

## Møteprotokoll fra møte i styringsgruppen for DMS Inn-Trøndelag

**Møtedato:** 04.05.09

**Møtested:** Steinkjer rådhus

**Tidspunkt:** Kl. 13.00

**Deltakere:** Jacob Br. Almlid (Verran kommune), Dagfinn Thorsvik, (Helse Nord-Trøndelag HF), Jon Arve Hollekim (Inderøy kommune), Trond Waldal (for Erling Bergh, Steinkjer kommune), Truls Eggen (Snåsa kommune), Ruth Borgan (Norsk sykepleierforbund), Brit Gulli Ronnes (Fagforbundet), Jon Aksel Johnsen (Rådet for likestilling av funksjonshemmede i Nord-Trøndelag)  
Mari Holien (INVEST), Ingrid Hallan, Laila Steinmo, Ketil Stavås Olsen

**Forfall:** Henrik A. Sandbu ( Helse Midt-Norge RF, Jon Ketil Vongraven (Mosvik kommune),

### SAKSLISTE:

---

Jon Aksel Johnsen tiltrådte styringsgruppen som representant fra "Rådet for likestilling av funksjonshemmede i Nord-Trøndelag" med observatørstatus og talerett.

#### Orienteringssaker:

- Status i prosjektet
  - hovedprosjektet v/prosjektleder Mari Holien
  - Samhandling Spesialisthelsetjenesten/kommunene v/prosjektleder Ingrid Hallan
  - Kommunehelse v/prosjektleder Laila Steinmo
  - Infrastruktur v/prosjektleder Ketil Stavås Olsen

<b>26/09</b>	<b>Lokalisering av DMS Inn-Trøndelag</b>
<b>27/09</b>	<b>Lokalisering av DMS, vurdering fra delprosjekt kommunehelse</b>
<b>28/09</b>	<b>Kommunale akutt plasser i DMS</b>
<b>29/09</b>	<b>Ansettelse av leder for sengepost DMS Inn-Trøndelag og poliklinikker</b>
<b>30/09</b>	<b>Budsjett</b>
	<b>Eventuelt</b>

**Sak 26/09 Lokalisering av DMS Inn-Trøndelag**

Dato: 29.04.09 Saksbehandler: Ketil Stavås Olsen

Vedlegg: Rapport til styringsgruppen for DMS Inn-Trøndelag

---

**Saksutredning**

Det er to kommunale alternativer til lokaler for DMS

**Alternativ 1: Steinkjer sykehjem**

Krever ett nybygg på ca 2500 kvm som også må ha plass til rehabiliteringsavdeling og basseng.

Byggekostnad beregnet til 59 millioner og ferdigstilling oktober 2011 forutsatt en beslutning om lokalitet før juli 2009.

**Alternativ 2: Egge helsetun**

Rehabilitering av eksisterende lokaler samt nybygging av 16 nye sengeplasser for å erstatte langtids plassene som må bort fra Egge helsetun. Disse erstattes med nytt tilbygg ved Steinkjer sykehjem. Egge helsetun får kun kortidsplasser.

Det pågår i dag en rehabilitering av sengerom og fellesareal ved Egge helsetun. Det etableres også en ny trapp mellom etasjene med tanke på forbindelse ned til poliklinikker ved ett eventuelt DMS.

Byggekostnad beregnet til 23 millioner og ferdigstilling september 2010 forutsatt en beslutning om lokalitet før juli 2009.

Det er en vesentlig forskjell i kostnad samt dato for ferdigstilling. Dette gjør at Egge helsetun anbefales som lokalitet for DMS Inn-Trøndelag

Se vedlagt rapport om infrastruktur

**Vedtak:**

DMS Inn-Trøndelag anbefales lagt til Egge helsetun.

**Sak 27/09: Lokalisering av DMS, vurdering fra delprosjekt kommunehelse**

Dato: 04.05.09

Saksbehandler: Laila Steinmo

---

**Saksutredning**

Delprosjektleder infrastruktur, Ketil Stavås Olsen, gjennomgikk den 28.04.09 alternativene Steinkjer sykehjem og Egge Helsetun for delprosjektgruppe Kommunehelse. Han viste skisse til ombygginger, mulige lokaler, muligheter og begrensninger ved de ulike alternativer.

Utbygging ved Steinkjer sykehjem blir en nyoppføring og vil tidligst stå ferdig i oktober 2011. Og med en prislapp etter arkitektenes beregning på ca 59 millioner kroner.

Egge Helsetun blir en ombygging av eksisterende lokaler. Skal DMS inn med 16 senger, må det til en ganske storstilt omrokking av pasienter, og det må da også bygges flere langtidsplasser ved Steinkjer sykehjems eksisterende enheter. Egge kan tidligst stå ferdig i september 2010, og da med en medfølgende byggekostnad på ca 20 millioner kroner(nybygging av plasser inkludert)

**Vedtak prosjekt Kommunehelse:**

Prosjektgruppa konkluderte enstemmig med at kostnad og tidsaspekt tilsier at vi går for Egge Helsetun som lokalisasjon for DMS. Kommunenes behov for lokaler til interkommunalt samarbeid, kan dekkes innenfor Egge Helsetun sine lokaliteter. Dette er et prosjekt på 5 år og vi har ennå ikke avtaler på plass hvor Helse Midt - Norge, Helse Nord Trøndelag, eller den enkelte kommune har forpliktet seg til samarbeid om prosjektet. Vi anbefaler arbeidsgruppa å jobbe videre med Eggealternativet.

**Vedtak**

Styringsgruppa tar delprosjekt Kommunehelses vedtak til orientering.

**Sak 28/09: Kommunale akutt plasser i DMS**

Dato: 04.05.09

Saksbehandler: Laila Steinmo

Vedlegg:

- Oversikt over kommunenes ønsker om akutt plasser
- Foreløpig oversikt over kommunale kostnader ved opprettelse av 4 kommunale akutt plasser.
- Brev fra legene i allmennlegeforum, frem satt av deres valgte representant, Eivind Steen

---

**Saksfremlegg:**

I forprosjektrapporten står det at forprosjektgruppa ønsker 4 kommunale korttids plasser i tilknytning til DMS. Begrepet "akutte senger" er diskutert. Prosjektgruppa stiller seg bak uttalelsen til Samhandlingsgruppa " Hvis det her beregnes å være pasienter som legges inn via legevakt eller fastlege, uten å ha vært inno m sykehus, krever dette en bemanning for både på lege- og pleiesiden som blir svært ressurskrevende. Det henvises til Fosen DMS som har denne type senger. Her har man anestesilege på døgnvakt vegg i vegg pga av Ørlandet militære flyplass som har lokaler der, driften her kan således ikke sammenlignes. Likeså har man her lenger reisetid til sykehus enn DMS på Steinkjer vil ha. "

Alle kommunene fikk den 12.03.09 tilsendt spørreskjema "Informasjon og analyser om kommune helse/DMS". Der ble kommunene ble bedt om å si sin mening om kommunale akutt plasser i DMS.

Steinkjer, Inderøy, Snåsa og Mosvik ønsker ikke 4 kommunale akutt plasser, men heller 16 DMS plasser. Verran ønsker 4 akutt plasser og legevakta samlokalisert med DMS fra oppstart, for oppfølging av akutt dårlige pasienter som legges inn på disse plassene.

**Økonomiske betenkeligheter til akutt plassene.**

Legges disse pasientene inn på sykehus, er det pr. i dag gratis for kommunene. 4 kommunale akutt plasser i DMS vil etter Stjørdal DMS sin erfaring, koste rundt 4,375 millioner for kommunene pr år. Se vedlagt excellark.

Et døgnopphold på ei seng i intermedie renheten vil koste 2500 kr (oppgitt tall fra DMS Stjørdal), og er gratis for pasienten. Et døgn på korttids plass i kommunene koster kommunen 1500 -1800 kr pr døgn. I tillegg betaler pasienten 132 kr pr døgn. Kommunene vurderer det dit hen at det er få av de pasientene som trenger så høyt medisinsk nivå som et DMS gir.

**Kommunenes ønske om omorganisering innen kommunal pleie og omsorg:**

Kommunene melder tilbake at de ønsker å se hvilke virkning 16 intermedie rsenger har på kommunal tjeneste. Pasienter som i dag skrives raskt ut, har kommet direkte til korttidsavdelingene, og mange har vært svært ressurskrevende på medisinsk behandling. Disse pasientene vil nå komme til intermedie renheten, og mest sannsynlig dra derfra til hjemmet. Det vil gi kapasitetsreserve på kommunale korttids plasser og rehabiliterings plasser. Kommunene vil evaluere dette 4 ganger i året. Dette vil danne

grunnlag for en vurdering av behovet i den enkelte kommune før helsereformen trer i kraft i 2012.

Statistikk fra Sykehuset Levanger viser at Snåsa, Inderøy og Mosvik har de fleste dagene kapasitet til å ta imot sine utskrivingsklare pasienter. Steinkjer har problemer på noen enheter og samme med Verran.

Noen kommuner melder at statistikken på leggedøgn etter ferdigbehandling kan være høyt, men det handler om 1-2 pasienter. Snåsa og Mosvik rydder kapasitet til å ta i mot sine pasienter. De ønsker de skal få komme hjem til sin kommune. Inderøy melder at statistikken for deres kommune er feil. De har ikke hatt overliggere, men står oppført med 37. Steinkjer rehabavdeling sier at de ofte opplever at de får meldt ferdigbehandlede pasienter som ikke er ferdigbehandlet når de har plass for å ta dem inn. Noen er ikke operert engang. Meldefeil fra legene.

Steinkjer og Verran har hatt behov for flere korttidsplasser, spesielt i helger og ferier.

#### **Juridiske betenkeligheter:**

I dag kan leger og legevaktsleger ikke legge inn pasienter direkte til kommunal helsetjeneste. De har ingen lovhjemmel til det. Det må fattes vedtak om tildeling av plass via det kommunale pleie og omsorgsapparatet. Her må det en lovendring til før fastleger eller legevaktsleger kan legge pasienter direkte inn på kommunale akutt plasser.

En pasient med kjent diagnose kan få komplikasjoner. Kommunen kan komme opp i klagesaker og erstatningskrav hvis en turnuslege/lege feilvurderer dette og legger pasienten inn på akutt plass istedenfor på sykehus.

#### **Fremtidsutsikter:**

Medlemmene i prosjektet Kommunene sier at hvis det kommer økonomiske midler til opprettelse av akutt kommunale omsorgsplasser ved Helsereformen, fra 2012, så kan kommunene være med på å planlegge akutt plasser til da. Samtidig håper de at lovverket også endres med reformen, så man rydder juridiske betenkeligheter unna. I løpet av de to årene som er til reformen skal settes ut i livet, så har også kommunene dannet seg erfaring med virkningen av kommunal omorganisering og effekten av DMS på det kommunale hjelpeapparatet.

Legene fra Steinkjer, Verran og Snåsa behandlet saken i allmennlegeforum i mars.

Legene skriver i sitt svar:

”Det har nå i utredningen av DMS Inn-Trøndelag også blitt drøftet akutt plasser i DMS (intermediæravdeling). Bredt sammensatt faggruppe har anbefalt at alle plasser i intermediæravdeling benyttes til pasienter som trenger fortsatt avansert behandling men ikke trenger å være i sykehus. Det ble spesielt advart mot å etablere ”akutt plasser” med behov for utredning. Dette da et DMS vil ha svært begrensede ressurser for utredning, og vil måtte basere seg på bruk av legevakt utenom arbeidstid. Legevakta har heller ikke tilstrekkelig personell, materielle ressurser eller kompetanse til å drive større utredning. Det

vil derfor lett kunne bli en annenrangs tjeneste som tilbys pasienter som innlegges i akutt plass i DMS. Dette er ikke verken faglig eller etisk riktig. Alle pasienter uansett alder som har en akutt sykdom/funksjonssvikt av usikker årsak som trenger innleggelse, bør få sin tilstand avklart ved sykehus. Når det er gjort, kan pasienten raskt føres tilbake til DMS eller kommunehelsetjenesten.

Man kan selvfølgelig legge akuttplasser av førstnevnte kategori (pas. med veldefinert medisinsk tilstand) inn i et DMS. Spørsmålet blir da hovedsakelig om et DMS kan tilby nok slike plasser til de samarbeidende kommuner, og om DMS utgjør de riktige rammer for et slikt tilbud. Et slikt tilbud bør etter vår mening høre hjemme i det kommunale bistand - og omsorgsapparat. Dette for å sikre tilstrekkelig antall plasser, kostnadseffektivitet og fleksibilitet jf LEON - prinsippet. Med forventet befolkningsutvikling og endret sykdomspanorama vil det i løpet av en 10-årsperiode bli betydelig økt press på kommunale helse- og omsorgstjenester. En må derfor planlegge med styrking av sykehjemstilbudet både når det gjelder faglig innhold og fleksibilitet parallelt med at en etablerer DMS.

**Konklusjon fra delprosjektgruppe Kommunehelse:**

1. Arbeidsgruppa anbefaler at det startes opp med 16 intermedieærplasser i DMS et og ingen akuttplasser.
2. Konklusjonen oversendes styringsgruppa for behandling den 04.05.

**Vedtak:**

Intermedieærenheten planlegges med 16 sengeplasser.

**Sak 29/09      Ansettelse av leder for sengepost DMS Inn-Trøndelag og poliklinikker**

Dato:                    04.05.09

Saksbehandler: Ingrid Hallan

Vedlegg:

**Saksutredning:**

Delprosjektet Spesialisthelsetjenesten/kommunene som inneholder planlegging av intermediær sengeavdeling/ dialyseenhet/spesialistpoliklinikk, har som mål å starte opp sin virksomhet i løpet av våren 2010.

Dette medfører at det vil være et behov for å få ansatt leder fra 1.oktober 2009, da denne skal videreføre prosessen med praktisk tilrettelegging, ansettelse av personell, utvikling av kvalitetsrutiner m.m.

Prosjektleder Ingrid Hallans ansettelse i prosjektet avsluttes 15.oktober 2009 og det er viktig at man får tid for overlapping.

Det er svært mye som må på plass i denne perioden når bygget er ved å ferdigstilles, utstyr skal bestilles og plasseres og det er viktig at den som skal føre dette videre tidlig kommer inn i arbeidet.

Prosjektleder ber derfor om at stilling som leder utlyses innen mai 2009 , ellers vil det være vanskelig å få vedkommende tilsatt innen 1. oktober 2009.

Da mange faktorer vedr. organisering på det nåværende tidspunkt er uklart, bør man ansette vedkommende i en midlertidig passering organisatorisk, men i en fast tilsetting.

Prosjektleder anbefaler at stillingen som leder av DMS legges til en eksisterende avdeling i Steinkjer kommune, evt. som et prosjekt innunder denne avdeling. Dette vil lette de administrative- og organisatoriske problemstillinger en slik oppstart vil medføre.

Avdeling for helse og rehabilitering vil være en hensiktsmessig og praktisk tilhørighet.

Stillingen bør lyses ut internt i Helse Nord-Trøndelag og i de fem kommunene som er med i DMS Inn-Trøndelag. Dette pga at det er viktig å ha lokal kjennskap - og kompetanse fra sykehus og kommuner allerede i startfasen.

**Vedtak:**

Saken utsettes til neste møte.

**Sak 30/09      Budsjett**

Dato:                    04.05.09

Saksbehandler: Mari Holien

**Saksutredning**

Det vises til sak 20/09.

Prosjektet er tildelt til sammen 2 millioner kroner fra Kommunal og regionaldepartementet (KRD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) . Med utgangspunkt i disse midlene, samt forventet kr. 500.000,- av skjønnsmidler fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, har prosjektgruppa satt opp følgende utkast til budsjett:

Beskrivelse	Beløp
Lønn Prosjektledere	1.350.000
Lønn spes.helse.leder DMS (siste del av 2009)	180.000
Kjøp av tjenester	620.000
Frikjøp av personell (helse- og andre)	200.000
Kurs – konferanser	50.000
Hospitering	
Reise og opphold	50.000
Materiell	20.000
Inventar og utstyr	20.000
Telefon	10.000
Evaluering av effekt og målsettinger	
<b>Sum</b>	<b>2.500.000</b>

Prosjektgruppen har med de midler som her er stilt til rådighet ikke funnet at det kan avsettes midler til ekstern evaluering nå. Videre så er også budsjettposten "kjøp av tjenester" betraktelig redusert, da arkitektkostnader til detaljeringsprosjekteringen vil bli lagt inn i prosjekteringskostnadene og knyttes til investeringene for lokalene.

Det er i tillegg til prosjektlederkostnader lagt inn lønn til leder/fagkoordinator for 1,5 og 2. Linjetjenestene.

Det følges opp videre arbeidet med å skaffe ytterligere midler til prosjektet.

**Vedtak:**

Framlagt budsjett vedtas for prosjektarbeidet videre.