektet må avklare hvordan dette skal skje.

## 10. Fremdriftsplan

I mandatet for forprosjektet/skissen er arbeidsgruppen bedt om utarbeide en mulig fremdriftsplan etablering av et distriktsmedisinsk senter. Det ligger mange utfordringer i en slik etableringsfase. Den skisserte virksomheten er kompleks. Mange instanser må involveres, mange detaljer må avklares, mange avtaleparter må bli enige om løsningene. Tidsaspektet er derfor usikkert og vil også påvirkes av hvilken løsning som blir valgt mht lokaliteter. Nedenfor er opplistet noen milepæler i en fremdriftsplan

- d) *Vedtak om hovedprosjekt.* Foreliggende skisse/prosjektrapport vil danne grunnlag for å fatte beslutning om å gå videre med å planlegge og realisere et DMS Inn-Trøndelag. Det må gies informasjon/innhentes høringsuttalelse til/fra politikere, faginstanser og administrative organer i kommunene og helseforetaket og Helse Midt-Norge. Saken må så legges frem for kommunestyrene i de tre INVEST-kommunene, samt for styret i Helse-Nord-Trøndelag. Slike vedtak kan foreligge tidligst i november 2008. Dersom kommunene og Helse Nord-Trøndelag fatter positive vedtak må det etableres et hovedprosjekt.
- e) *Invitasjon om deltakelse til nabokommunene Snåsa og Mosvik*
- f) *Etablere hovedprosjekt DMS Inn-Trøndelag.*  
Målsettingen er todelt:
  - a. Dannelsen av interkommunalt selskap for etablering og drift av DMS Inn-Trøndelag
  - b. Utarbeide detaljplaner for funksjoner, systemansvar, bemanning, organisering, lokaler, utstyr, IKT og økonomi (investeringsbehov og driftsbudsjett).

Det må etableres en prosjektorganisasjon med styringsgruppe, prosjektledere, prosjektgruppe og arbeidsgrupper. Styringsgruppe bør bestå av representanter for eierne (kommuner/foretak). Det bør vurderes å ansette to prosjektledere, en for hver av hovedmålsettingene. Prosjektgruppen bør ha relevant kompetanse fra spesialist- og primærhelsetjenesten, byggteknisk, IKT og økonomi. For de enkelte delområder vil det være hensiktsmessig å etablere mindre arbeidsgrupper som prosjektlederne kan trekke veksler på (sengepost, røntgen, dialyse, poliklinikker, kommunale tjenester, interkommunal organisering)

Hovedprosjektet avsluttes når det interkommunale driftsselskapet er etablert.

- g) *Kommunale vedtak om etablering av driftsselskap*
- h) *Interkommunalt selskap inngår avtaler med helseforetak, leier/ferdigstiller lokaler og utstyr, ansetter personell m.v*
- i) *Oppstart av et DMS Inn-Trøndelag - tidligst ved årsskiftet 2009/2010.*

Arbeidsgruppen takker for oppdraget!

Steinkjer, Inderøy, Verran, Namsos, Levanger, Stjørdal, 1.oktober 2007

*Ingeborg Laugsand    Marit Myrhaug    Lisbeth Ystmark*

*Mari Holien    Jacob Br. Almlid    Frode Myrland*

*Øivind Stenvik    Ann Sissel Helgesen    Dagfinn Thorsvik*