

Innhold

Innhold.....	1
1. Bakgrunn.....	2
2. Utvikling.....	3
3. Prosjektet: Distriktsmedisinsk senter i Nord Gudbrandsdal	3
4. Tidsplan	7
5. Prosjektorganisering.....	7
6. Innhold for plan og rapportering i prosjektet	10
7. Fordeling av oppgaver i prosjektperioden	11
8. Økonomi	12
9. Henvisninger.....	16
10. Vedlegg.....	16
11. VEDLEGG 1.....	17
12. VEDLEGG 2.....	18
13. VEDLEGG 3.....	19
14. VEDLEGG 4.....	22
15. VEDLEGG 5.....	25
16. VEDLEGG 6.....	27
17. VEDLEGG 7.....	29

PROSJEKT

”Distriktsmedisinsk senter i Nord Gudbrandsdal – 2010 til 2012”

Videreutvikling av samhandling, samarbeid og sømløse pasientforløp mellom kommunene i Nord Gudbrandsdal og Sykehuset Innlandet – i nytt bygg for DmsNG på Otta.

Distriktsmedisinske senter i Nord Gudbrandsdal - DMSNG

1. Bakgrunn

Det har siden 1997 vært arbeidet med utvikling av et desentralisert spesialisthelsetilbud på Otta. Til i dag har denne tjenesten vært drevet i lokalene til Otta legesenter, i 2010 åpner imidlertid et nytt bygg som gir muligheter for ytterligere utvikling av desentraliserte tjenester. Regionrådet for Nord Gudbrandsdal, Sel kommune og Sykehuset Innlandet (SI) er samarbeidspartnere i dette arbeidet. Sykehuset Innlandets visjon er å gi trygg og god behandling nærmest mulig der pasientene bor. Ved tilbud om spesialisthelsetjenester på Otta spares pasientene for reise med 2 X 120 km tur/retur Lillehammer, eller 2 X 160 km tur/retur Gjøvik (fra Otta). Det er derfor en ambisjon for Sykehuset Innlandet å desentralisere de tjenester som utfra faglige, kapasitetsmessige og økonomiske begrunnelser kan desentraliseres.

Sel kommune har vært vertskommune for den distriktsmedisinske tjenesten til nå, og har på egen risiko tatt ansvar for videreføring i nytt bygg. Regionrådet i Nord Gudbrandsdal har tilsatt administrativ ressurs fra 1. mars 2009 for å lede utviklingsarbeidet fremover. I den forbindelse er det etablert en utviklingsgruppe og 4 arbeidsgrupper som allerede er i gang med utredning innen aktuelle områder.

Det er i dag et velfungerende spesialisthelsetjenestetilbud på Otta med satelittdialyse, røntgenavdeling og ambulerende spesialister. Disse tilbudene skal videreføres og videreutvikles. Det er også etablert et interkommunalt tilbud med jordmorvaktjeneste som skal videreføres og videreutvikles.

Det er etablert et distriktspsykiatrisk senter (DPS), som er en integrert del av samarbeidet mellom kommunene og den sykehusbaserte spesialisthelsetjenesten. DPS med sine helsetjenester for voksne, barn og unge er bygd sammen med nybygget for DMSNG.

Se vedlegg vedrørende:

- Eksisterende tjenestetilbud (1)
- Byggeprosjekt(2)

2. Utvikling

Etablering i nye, tilpassede lokaler gir mulighet for å utvikle tjenestetilbudet videre. I samarbeid med Sykehuset Innlandet og avtalespesialister vil tilbudet innen ambulerende spesialister videreutvikles. Noen viktige områder er til eksempel hudspesialist, hørselsentralservice og øyelegespesialist.

Mulighet for legevaktsentral med forsterket støtte og laboratorietjenester, etablering av senger både før, istedenfor og etter utskrivning fra sykehus, vil bli vurdert. Aktuelle samarbeidskommuner er i tillegg til vertskommunen Sel, Skjåk, Lom, Vågå, Dovre og Lesja.

I utviklingen av DMS, og i samarbeidet både med sykehuset og kommunene imellom har føringene i St.melding nr. 47(2008-2009) (Samhandlingsreformen) stor betydning. Stortingsmedlingen peker på to hovedoppgaver for kommunal sektor som vil prege utviklingen fremover, nemlig kompetansekrevene funksjoner og administrasjons- og systemoppgaver. Kompetansekrevene funksjoner er ofte av tverrfaglig art og det vil i mange tilfeller kreve spesialisert kompetanse for å sikre helsetjenester som er effektiv og av god kvalitet. I samhandlingsreformen fremheves områder som:

- Kommunale lærings- og mestringstjenester, eks. tidlig intervensjon ved for eksempel type 2-diabetes, kols, demens og rus.
- Tverrfaglige team, herunder ambulante, med særskilt fokus på kroniske sykdommer som type 2-diabetes, kols, demens, rehabilitering/habilitering, lindrende behandling, psykisk helse og rus.
- Behandling av pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse;
 - behandling av eksempelvis pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringsvikt, medikamentjusteringer, personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer i stedet for innleggelse i sykehus.
 - observasjon for å avklare behovet for innleggelse i sykehus
 - etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem

3. Prosjektet: Distriktsmedisinsk senter i Nord Gudbrandsdal

Veien frem til en endelig organisering av DMS'et har foreløpig mange variabler både hva gjelder økonomi og tiltak, sentrale føringer og i forhold til fremtidige samarbeidsavtaler med kommuner og sykehus. Vi vil hevde at aktiviteten og tiltaket som er igangsatt i forbindelse med nybygg og utvikling av et DMS på Otta er et distriktsutviklingstiltak, og et viktig bidrag til bolyst og trygghet for befolkningen i Nord Gudbrandsdalen. Rent samfunnsøkonomisk mener vi det ligger store besparelser

i mindre transportkostnader, mindre fravær fra arbeid pga kortere reisevei til spesialist, mindre bruk av følgeressurser spesielt til eldre og kronisk syke, for å nevne noe.

Hovedmålsettingen med arbeidet er å trygge bosettingen gjennom å gi et kvalitativt godt helsetjenestetilbud til befolkningen, og ikke minst legge til rette for å kunne bygge opp en robust helsetjeneste som kan møte fremtidens utfordringer.

Det vil være mange områder som skal utvikles og utbygges, noen har vi oversikt over pr. i dag, men vi er sikre på at vi har mange utfordringer som vi må ta stilling til i fortsettelsen. Vi vil legge vekt på å være i utvikling og endring, være fremtidsrettet og en bidragsyter og en premissleverandør i det videre arbeidet med Stortingsmelding 47(2008 -2009). Kommunene i Nord Gudbrandsdalen må forberede seg på strukturelle og økonomiske utfordringer og risikoelementer som de må ta stilling til. For å bygge opp et DMS og et interkommunalt samarbeid innen helse må kommunene fremover være villige til å forplikte seg til bindende samarbeidsavtaler.

Vi velger å dele prosjektet i 2 deler. Del 1 består av oppbygging av organisasjonen, det interkommunale samarbeidet om spesialiserte senger, forebyggingsaspektet og kompetanseoppbygging. Det er knyttet en finansieringsplan til denne delen, som vil utgjøre selve prosjektet. Del 2 er tiltak som er sentrale for videreutviklingen av DMS, videreutvikling av spesialistpoliklinikk, felles legevakt og andre interkommunale prosjekter, samt utvikling av tekniske og elektroniske løsninger. Områdene i del 2 har en finansiering som ligger utenfor selve prosjektet, med egne samarbeidsavtaler mellom de aktuelle aktører innenfor hvert område.

3.1 Prosjekt - Del 1:

Organisering, system og avtaler – Etablere organisasjonen DMS i Sel kommune, bygge opp system for administrativ og faglig drift, og sørge for at samarbeidsavtaler med aktuelle samarbeidspartnere realiseres og kan videreføres i en fremtidig driftsorganisasjon. Brukerperspektivet og brukermedvirkning må bygges inn i alle deler av prosjektet der det er naturlig. Det må legges vekt på at befolkningen får god informasjon om utviklingen av helsetjenestetilbudet i Nord Gudbrandsdalen. Det er komplisert å drifte et DMS med seks samarbeidende kommuner, hvorav en vertskommune og sykehuset. Derfor er det viktig at organisasjon, system og avtaler prioriteres i prosjektet.

5 Intermediære senger – Sengeplassene vil være et interkommunalt tilbud. Kommunene vil i samarbeid med representanter fra sykehuset starte et utrednings - /kartleggingsarbeid av hva kommunene har behov for av intermediære sengeplasser. Flere pågående og gjennomførte prosjekter viser at ulike former for intermeddiærsenger i distriktsmedisinske senter, bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå. Det viser også at sykehusinnleggelse kan forhindres og at pasientene setter pris på nærhet til tjenestetilbudet. Det vil derfor være viktig å se på hvilke muligheter som ligger i samhandlingsreformens tanker om et tjenestetilbud "før, istedenfor og etter sykehusopphold".

I prosjektperioden vil vi i samarbeid mellom kommunene, undervisningshjemmetjenestene og sykehuset prøve ut ulike modeller hvor en ser på hvilke pasientgrupper som kan benytte de

intermediære sengeplassene. Sengeplassene er avhengige av at vi får på plass en robust legevakt og tilgang til legetjenester på dagtid. Særlig fokus vil det i første omgang bli på pasientgrupper som hører inn under:

- Pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringssvikt, medikamentjusteringer, kunne hjelpe personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer for å forebygge sykehusinnleggelser
- Observasjon for å avklare behovet for innleggelse i sykehus
- Etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem

Samfunnsmedisin og forebyggende helsearbeid sett i et regionalt og kommunalt perspektiv.

Utvikling av et system for samarbeid innen forebyggende og kurative tjenester, å gjøre seg i stand til å ha fokus på det spesielle for den enkelte kommune versus å kunne ha et overordnet regionalt perspektiv.

Kommunene i Nord Gudbrandsdal har allerede gjort en utredning og innstilling på at de ønsker en felles samfunnsmedisinsk stilling. Dette ut i fra en erkjennelse av at de organisatorisk bør ruste seg i fellesskap til å ivareta forebygging på systemnivå, herunder bygge opp systemer som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer for utviklingen av god og dårlig helse.

Bedre oversikt over helsetilstand kan blant annet omfatte antall lårhalsbrudd, barneulykker, sosiale helseforskjeller, barn og unge med psykiske problemer, personer med funksjonstap, behov for oppfølging av eldre for å unngå at deres funksjonsnivå faller rask, behov for oppfølging av risikogrupper som er på vei til å utvikle type 2-diabetes 2, kols, hjerte-/ karlidelser, rusmiddelmisbruk eller psykiske problemer

Det er også behov for å få bedre oversikt over faktorer som påvirker helsen. Bedre oversikt er grunnlag for prioritering og evaluering av helsetjenester, samt at kommunens helsetjeneste kan bidra med fakta i kommunal planlegging etter plan- og bygningsloven mv.

Dette gjelder for det første grunnleggende sosiale forhold som utfordringer mht. fattigdom, bostedsløshet, arbeidsledighet, frafall fra skole mv. For det andre kjente helsemessige risikofaktorer som miljø i skoler, seksuell helse, alkoholbruk og øvrige rusmidler, tobakksbruk, mulighet for fysisk aktivitet, støyforhold, risikoområder for ulykker, forurensningssituasjon med mer. Utvikling av kommunehelseprofiler er egnede hjelpemidler i dette arbeidet.

For å skaffe denne oversikten bør kommunene:

- kunne sammenstille og analysere objektiv statistikk
- ha et system for å sikre at de forskjellige helsetjenestetilbudene i kommunen deler sine erfaringer mht. hva som er helsemessige utfordringer i kommunene
- være i stand til å foreta eller innhente kartlegging av påvirkningsfaktorer i kommunene, og innbyggernes vurdering av egen helse og helseutfordringer i kommunene

På bakgrunn av denne oversikten er det viktig at det foretas en analyse av situasjonen i Nord Gudbrandsdal, og at hovedutfordringer defineres, for eksempel behov for oppfølging av eldre, behov for tilbud til bestemte risikogrupper, tiltak for forebygging av fallulykker mv.

Det bør stimuleres til at alle samfunnsaktører utenom helsetjenesten også blir tatt med i dette viktige arbeidet, slik som for eksempel skoler, barnehager, arbeidsplasser, næringsliv, kultur og ikke minst frivillige organisasjoner.

DMS skal være en naturlig samarbeidspartner og medaktør i **etableringen av en samfunnsmedisinstilling og i oppbyggingen av et regionalt folkehelseprogram med lav terskel lærings- og mestringstilbud.**

Se vedlegg vedrørende:

- Innstilling fra 6-K-helse til rådmannsutvalget vedrørende samfunnsmedisinstilling (3)
- Referat fra rådmannsutvalget vedrørende samfunnsmedisinstilling (4)

Kompetanseutvikling, følgeevaluering og forskning

I samarbeid med fagmiljøene utvikle verktøy for kompetansehevende tiltak med sikte på spredning av kompetanse både i DMS og ut til fagmiljøene i kommunene.

Engasjere forskningsmiljø for følgeevaluering av prosjektet.

Prosjektet skal være pådriver for å stimulere til forskning, knytte til seg forskningsmiljøer og aktuelle samarbeidspartnere for forskning. Jf. blant annet Undervisningshjemmetjenester.

3.2 Prosjekt - Del 2:

Ambulerende spesialisthelsetjenester – Være pådriver for å utvikle videre tilbudet med polikliniske spesialisthelsetjenester, herunder også utvikling av telemedisinske tjenester i DMS-øt.

Felles legevaktvarsling og felles legevakt - Etablering av felles legevaktvarsling for kommunene Skjåk, Lom, Vågå, Sel, Lesja, Dovre, ca 19350 innbyggere. Vurdere mulighet for felles legevakt med flere kommuner. Legevaktvarslingen samt legevakt må bemannes med lege og sykepleier, og virksomheten må ha tilgang til laboratorietjenester og røntgenundersøkelser. Felles legevaktvarsling og felles legevakt er planlagt lokalisert i DMS-bygget.

Interkommunalt samarbeid og samarbeid med prosjektet "Undervisningshjemmetjenester" i Vågå, Skjåk og Lom. DMS skal være en leverandør og medaktør i oppbyggingen av helsetjenestesamarbeid både i og utenfor senteret. DMS skal samarbeide tett med prosjektet "Undervisningshjemmetjenester".

Nybygg DMS, utstyr/teknisk utstyr, telemedisin, dataverktøy, journalsystem og samarbeid lokalt, regionalt og nasjonalt innen data og telemedisin. Samarbeide tett opp mot Sel kommune vedrørende drift av nybygg, innkjøp av utstyr og løpende vedlikehold av utstyr innenfor aktuelle områder. Ressursene i DMS skal være en sentral medaktør i dette arbeidet.

Alle ovennevnte områder i del 1 og del 2 er oppgaver som allerede er tillagt eksisterende arbeidsgrupper for utredning.

4. Tidsplan

Prosjektet har en tidsplan frem til 01.01. 2012.

5. Prosjektorganisering

Etter flere studieturer ved ulike DMS i Norge har vi erfart at det ikke er lett å organisere dette tjenestetilbudet. Sel kommune er en viktig aktør som vertskommune for DMSèt, men samtidig skal organiseringen ta opp i seg at det skal være en forutsigbar organisasjon og ledelse også for samarbeidende instanser. Et av de viktigste arbeidsområdene i prosjektet blir å utarbeide en organisasjonsmodell for DMSèt som er fremtidsrettet og robust nok i skjæringspunktet mellom alle nivåer i helsetjenesten. Helsetjenesten har store utfordringer fremover, og hvordan vi organiserer dette nivået av helsetjenesten vil ha betydning for om vi får til et smartere og mer effektivt tjenestetilbud av høy kvalitet. Prosjektet tar derfor mål av seg til å utvikle en organisasjonsmodell i skjæringspunktet mellom sykehus og kommuner som tar opp i seg de problemstillinger som dagens helsetjeneste står ovenfor vedrørende samhandling, samarbeid og sømløse pasientforløp.

Målsettingen er å skape en organisasjon og ledelse som er dynamisk og fleksibel med fokus på høy tjenestekvalitet, smarte og effektive pasientforløp, kompetanse, tverrfaglig samarbeid og samhandling.

5.0 Prosjektet

Prosjektet er en stor satsing for Sel kommune, de omkringliggende kommunene og Sykehuset Innlandet. Utviklingsarbeidet av DMS tilbudet i Nord Gudbrandsdal har allerede skapt entusiasme, og vil kunne gi nye muligheter både for brukere av tjenestetilbudet og for helsepersonellet i området. DMSèt blir en smeltedigel av nivåer og linjer som skal tilpasse seg til hverandre. Det skal initieres nye arbeidsområder og nye måter å arbeide/samarbeide på som vil kunne resultere i nye måter å organisere og lede tjenestetilbudet på. ***Ut ifra erfaringer som gjøres i prosjektperioden vil det i sluttrapporten bli gitt en anbefaling på driftorganisering av DMSèt .***

System- og fagansvar i DMSèt vil følge de ulike ansvarsområder og lovverk. Det må i begynnelsen av prosjektet avklares og defineres hvem som har ansvar og myndighet for hva innenfor de ulike områdene. Noen områder vil være opplagt og avklart allerede ved prosjektstart, mens andre områder vil kreve lengre prosesser før avklaring av ansvar og myndighet. Prosjektet vil anbefale at det opprettes felles kvalitetsutvalg for spesialisthelsetjenester og interkommunale helsetjenester som utføres på DMSèt. Utviklingsarbeidet vil gi svar på om de kommunale helsetjenestene innen DMSèt skal innlemmes i dette kvalitetsutvalget. Utvikling av kvalitets- og internkontrollsystem i DMSèt vil følge samme system som spesialisthelsetjenesten og de kommunale virksomheter som innlemmes i DMSèt, og formes i samråd med disse.

5.1 Prosjektleder

Prosjektleder ansettes av Regionkontoret for Nord-Gudbrandsdal. Prosjektleder skal utvikle organisasjonen, lede og koordinere tjenesteproduksjonen ved Distriktsmedisinsk senter på Otta i henhold til prosjektbeskrivelsen. Rådmannen i Sel har delegert ansvaret for ledelse av prosjektet til Regionrådet v/regionsjefen. Det forutsettes at prosjektleder skal forholde seg til Sel kommune, Regionrådet og Sykehuset Innlandet med utgangspunkt i de samarbeidsarenaer, og de avtaler og regelverk som allerede eksisterer, og som inngås etter hvert. Sel kommune er vertskommune for prosjektet. Arbeidsavtale for prosjektleder utarbeides i samarbeid med rådmannen i Sel og regionsjefen. Rådmannen vil lede de øvrige virksomhetsledere som er involvert i DMS-Set gjennom kommunens fastsatte organisasjonsplan, og til en hver tid gitte utviklingsarbeid i DMS-prosjektet.

5.2 Styringsgruppe

Regionrådet nedsatte en gruppe (Utviklingsgruppa) på slutten av 2008 som har fungert som en "styringsgruppe" for arbeidet med utviklingen av DMS-Set så langt. Denne gruppen opphører. Rådmannen i Sel kommune, regionsjefen, rådmannsutvalget i Nord – Gudbrandsdal og administrerende direktør i SI har valgt medlemmer til styringsgruppen. Fylkesmannen er invitert til å sitte i styringsgruppa som observatør. Det foreslås at regionsjefen blir valgt som leder av styringsgruppen ut i fra at han representerer alle kommunene som er med i prosjektet.

Styringsgruppen må påregne ca 4 møter i året, og innkalles til møte av prosjektleder. Prosjektleder skal rapportere etter kvartalsvise milepælsplaner til styringsgruppen. Styringsgruppa har det overordnede ansvaret for prosjektet og rapporterer til Regionrådet for Nord - Gudbrandsdal, Sel kommune som vertskommune, og Sykehuset Innlandet. Styringsgruppen består foreløpig av:

Regionrådet: Regionsjef Ole Aasaaren (leder)

Sel kommune: Rådmann Sjur Mykletun

Dovre kommune: Rådmann Lars Innset

Skjåk kommune: Rådmann Jan Rune Fagermoen

Sykehuset Innlandet: Divisjonsdirektør Randi Mølmen

Fylkesmannen i Oppland: Fylkeslege Tharald Hetland, observatør

5.3 Prosjektgruppe

Prosjektet ledes av prosjektleder.

Prosjektgruppa har som mandat å lage tiltaksplaner, milepælsplaner og rapporteringsoversikter i samråd med prosjektbeskrivelse, og dette rapporteres til styringsgruppa. Prosjektgruppa ledes av prosjektleder. Prosjektgruppen består av en medisinsk faglig rådgiver både fra kommunehelsetjenesten og fra spesialisthelsetjenesten. De medisinsk faglige rådgiverne skal bistå i

de medisinskfaglige utviklingsprosessene vedrørende DMS-tjenestene. Evt. øvrige prosjektmedarbeidere får definerte arbeidsoppgaver alt etter fagkompetanse som ønskes forsterket inn i prosjektet. All aktivitet ledes av og rapporteres til prosjektleder.

5.4 Brukerutvalg

Brukerutvalg oppnevnes av styringsgruppen. Denne gruppen skal bistå med innspill i prosjektperioden. Det tilstrebes at brukerutvalget har minst 2 møter i prosjektperioden. Medlemmene til denne gruppen bør rekrutteres fra brukermiljøer som har interesse og kan gi innspill til utviklingen av DMSNG. Møter i brukerutvalget bør legges til DMSNG.

5.5 Arbeidsgrupper

Det ble etablert arbeidsgrupper med representasjon fra kommunene, brukerorganisasjoner og Sykehuset Innlandet, divisjon Lillehammer i juni 2009. Disse gruppene forutsettes blir med videre inn i prosjektarbeidet i en annen form og struktur. Prosjektplanen vil utdype videre praktiske arbeidsformer.

Arbeidsgruppe 1 – Struktur, organisering, samarbeidsavtaler

Arbeidsgruppe 2 – Utvikling av tjenestetilbudet, forskning, evaluering

Arbeidsgruppe 3 – Medisinsk teknisk utstyr, radiologi

Arbeidsgruppe 4 – IKT samarbeid, journal, kommunikasjon, telemedisin

5.6 Rapportering

Prosjektleder rapporterer til regionsjefen, og til samarbeidende instanser i samråd med regionsjefen.

Regionsjefen har 3 parter å rapportere til alt etter hva saken gjelder: Sel kommune, Sykehuset Innlandet og Regionrådet i Nord Gudbrandsdalen. Regionsjefen må selv vurdere om det er behov for å etablere formelle/uformelle møtestrukturer utover styringsgruppen.

Sluttrapport for prosjektet skal være levert regionsjefen innen 01.01.2012 eller etter nærmere avtale.

Se vedlegg vedrørende:

- Oversikt over arbeidsgrupper(5)
- Mandat og arbeidsoppgaver(6)
- Skisse over prosjektorganiseringen(7)

6. Innhold for plan og rapportering i prosjektet

Resultatmål: Utvikle organisasjonen vedrørende systemoppbygging, samarbeidsløsninger, samhandling, kompetanseutvikling/forskning og interne forhold. Utvikle en god kvalitetskultur og være opptatt av forbedringsarbeid i alle tiltak. Herunder dataverktøy for telemedisin, journalsystem – Norsk helsenett – teknisk utstyr. Arbeidsgruppene arbeider fortløpende med de oppdrag som er tildelt, og er en del av prosjektet sine tiltak. Det utarbeides prosjektplan for hele prosjektet med milepæler som dokumenteres, evalueres og endres ved behov.

Resultatkrav: Det legges frem milepælsrapportering for styringsgruppen i følge prosjektplan.

01.01. 2012: Driftsorganisasjonen for DMS forventes ferdig til operativ drift.

Resultatmål: Videreutvikle interkommunalt samarbeid innen helsetjenestetilbudet, og spesielt vedrørende legevaktvarsling, legevakt, observasjonssenger, intermediærsenger, spesialsykepleierfunksjoner og jordmørvaktjenester. Samarbeide tett opp mot prosjektet "Undervisningshjemmetjenester i Lom, Skjåk og Vågå.

Resultatkrav: Det legges frem milepælsrapportering for styringsgruppen i følge prosjektplan.

01.01. 2012: Det foreligger utredninger/kartlegginger, forslag til tiltak og evt. igangsatte tiltak innenfor prioriterte områder.

Resultatmål: Styrke samhandlingen mellom Sykehuset Innlandet HF og kommunene i Nord-Gudbrandsdal med sikte på å opprettholde og videreutvikle desentraliserte spesialisthelsetilbud.

Resultatkrav: Det legges frem milepælsrapportering for styringsgruppen i følge prosjektplan.

01.01.2012: Alle aktuelle samarbeidsområder skal være systematisk gjennomarbeidet, og systemer for samhandling/samarbeid utarbeidet innenfor de områder det er enighet om.

Resultatmål: Styrke samfunnsmedisin og folkehelsearbeidet sett i et kommunalt og interkommunalt perspektiv.

Resultatkrav: Det legges frem milepælsdokument for styringsgruppen i følge prosjektplan.

01.01.2012: Kommunene skal ha en oppfatning av at DMS er en medaktør innenfor dette området, og at det er igangsatte tiltak i prosjektperioden.

Resultatmål: Kompetanseheving, forskning og følgeevaluering på prioriterte områder.

Resultatkrav: Det legges frem milepælsrapportering for styringsgruppen i følge prosjektplan.

01.01.2012: Ha laget systemer for kompetanseheving og ha knyttet kontakter til forskningsmiljøer med tanke på fremtidig forskning. Engasjert forskningsmiljø til følgeevaluering.

7. Fordeling av oppgaver i prosjektperioden

7. 1. Sykehuset Innlandet, divisjon Lillehammer (evt. andre divisjoner ved behov):

Videomøter mellom leger/sykepleiere ved sykehuset og DMSet regelmessig etter behov som er vurdert av begge parter.

Råd/veiledning og kompetanseoverføring til personell på Otta og i kommunene.

Samarbeide om å inngå avtaler om spesialisthelsetjenester mellom Sykehuset Innlandet og Sel kommune.

7. 2. Kommunene i Nord Gudbrandsdal og Regionrådet:

Fortsette utredningsarbeidet vedrørende legevakt lokalisert i DMS – inngå avtaler

Realisere legevaktvarsling lokalisert i DMS– inngå avtaler

Forplikte seg til å inngå samarbeidsavtaler vedrørende intermediære senger

I samarbeid med DMSet initiere interkommunalt utviklingsarbeid på områder som kan gi faglig og økonomisk gevinst for kommunene.

Videreutvikle tilbudet innen jordmorvaktjeneste.

Fortsette utviklingsarbeidet med samfunnsmedisin og forebyggende helsearbeid – inngå avtaler.

Tilsette ressurs innen samfunnsmedisin – inngå avtaler.

7. 3. Sel kommune:

Sel kommune skal utvikle og bygge opp en robust DMS-enhet i samarbeid med prosjektet. Fokus i utviklingsarbeidet skal være kvalitet på tjenesteproduksjon, god organisering og ledelse, samarbeid og samhandling.

Sel kommune som vertskommune skal bidra til at det blir driftsmessige gode løsninger mellom kommunale og interkommunale-/sykehusoppgaver i nybygget. Sel kommune oppretter samarbeids/driftsavtaler med Sykehuset Innlandet, Revmatismesykehuset, ambulerende avtalespesialister, 5 intermediære senger og interkommunale oppgaver.

Sel kommune drifter en avdeling på 15 senger. Det blir 10 senger som er sykehjemssenger for Sel kommune og 5 senger som er et interkommunalt ansvar. Disse bemannes med sykepleiere/helsepersonell, og må i tett samarbeid med øvrige kommuner/sykehus utvikle kompetansen i avdelingen. Sel kommune er avhengig av interkommunalt samarbeid og forpliktende samarbeidsavtaler for å drifte 5 intermediære senger.

Sel kommune skal utover dette benytte nybygget til lokaler for legesenter og andre kommunale oppgaver som blant annet rehabilitering og psykisk helsearbeid.

Regionkontoret tilsetter ressurs som prosjektleder sammen med kommunene i Nord – Gudbrandsdalen, samtidig som Sel kommune frigjør administrativ ressurs til DMS-arbeidet som samlet sett vil utgjøre ca. kr. 600 000,- i lønnsmidler.

8. Økonomi

Samhandlingsreformen legger opp til en "riktigere" oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at kommunene og interkommunale tilbud kan ta over en del av behandlingen som i dag gjøres på sykehusene, og gjøre dette til en lavere pris. De nye måtene å drive helsetjenester på ute i kommunene er knyttet til mange ukjente/usikre faktorer, og her må man prøve ut ulike tiltak for å se på kostnader og gevinster. Det er også knyttet forventninger til de nye økonomiske incitamentene som samhandlingsreformen legger opp til.

Det er blant annet betydelig usikkerhet knyttet til kostnader av en intermediær sengeplass. Utgangspunktet er at intermediære sengeplasser skal ha fordeler ved at de driftes sammen med en ordinær sykehjemsavdeling og ved å bruke øvrige helsepersonell som finnes i DMS-øt.

Fra Agendarapport 2009, se henvisninger, er kostnadene pr. døgn beregnet i spesialisert sykehjemsavdeling til kr. 3300,-døgn med en beleggsprosent på 74.7%.(19 sengeplasser for spesialiserte sykehjemstjenester).

Ved Akershus Universitetssykehus, se henvisninger, er kostnad pr. sengeplass pr. år beregnet til 1.38 mill i enhet for lindrende behandling. Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Ahus og 4 kommuner som skal være et tilbud til pasienter i gråsonen mellom sykehus og eget hjem.

Fra St.meld. 47 2008-09, side 106, viser de til følgende beregninger; "Gjennomsnittlig døgnkostnad på sykehus for utskrivningsklare somatiske pasienter er ut fra lokale data beregnet til 5000 kroner, mens døgnkostnad på en intermediær avdeling på sykehjem er beregnet til 1575 kroner, og døgnkostnad for en langtids plass på sykehjem ligger på om lag 1100 kroner. Det foreligger ikke sikre KOSTRA-tall for nettodriftsutgifter per døgn for kommunale institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Netto driftskostnader, eksklusive kapitalkostnader, varier fra 1100 til om lag 1800 kroner i 2007 avhengig av driftsform og størrelse på sykehjemmet. Årskostnaden for liggedagene til utskrivningsklare pasienter basert på gjennomsnittlig døgnkostnad, er estimert til 725 mill. kroner. Dersom liggedagene hadde vært på intermediære avdelinger på sykehjem, tilsier ovennevnte anslag på døgnkostnad at samlet kostnad ville vært omlag 220 millioner kroner. Det bemerkes at tallene som er anslått for behandlingskostnader i sykehus og sykehjem er beheftet med stor usikkerhet."

Fosen DMS beregner i 2010 en døgnpris på 2800,-med 13 antall sengeplasser samlet. Ut ifra en bygningsmasse ved vårt DMS som er helt ny og at vi skal drifte kun 5 senger til å begynne med har vi beregnet pris pr. plass pr. døgn noe høyere enn ved Fosen DMS.

Vi har derfor i våre regnestykker beregnet en døgnpris på kr. 2916- for 2010 og kr.3073,-for 2011.

8.1 Budsjett til prosjektet – del 1:

	2010	2011
Prosjektleder 1/1 stilling	Kr. 800 000	Kr. 800 000
Adm. resurss fra Sel kommune	Kr. 600 000	Kr. 600 000
Samfunnsmedisin 1/1 stilling	Kr. 1200 000	Kr. 1200 000
Forebyggende helsearbeid		
5 sengeplasser	Kr.1749 600	Kr. 5608 225
2010 - kr. 2916,-/døgn i 4 måneder		
2011 – kr. 3073,-/døgn i 12 måneder		
Følgeevaluering	Kr. 300 000	Kr. 500 000
Kompetanseutvikling	Kr. 500 000	Kr. 600 000
SUM	Kr. 5149600	Kr. 9308225

8.2 Fordeling av utgifter søkes fordelt mellom:

	2010	2011
Sel kommune	Kr. 600 000	Kr. 600 000
Kommunene i Nord- Gudbrandsdal	Kr. 1200 000	Kr. 1600 000
Regionrådet i Nord-Gudbrandsdal	Kr. 800 000	Kr. 1000 000
Regionale fondsmidler		Kr. 850 000
Eksterne prosjektmidler - ny sum	Kr. 2549 600	Kr. 5258 225
SUM	Kr. 5149600	Kr. 9308225

8.3 Prosjektmidler etter søknad:

Det vil primært bli søkt om prosjektmidler i form av en felles søknad til følgende instanser:

	2010	2011
Fylkesmannen i Oppland (samfunnsmedisin)	Kr. 500 000	Kr. 500 000
Oppland fylkeskommune (folkehelse)	Kr. 300 000	Kr. 300 000
Helse og Omsorgsdepartementet /Helsedirektoratet	Kr. 1749 600	Kr. 4458 225
Kommunal og regionaldepartementet	Kr. se over	Kr. se over
KS	Kr. 0	Kr. 0
SUM	Kr. 2549 600	Kr. 5258 225

8.4 Budsjett til prosjektet – del 2:

8.4.1 Sykehuset Innlandet

Sykehuset Innlandet tar ansvar for finansieringen av egen virksomhet ved DMS NG i henhold til avtaler som inngås. Dette vil ha en kostnad omkring 1 mill i 2010, og 1,5 mill i 2011.

Sykehuset Innlandet tar også ansvar for investeringer ved dialysesatelitten ved DMS NG, innenfor en kostnadsramme på 2 mill i 2010.

8.4.2 Interkommunalt samarbeid:

Det er besluttet å etablere felles legevaktvarsling i DMSet fra 01.01. 2011 i norddalskommunene etter en felles økonomisk fordelingsnøkkel. Nord-Fron og Sør-Fron inviteres med på legevaktvarslingen i DMSNG.

En utredning om legevaktssamarbeid for Lom, Skjåk, Vågå, Sel, Nord-Fron og Sør-Fron fra 2007 foreligger. Regionrådet behandler sak 11.12.09 med forslag om at disse kommunene, samt Dovre og Lesja fortsetter utredningsarbeidet og leverer sak til behandling om felles legevakt til den enkelte kommune innen 01.03. 2010.

Det er etablert felles jordmorvakttjeneste for alle kommunene i Nord-Gudbrandsdal etter en felles økonomisk fordelingsnøkkel. Jordmorvakttjenesten flytter inn i DMSet 01.03.2010.

DMSNG skal samarbeide tett med Undervisningsprosjektet i Vågå, Lom og Skjåk.. Disse 2 prosjektene har hver sin økonomi.

DMSNG har allerede mottatt kr. 3500 000 i DA-midler som skal benyttes til medisinsk utstyr i senteret.

Felles pasientjournalssystem for legene i norddalsregionen planlegges oppstart fra 01.01. 2011. Nord-Fron og Sør-Fron er også blitt invitert med i dette utviklingsarbeidet. Økonomi er på plass i dette prosjektet. Kommunene, Regiondata og DMSNG står bak arbeidet.

Likedan skal allerede felles datasystem for pleie- og omsorgstjenesten i norddalen utvides med flere funksjoner slik at det blir lettere å kommunisere med legetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Økonomi er på plass i dette prosjektet. Kommunene, Regiondata og DMSNG står bak arbeidet.

8.4.3 Sel kommune:

Sel kommune er vertskommune for DMSNG. De står bak investering i nytt bygg til ca. 99,5 mill., med en investering i inventar til ca. 2 mill..Sel kommune har også påtatt seg ansvaret for å ansette personell for å kunne betjene planlagt aktivitet innen støttefunksjoner til spesialisthelsetjenesten og personell til interkommunalt samarbeid.

9. Henvisninger

Sel kommune: Dokumentasjon/historikk vedrørende DMS i Nord- Gudbrandsdal (1997 – 2008)

Regionkontoret: Dokumentasjon/historikk vedrørende DMS i Nord- Gudbrandsdal (1997 – 2008)

Sykehuset Innlandet HF: Tilgjengelige opplysninger på nett

NOU(2005:3) Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste

Stortingsmelding 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen

Fosen distriktsmedisinske senter, dokumentasjon fra drift

Nord – Troms distriktsmedisinsk senter, dokumentasjon fra drift

Altamodellen, dokumentasjon fra drift

Stjørdal distriktsmedisinske senter, dokumentasjon fra drift

Helse Midt – Norge RHF, dokumenter vedrørende samhandling

Agendarapport 2009, Evaluering av spesialisert behandlingsavdeling i sykehjem, Bergen kommune

Akershus Universitetssykehus; Etablering av enhet for lindrende behandling – et tilbud til pasienter i gråsonen mellom sykehus og eget hjem.

10. Vedlegg

1. Eksisterende tjenestetilbud

2. Byggeprosjekt

3. Notat fra 6-K-helse til rådmannsutvalget vedrørende samfunnsmedisinstilling

4. Referat fra rådmannsutvalget vedrørende samfunnsmedisinstilling

5. Oversikt over arbeidsgrupper

6. Mandat og arbeidsoppgaver

7. Kart over prosjektet

11. VEDLEGG 1

Tilbud i dag ved Distriktsmedisinsk senter på Otta pr. 01.11. 2009

- Røntgen, 1 ansatt, ca 3000 pasienter/5000 undersøkelser pr år
- Dialyse, 4 maskiner, 3 deltidsansatte, 3 dager/uke
- Tilbud om ultralyd, hjertemedisinske undersøkelser og akuttskader som krever røntgen i regi av primærleger ved Otta legekontor
- Lysbehandling – for tiden begrenset aktivitet i påvente av ny hudlegestilling på Lillehammer. Avtale om teledermatologi med Rikshospitalets hudavdeling, men ikke realisert da vi snart har ambulerende hudlege fra Lillehammer
- Felles jordmorvakt
- Psykiatrisk poliklinikk (barne-, ungdoms- og voksenpsykiatri, rusteam)
- Ambulerende ortoped
- Ambulerende revmatolog
- Ambulerende gynekolog, tilbud om teleultralyd innen gynekologi og obstetikk
- Høresentral- samarbeid med Gjøvik sykehus (sporadisk inntil videre)
- Øyelege på Lillehammer – forpliktet til 2dager/måned når manglende utstyr er på plass

12. VEDLEGG 2

Distriktsmedisinsk senter i Nord – Gudbrandsdal - DMSNG

Prosjektbeskrivelse - BYGG

- **Prosjektets art og omfang**

Nord-Gudbrandsdal distriktsmedisinsk senter (NGDMS) er et nytt bygg.

Planløsningen er i hovedsak planlagt i 1-3 etasjer, og med kjeller under del av bygningsmassen. Yttervegger i hovedsak av treverk med skjult bærekonstruksjon i betong.

Bygningsmasse:

BTA plan 0 ca 247 m²

BTA plan 1 ca 1694,6 m²

BTA plan 2 ca 1749,7 m²

BTA plan 3 tekniske rom ca.156,7m²

BTA for hele prosjektet vil komme på ca 3.848m²

- **Beliggenhet og adkomst**

DMSNG ligger mellom Rådhuset og BUP bygg i sentrum av Otta mellom Sygardsvegen og Loftgårdsvegen. Hovedadkomst til bygget skal foregå fra Sygardsvegen.

- **Ferdigstillelse av bygget**

Bygget er planlagt ferdig og innflytningsklart fra 01.02. 2010

13. VEDLEGG 3

Notat til Rådmannsutvalet i Nord-Gudbrandsdal

SAMARBEID OM SAMFUNNSMEDISINSKE OPPGÅVER I

NORD-GUDBRANDSDALEN

Samfunnsmedisinsk råd i Nord-Gudbrandsdalen gjev med dette ei anbefaling som svar på mandatet frå Rådmannsutvalet sitt møte 23. januar 2008. Mandatet er formulert slik:

”Samarbeidsrådet utarbeider ein prosjekt- og finansieringsplan for interkommunalt samarbeid om samfunnsmedisinske oppgåver. Som del av arbeidet med planen blir det også arbeidd konkret med moglegheitene for å få realisert pkt. 3 og 4. Planen blir lagt fram for Rådmannsutvalet til godkjenning, eller for innstilling til politisk behandling. Tidsfrist for planforslaget: 31. mars 2008.” (Pkt. 3 og 4 gjeld rekruttering av lege og teknisk-hygienisk personell).

Kva er samfunnsmedisinske oppgåver?

Samfunnsmedisinske oppgåver kan definerast som grupperetta legearbeid. Vi tenkjer da på kartlegging av sjukdom og helse, ikkje hjå enkeltindivid, men i befolkningsgrupper (ungdomsmiljø, lokalsamfunn, personar utanfor arbeidsmarknaden etc.), og studie av dei samfunnsforhold som påverkar helsetilstanden i slike grupper. Tilsvarande handlar det om å tilrå, iverksetje og administrere helsetiltak og helsetenester både av førebyggjande og behandlande karakter. Slikt arbeid har ikkje den plass eller den posisjon som styresmaktene meiner det bør ha i dagens helseteneste.

Miljøretta helsevern:

Miljøretta helsevern omfattar dei faktorar i miljøet som til kvar tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsa. Desse omfattar blant anna biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorar. Dette er definisjonen på miljøretta helsevern slik den følgjer av kommunehelsetjenestelovens § 4a-1.

I same lov § 1-4 heiter det at kommunens helseteneste til kvar tid skal ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og dei faktorer som kan virke inn på denne. Helsetenesta skal foreslå helsefremjande og førebyggjande tiltak i kommunen.

Helsedirektoratets gjennomgang i 2008:

I 2008 hadde Helsedirektoratet ein gjennomgang av fagfeltet miljøretta helsevern i kommunane. Resultatet av denne viser følgjande hovudfunn og –utfordringar:

- For få ressursar og utilstrekkeleg kompetanse, spesielt i små kommunar utanfor interkommunalt samarbeid.
- Tilsyn og kontroll dominerande arbeidsform, på bekostning av deltaking i planlegging og samarbeid.
- Behov for meir og betre formalisert samarbeid med andre fagmyndigheiter både på lokalt, regionalt og sentralt nivå.
- Behov for meir og betre rettleiing både om regelverk, fagtema og verktøy til kommunar og verksemdar.
- Kommunane har mangelfull oversikt over om verksemdene etterlever kravet til internkontroll
- Systematiske tilsynsmetodar lite nytta
- Marginal samfunnsmedisin i små kommunar
- Behov for å styrke etterleving av §1-4 i kommunehelsetjenesteloven
- Mange kommunar manglar oversikt over risikofaktorar i miljøet
- Behov for auka fokus på psykososialt miljø i skular og barnehagar
- Behov for auka fokus på helse i plan, bl.a. for å styrke arbeidet innan universell utforming, trygge lokalsamfunn og sosial skilnad i helse

Samfunnsmedisinsk råd si vurdering av situasjonen i Nord-Gudbrandsdalen:

Hovudfunn og –utfordringar som Helsedirektoratet peikar på etter gjennomgang i norske kommunar har absolutt relevans for kommunane i Nord-Gudbrandsdalen. Oppgåvene innan samfunnsmedisin blir nesten utan unntak sterkt nedprioriterte til fordel for individretta kurativ behandling.

Saksfeltet vil kunne få eit skikkeleg lyft dersom kommunane går saman om ein felles funksjon som kan reindyrke arbeidet med slike oppgåver. Samfunnsmedisinsk råd ser for seg at samarbeidet skal dreie seg om å utarbeide gode system og strukturar. Dette kan vera malar for ulike planar, system for gjennomføring av ulike tilsyn og innhenting av data for framstilling av statistikkar m.m. Tett samarbeid med den enkelte kommune vil vera svært viktig, bl.a. fordi rådet er av den oppfatning at ansvaret for utøving av det praktiske arbeidet bør liggje til den enkelte kommune.

Finansiering av samarbeidet bør følgje vanleg modell for kostnadsfordeling mellom kommunane i regionen, dvs. ein halvpart delt på antal kommunar og ein halvpart delt etter folketal. Ein konkret plan for finansieringa er ikkje mogleg å utarbeide nå, fordi det er for mange usikre faktorar (m.a. spørsmålet om kor mange kommunar som blir med og om det blir felles eller ulike tidspunkt for å tre inn i samarbeidet). Fleire av kommunane brukar i dag ressursar på dette fagfeltet som er bundne opp i fastlønnsavtaler eller individuelle avtaler med privatpraktiserande legar.

Samfunnsmedisinsk råd meiner imidlertid at eit samarbeid på dette området ikkje er avhengig av at alle kommunane i regionen blir med frå starten.

Rådet tek ikkje stilling til om samarbeidet skal organiserast etter vertskommunemodell eller som interkommunalt selskap (IKS), men meiner at baa modellane er akseptable.

Samarbeidet/koordinatorfunksjonen bør frå starten vera bemanna av ein lege i 100% stilling, fortrinnsvis spesialist i samfunnsmedisin. Rådet meiner det vil vera ein styrke både m.o.t. rekruttering og i å kunne behalde legen dersom stillinga blir samlokalisert med det medisinske fagmiljøet i NGDMS, Gudbrandsdal Bedriftshelsetjeneste eller Mattilsynet. Dermed opnar det seg også moglegheiter for synergieffektar mellom fagmiljøa.

Rådet meiner det må takast høgde for at samarbeidet må kunne utvidast med andre fagprofesjonar etter kvart, t.d. teknisk/hygienisk personell.

Samfunnsmedisinsk råd si anbefaling:

1. Kommunane i Nord-Gudbrandsdal går saman om å opprette ein koordinatorfunksjon for samfunnsmedisinske oppgåver og miljøretta helsevern.
2. Samarbeidet blir organisert som interkommunalt selskap (IKS) eller vertskommunemodell.
3. Koordinatorfunksjonen blir tillagt ansvar for system og struktur på det samfunnsmedisinske området, medan praktiske oppgåver blir lagt til den enkelte kommune.
4. Det blir rekruttert lege i 100% stilling, fortrinnsvis spesialist i samfunnsmedisin.
5. Stillinga blir lokalisert til fagmiljø med medisinsk kompetanse, fortrinnsvis NGDMS, Gudbrandsdal Bedriftshelsetjeneste eller Mattilsynet.
6. Det blir søkt statlege styresmakter om midlar til å delfinansiere satsinga i ein oppstartperiode på 1-2 år, t.d. gjennom Samhandlingsreforma. Stipulerte brutto årlege driftsutgifter på 1,2 mill. kr.
7. Forslag til prioritering av saksfelt:
 - Skular og barnehagar (herunder psykososialt miljø i skular).
 - Drikkevatn (kvalitet, kvantitet og sikringstiltak).
 - Badevatn/badebasseng.
 - Smittevern.
 - Helse i plan.
 - Sosiale miljøfaktorar og folkehelse (herunder utvikling og vedlikehald av lokal helsestatistikk).
 - Stråling (herunder radon og kraftleidningar).
 - Støy.
 - Førebygging av ulykker.

Samfunnsmedisinsk råd er naturlegvis innstilt på å innrette det vidare arbeid etter føringane i den varsla Samhandlingsreforma som eventuelt vil gjelde dette fagfeltet.

14. VEDLEGG 4

Referat frå Rådmannsutvalet, Vågå, 09.02.09

Desse møte: Sjur Mykletun, Jan Rune Fagermoen, Stein Løkken, Lars Innset, Ola Helstad, Ole Aasaaren og Tor Arne Gangsø.

Sak, 00/09 Referat frå møte 16. og 17. juni 2009, Dombås

Sjur Mykletun gjekk gjennom referatet frå siste møte.

I referatet frå møtet 17. juni 2009 går det fram;

"Legevaktvarsling

Plan for åpning av DMS er mai 2010. Dette har også konsekvenser for legevaktvarsling, som kommunene har en avtale om gjennom Lom vaktsentral. Dersom denne avtalen skal sies opp, må det skje 3 mndr. før årsskiftet. Legevaktvarsling er en lovpålagt tjeneste, og det må sikres at denne varslingen, ved åpning av DMS'et på Otta, blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte og at det blir en god overlapping.

Ole Aasaaren og Jan Rune Fagermoen tar dette vidare til arbeidsgruppa for struktur/organisering i DMS."

Presisering/oppfølging;

Rådmannsutvalet ber 6-K Helse om å utarbeide ein samla plan for overgang av legevaktvarsling frå Lom vaktsentral til DMS. Det er naturleg i dag å sjå for seg 1. januar 2011 som mogleg oppstarttidspunkt for endeleg overgang.

6K Helse

På oppdrag frå rådmannsutvalet er no samarbeidet mellom kommunane på Helse- og sosialområdet etablert. For tida er 6K Helse slik samansett: Ludvig Gråtrud, Lesja, Maj-Britt Svastuen, Dovre, Kåre Eide, Sel, Bjørn Bakke, Lom, Svein Holen, Vågå og Unnvald Bakke, Skjåk. Unnvald Bakke er vald til leiar for 6K Helse for eitt år.

Referatet frå rådmannsmøtet 16. og 17. juni blei så godkjent.

Sak, 00/09 Status for den regionale PP-tenesten

Sjur orienterte om oppsummering han har hatt med leiaren for PP-tenesten i Regionen. Det blir arbeid godt og målretta i den regionale PP-tenesta. Utfordringa ligg framleis i å "ta att" gamle saker og kome på forskot i forhold til framtidige utfordringar. Målet er "tidleg innsats"; derfor er det viktig å få "kontroll" på dei gamle sakene som har samla seg opp. Sjur, som administrasjonssjef i vertskommunen held framleis kontakt med omsyn til kortsiktig og langsiktig bemanning av tenesta.

Sak, 00/09 Forvaltningsplan for vassdraga, evt. regionalt prosjekt?

Sjur orienterte. Ole Aasaaren følgjer opp og vurderer om det er mogleg å få til ei felles oppfølging.

Sak, 00/09 Husbanken sine låne- og tilskotsordningar.

Lars Innset orienterte. Husbanken har mange gode og omfattande ordningar og han stilte spørsmål om vi som kommunar evnar å ha oversikt over og kunnskap nok til å gi våre innbyggjarar informasjon om dei ordningar Husbanken tilbyr. Dette gjeld både overfor kommunens innbyggjarar, men og i forhold til kommunen sjølv som låne- og tilskotsmottakar.

Konklusjon:

Regionsjefen tar initiativ til og organiserer eit informasjonsseminar om Husbanken sine ulike ordningar. NAV bør involverast i planlegging og gjennomføring.

Sak, 00/09 Samfunnsmedisin.

I januar 2008 ga rådmannsutvalet i oppdrag til Samfunnsmedisinsk råd å utarbeide ein prosjekt- og finansieringsplan for interkommunalt samarbeid om samfunnsmedisinske oppgåver. Rådet la fram sitt forslag i juni 2009. Rådmannsutvalet utsette behandlinga til over sommarferien.



Notat til
Rådmannsutvalet i Nc



Samfunnsmedisinsk
kart.ppt



Møtereferat
29.5.2009.doc

Behovet i dei ulike kommunane er noko ulikt, men alle kommunane støttar opp om forslaget. Rådmannsutvalet ber om at ein vurderer behovet for om det trengs 100% stilling og om det kan opnast for anna type kompetanse enn omtalt i forslaget. Rådmannsutvalet ber vidare om at planen blir samordna med dei planar som ligg i tilknytning til DMS arbeidet. Som det går fram av forslaget føreset ein ekstern delfinansiering. Rådmannsutvalet finn de naturleg at stillinga primært blir lokalisert i NGDMS.

Konklusjon:

8. Kommunane i Nord-Gudbrandsdal går saman om å opprette ein koordinatorfunksjon for samfunnsmedisinske oppgåver og miljøretta helsevern
9. Samarbeidet blir organisert etter vertskommunemodellen, Kommunelova § 28 B
10. Koordinatorfunksjonen blir tillagt ansvar for system og struktur på det samfunnsmedisinske området, medan praktiske oppgåver blir lagt til den enkelte kommune.
11. Det blir rekruttert lege i inntil 100 % stilling, fortrinnsvis spesialist i samfunnsmedisin, eller anna relevant kompetanse.
12. Stillinga blir lokalisert til fagmiljø med medisinsk kompetanse, fortrinnsvis NGDMS.
13. Det blir søkt statlege styresmakter om midlar til å delfinansiere satsinga i ein oppstartperiode på 1-2 år, t.d. gjennom Samhandlingsreforma. Stipulerte brutto årlege driftsutgifter på 1,2 mill. kr.
14. Forslag til prioritering av saksfelt:
 - Skular og barnehagar (herunder psykososialt miljø i skular).
 - Drikkevatn (kvalitet, kvantitet og sikringstiltak).
 - Badevatn/badebasseng.
 - Smittevern.
 - Helse i plan.
 - Sosiale miljøfaktorar og folkehelse (herunder utvikling og vedlikehald av lokal helsestatistikk).

- Stråling (herunder radon og kraftleidningar).
- Støy.
- Førebygging av ulykker.
-

Samfunnsmedisinsk råd innrettar det vidare arbeid etter føringane i den varsla Samhandlingsreforma som eventuelt vil gjelde dette fagfeltet.

Det må utarbeidast sak og forslag til samarbeidsavtale for dette vertskommunesamarbeidet. Saka må behandlast i kvart kommunestyre om ikkje det er gitt lokale fullmakter som gir rom for anna behandlingsform.

6K Helse følgjer opp saka.

Sak, 00/09 Andre regionale saker

- Foredrag om informasjonssikkerhet. Dagleg leiar i Regiondata blir beden om å t oppdraget.
- Felles formannskapsmøte i Nord-Gudbrandsdal: Stein Løkken deltar frå rådmannsutvalet i arbeidsgruppe som førebur møtet.
- Klimaplan: Regionsjefen har sendt ut e-post om oppfølging som det blir bede om å respondere på.
- Det blei gitt gjensidig informasjon om lønnsoppgjer, rekneskapsutfordringar og budsjettarbeid.
- Brannberedskap. Brannsjefen i Lesja/Dovre tar initiativ til eit møte mellom kommunane for å gje ei vurdering av behovet for "høgde"-utstyr i samband med brannberedskapen i NG.

Møteleiar: Sjur Mykletun

Møtetidspunkt: 09.00 til 15.05.

Referent;

Tor Arne Gangsø

Administrasjonssjef

15. VEDLEGG 5

Distriktsmedisinsk senter i Nord – Gudbrandsdalen - ARBEIDSGRUPPER

Utviklingsgruppe:

Regionsjef Ole Aasaaren, leder

Leder DMS - Vigdis Rotlid Vestad, sekretær

Rådmann Jan Rune Fagermoen, Skjåk

Kommunalsjef Kåre Eide, Sel

Kommuneoverlege Inge Johansen, Sel

Helse- og rehabiliteringsleder Maj Liss Fremstad, Dovre

Brukerrepresentant Jørn M. Joramo

Divisjonsdirektør Randi Mølmen, Lillehammer sykehus

Arbeidsgruppe 1:

Struktur/organisering/samarbeidsavtaler:

Rådmann Jan Rune Fagermoen, Skjåk, leder

Leder DMS - Vigdis Rotlid Vestad, sekretær (ikke medlem av A1)

Lillehammer sykehus: Divisjonsrådgiver Eystein Brandt

Dovre kommune: Kommunalsjef Maj-Britt Svastuen

Regionkontoret: Regionsjef Ole Aasaaren

Sel kommune: Kommunalsjef Kåre Eide

Lesja kommune: Helse og sosialsjef Ludvig Gråtrud

Arbeidsgruppe 2:

Prosjekt NGDMS: (hva kan utvikles videre/forskning/evaluering/hospitering/ studenter/osv....)

Sektorsjef helse- og sosial Svein Holen, Vågå, leder

Leder DMS - Vigdis Rotlid Vestad, sekretær (ikke medlem av A2)

Geriatr Nils Holand, Lillehammer sykehus

Helse- og rehabiliteringsleder Mai Lis Fremstad, Dovre

Kommuneoverlege Gulleik Riksaasen, Vågå
Kommuneoverlege Inge Johansen, Sel
Kommunelege 1 Gurgen Nazaretian, Dovre
Regionkontakt Bodil Bach, Nasjonalt senter for telemedisin
Kommunelege 1 Anton Hole, Lesja
Leder LHL Johan Ivar Rusten, Brukerrepresentant
Forsker Geir Berg, Lillehammer sykehus/Høyskolen i Gjøvik

Arbeidsgruppe 3:

Medisinsk teknisk/radiologi/MR:
Kommuneoverlege Inge Johansen, Sel, leder
Radiograf Sigrun Sigstadstø, Sel, sekretær
Med.tekn.avd. Roar Olsen, Lillehammer sykehus
Fastlege Rita Møller Hansen, Sør-Fron
Ovrradiograf Irene Bekken, Lillehammer sykehus

Arbeidsgruppe 4:

IKT samarbeid inne helse:
Daglig leder Egil Barhaugen, Regiondata, leder
Tjenesteleder Bjørn Bakke, Lom, sekretær
Fastlege Jan Nizialek, Sel
IKT-konsulent Terje Alnes
Kommuneoverlege Odd Solheim, Skjåk
IKT-konsulent Bård Haugstulen, Dovre
IKT – Jostein Kleiven, Lillehammer sykehus
IKT – Jostein Kleiven, Lillehammer sykehus

16. VEDLEGG 6

DISTRIKTSMEDISINSK SENTER I NORD GUDBRANDSDALEN

MANDAT OG ARBEIDSFORM FOR ARBEIDSGRUPPENE

Arbeidsgruppene konstituerer seg 10.06. 2009 og skal ha levert sitt sluttprodukt til Regionkontoret innen 01.12. 2009. Sluttproduktet fra hver enkelt gruppe vil bli gjenstand for videre administrativ og politisk behandling. Det er all grunn til å hevde at produktet/anbefalinger fra arbeidsgruppene er meget viktig for den videre utvikling av DMS.

Hver arbeidsgruppe velger leder og sekretær for sin gruppe 10.06. 2009.

Det forventes utover møtet 10.06.09 at det minimum avholdes et møte i måneden i aug., sept. og okt. (minimum 3 møter). Regionkontoret kan stille møterom til disposisjon, men gruppa avgjør selv møtested. Telefon/videomøter og epost kommunikasjon utover dette er opp til gruppene. Møteplan for hver enkelt arbeidsgruppe utarbeides 10.06. 2009.

Arbeidsgruppene er satt sammen slik at faggrupper og administrasjon i spesialisthelsetjenesten og kommunene har muligheter for å komme med sine tanker og ideer ut i fra hva de mener er viktig angående tema for gruppa. Alle gruppemedlemmene skal ha mulighet til å komme med sine innspill/meninger, og leder/sekretær for gruppa administrerer hvordan gruppa kommer frem til konsensus, og evt. også noterer mindretallsforslagene. Meninger fra brukerrepresentanten i Arbeidsgruppe 2 bør dokumenteres spesielt. Hver enkelt gruppe bør ta en kort gjennomgang innledningsvis hva de mener bør være minimumskrav for regler i gruppa. Det forventes at alle har respekt for hverandres meninger (alle innspill er like viktig).

Medlemmene i arbeidsgruppene fordeler oppgaver seg i mellom til neste møte.

Arbeidsgruppene avgjør selv om de skal innhente flere ressurser til sin gruppe avhengig av tema som kommer opp. Dette diskuteres/rapporteres til Regionkontoret.

Leder i arbeidsgruppa samarbeider med adm. ressurs vedrørende problemstillinger enten det gjelder gruppesamarbeidet, tema/problemområder eller andre uforutsette utfordringer med arbeidet.

Arbeidsgruppene skal ut i fra tema for gruppen utrede hvilke muligheter, tilbud, økonomi og innhold som skal ha fokus fra starten av DMS et i 2010, hvilket arbeid/utredning som skal prioriteres først og hva som evt. trenger mere utredninger (nye arbeidsgrupper) etter 01.12.2009. (Eller at eksisterende arbeidsgruppe må ha mer tid til sitt arbeid). Det bør også vurderes om man trenger ekstern bistand i utredningsarbeidet.

Spesielt mandat/oppdrag for hver enkelt gruppe er ikke utarbeidet, men dette bør diskuteres i første møte i hver gruppe og evt. tas opp med hovedarbeidsgruppe/adm.ressurs. Det er viktig at arbeidet i gruppene blir prioritert ut i fra hva som haster i forhold til oppstart av DMS og hva som kan tas over tid som utviklingsarbeid. Det forventes at det utarbeides en disposisjon for arbeidet i gruppene.

Leder for arbeidsgruppene innkalles/rapporteres til møte med hovedarbeidsgruppa og/eller adm. ressurs.

Leder for arbeidsgruppene kan bli brukt til å informere på møter/konferanser osv, eller den av medlemmene leder delegerer slike oppgaver.

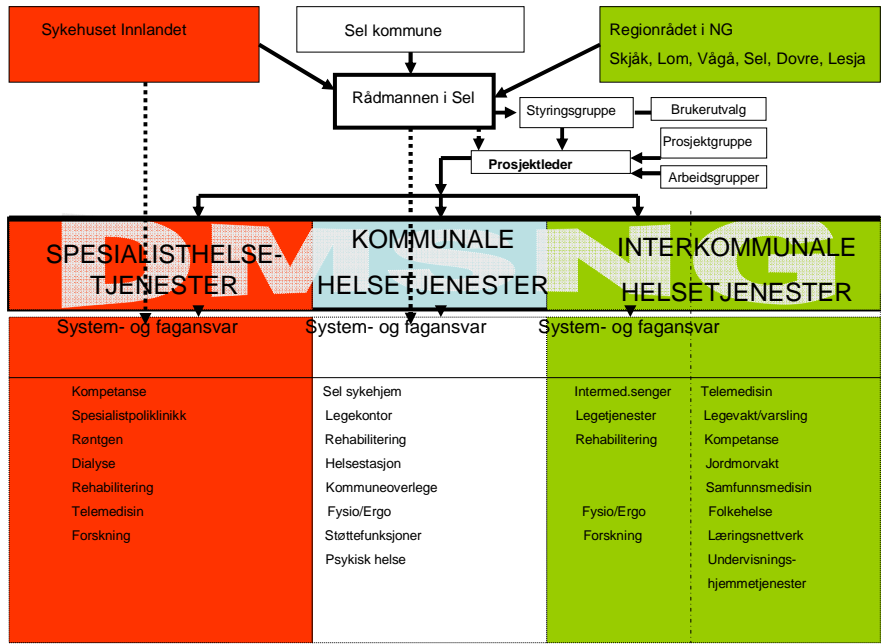
All aktivitet i arbeidsgruppene dokumenteres og referat sendes til Regionkontoret v/adm. ressurs

Referatene fra arbeidsgruppene blir sendt kommunene og sykehuset til info og lagt ut på Regionkontoret sin hjemmeside inntil DMS får egen hjemmeside.

Særlig Arbeidsgruppe 1 og 2 bør sette seg inn i Stortingsmelding vedrørende Samhandlingsreformen/Kommunehelsereformen som offentliggjøres i juni 2009, og evt. ta hensyn til føringer i St.meldingen.

Arbeidsgruppene kan selvsagt motta innspill utenfra. Utviklingsgruppa/adm. ressurs og 6 – K helsegruppa har et spesielt ansvar for å gi arbeidsgruppene innspill.

17. VEDLEGG 7



PROSJEKT: Distriktsmedisinsk senter Nord Gudbrandsdal