

Møteprotokoll fra møte i styringsgruppen for DMS Inn-Trøndelag

Møtedato: 18.05.09

Møtested: Egge helsetun

Tidspunkt: Kl. 12.00

Deltakere: Jacob Br. Almlid (Verran kommune), Dagfinn Thorsvik, (Helse Nord-Trøndelag HF), Marit Myrhaug (for Jon Arve Hollekim, Inderøy kommune), Erling Bergh, Steinkjer kommune, Jon Ketil Vongraven (Mosvik kommune), 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), Ruth Borgan (Norsk sykepleierforbund), Brit Gulli Rones (Fagforbundet), Truls Eggen (Snåsa kommune),

SAKSLISTE:

Orienteringssaker:

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

SAKSLISTE:

Befaring lokaler Egge helsetun

Orienteringssaker: **Ordførermøte** v/Jacob Br. Almlid
Kommunal organisering av et fremtidig DMS Inn-Trøndelag i Steinkjer
v/Laila Steinmo

31/09	Ansettelse av leder for sengepost DMS Inn-Trøndelag og poliklinikker
32/09	Kommunale tjenester i DMS Inn-Trøndelag
	Eventuelt

Sak 31/09 Ansettelse av leder for sengepost DMS Inn-Trøndelag og poliklinikker

Dato: 18.05.09 Saksbehandler: Ingrid Hallan

Vedlegg: Utlysingstekst

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:

1. Stilling som leder ved intermediær sengepost, dialyse- og spesialistpoliklinikk ved DMS Inn-Trøndelag utlyses innen utgangen av mai 2009.
2. Stillingen plasseres inntil endelig organisering er etablert, i Avdeling for helse og rehabilitering, Steinkjer kommune. Stillingen rapporterer til prosjektleder for DMS Inn-Trøndelag.
3. Stillingen lyses ut eksternt.

Sak 32/09 Kommunale tjenester i tilknytning til DMS

Dato: 18.05.09 Saksbehandler: Laila Steinmo

Vedlegg :

- 1. Forslag kommunale helsetjenester.
- 2. Oversikt over tjenester Steinkjer ønsker samlokalisert med DMS
- 3. Oversikt over kommunenes ønsker

Saksutredning:

Delprosjekt kommunehelse har fått som ett av mandatene å utrede hvilke kommunale helsetjenester som ønskes i tilknytning til DMS. Alle de fem kommunene som er med i prosjekt DMS Inn-Trøndelag, fikk 12.mars tilsendt spørreskjemaet ” Informasjon og analyser fra kommunene om kommunehelse/DMS”. Her ble hver kommune utfordret til å kjøre bred prosess i sin kommune for å gjøre prosjektet kjent, og for å kartlegge hvilke av sine kommunale tjenester, (spesielt de tjenestene som var opplistet i forprosjektrapporten) de ønsket skulle være samlokalisert med DMS, ha felles eierskap med DMS, samhandling med DMS - men lokal tjeneste, organisert i fagteam/fagnettverk under DMS, eller om det var uaktuelt at denne tjenesten skal kobles mot DMS. Kommunene ble samtidig spurt om tidspunkt for eventuelt samarbeid. Svarfrist ble satt til 17.04.09. Svarene tyder på at det er jobbet godt og bredt i de fleste kommuner, med involvering på tvers av enheter og fagprofesjoner.

Prosjektgruppa gikk gjennom svarene i gruppemøter den 23.03, 17.04 og 28.04. Svarene er også kvalitetssikret opp mot de kommunale helselederne i fellesmøte mellom dem og delprosjektleder den 22.04.09.

Foreløpig konklusjon ble tatt i møtet den 28.04.09. Saken ble lagt frem for styringsgruppa til orientering og for å få innspill til det videre arbeid. Prosjektgruppa ble bedt om å se på om ikke flere tjenester kan samorganiseres med DMS, for å få større bredde i satsingen. Saken ble deretter drøftet inngående på nytt i prosjektgruppa den 07.05.

Flertallet i prosjektgruppa anbefaler følgende kommunale tjenester samorganisert med DMS.

Flertallet i prosjektgruppa foreslår Samorganisering av følgende kommunale tjenester:

Tjenester	År drifting/etablering
1. <i>Sengeavdeling med 16 intermedieærplasser</i> (spesialisthelsetjenesten)	2010
2. Kompetansesenter for ansatte	2010
3. Lærings- og mestringssenter for pasienter	2011
4. Forebyggende helse, rådgivning, mestring og kosthold	2011

5. Ressurssenter for eldre/helsestasjon for eldre	2012
6. Jordmortjenesten, samorganisert, men lokal tjeneste	2010/2011
7. Kommunelege(forebyggende helse, smittevern)	2011
8. Miljørettet helsevern med yrkeshygieniker	2011
9. Desentralisert modell av BUP, dreining mot forebyggende helse, Samorganisert, men ikke nødvendigvis samlokalisert	2011
10. Voksenpsykiatrien som i dag holder til i Kongens gata, samorganisert – men ikke nødvendigvis samlokalisert	2011
11. Nye kommunale psykologhjempler, samorganisert – men ikke nødvendigvis samlokalisert	2011
12. Treningsleilighet	2010

Samhandlingsreformen vil etter hvert gi sterkere føringer på hvilke ytterligere tjenester som ønskes overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Prosjektgruppa forslår enstemmig at de ønsker følgende tjenester som kommunenes "fyrtårn" for satsing interkommunalt mellom de 5 kommunene:

1. Kompetansesenter for ansatte i alle deltakerkommunene
2. Lærings og mestringssenteret for pasienter
3. Folkehelsesenter
4. Samhandling med ambulante team fra spesialisthelsetjenesten eller ambulante fagteam fra kommunal helsetjeneste(helsestasjon for eldre?)

Det er store forventninger til kompetansesenteret for ansatte ved DMS, kompetansesenter for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, samt muligheten for praktisk hospitering på DMS for kommunalt ansatte i alle kommuner. Dette vil styrke fagtjenestene og holde små tjenester å jour med moderne behandlingsprinsipper, både i teori og praksis. Fagnettverk er det store stikkordet for kommunene. Dette å ha et fora for å utveksle erfaringer, vurderinger og diskutere vanskelige dilemmaer og nyere utviklingstrekk er viktig for rekruttering i småkommuner og for å kunne beholde dyktige helsepersonell i fremtiden.

Vi ser også for oss bruk av telemedisin og videokonferanse i denne satsingen. Dette for å spre kompetanse og redusere reisetid, så ansatte kan bruke mest mulig tilmålt tid ute i felten blant pasientene i kommunene.

Det har kommet signaler om at Samhandlingsreformen ønsker å opprette lærings og mestringssenter for pasienter ute i kommunene. Her tenkes det vel mer en overføring av ansvar for lærings og mestringssentrene til kommunene. For å få det til, så anbefales det at flere kommuner går sammen om denne oppgaven. Det ønskes en mer dreining av opplæringen på sentrene til forebyggende opplæring av pasienter, så vel som opplæring etter skader/sykdommer. For pasientene blir dette kjærkomment. De får opplæring lokalt og slipper å reise så mye.

De som jobber med helsereformen har også gitt klare signal om at den forebyggende siden må mye mer på banen. Det er samfunnsøkonomisk billigere å reparere enn å behandle. Og for pasientene

utgjør det en stor forskjell på livskvalitet å kunne forebygge fremfor å få sykdom. Dette er et av satsingsområdene arbeidsgruppen ser med glede på å få på plass.

Og det å få spesialisthelsetjenestens ambulante team ut til brukerne, i samhandling med kommunehelsetjenestene er også et ønsket satsingsområde i alle kommunene.

Jordmortjenesten:

4 av 5 kommuner kjøper i dag jordmorressurs fra Helse Nord-Trøndelag. Snåsa har kommunalt ansatt jordmor. Den jordmora har mye følgetjeneste av gravide til sykehus, og ønsker å beholde tjenesten som den er i dag, som en del av lokalberedskapen. DMS kan fortsette å kjøpe tjenesten fra Helse NT selv om tjenesten er organisert under DMS. Dette for å beholde fagnettverket av jordmødre opp mot spesialisthelsetjenesten. Men ordningen kan bli noe tungvint administrasjon. Må her, i samhandling med aktuelle jordmødre vurdere virksomhetsoverdragelse og ansettes i DMS.

Kommuneoverlegestillingen

Stillingen ønskes samorganisert med DMS. Kommunene ønsker en kommuneoverlegestilling som en sterk samhandlingspillar i folkehelsesenteret. Det er pr i dag tatt et politisk initiativ i INVEST kommunene om felles kommuneoverlegestilling i 100 %. Stillingen er ennå ikke utlyst, og vi har derfor heller ingen søkere. Prosjektgruppa mener at ressursen er alt for liten i forhold til de oppgavene som er per i dag og de oppgavene som tenkes lagt til kommuneoverlegestillingen ved reformen. Signalene tilsier at kommuneoverlegen skal være motor i forebyggende helsetjeneste i kommunene. Ressursen bør bli det dobbelt. Samfunnsmedisinske legekompentanse ønskes til denne stillingen, men god kompetanse innen forebygging, engasjement og egnethet er viktigste faktor for denne stillingen. Det er føringer i Samhandlingsreformen som tilsier at ansvar for offentlig legearbeid skal legges under kommuneoverlegen. Det vil si legeoppgaver innenfor helsestasjon, skolehelsetjeneste, tilsynsleger, veileder turnusleger.

Miljørettet helsevern

4 kommuner kjøper i dag tjenester innen miljørettet helsevern fra PreBio. Samhandlingen med yrkeshygieniker derfra er god. Inderøy kjøper tjenesten fra Innherred HMS og er fornøyd med det. Alle avtalene har oppsigelsestid. Ved samorganisering bør det vurderes om yrkeshygieniker skal ansettes i DMS, eller om kommunene samlet skal kjøpe tjenester fra samme leverandør. Stordriftsfordeler forventes.

Sannsynlig kommunal BUP

Det er kommet signaler fra Helsereformen om at BUP (barne- og ungdomspsykiatrien) bør få en desentralisert struktur og ved reformen sannsynligvis bli en kommunal oppgave. Tjenesten ønskes samorganisert for å få mer nærhet mellom tjenesten og kommunene. Trenger nødvendigvis ikke være samlokalisert. Men det er viktig at tjenesten er lokalisert der ungdommene er. F.eks i sentrum av Steinkjer og sentrum av Inderøy, der de store ungdomsskolene og videregående skolene ligger. Det er viktig at BUPP dreier behandlingen og satsingen mer over til forebyggende helse, for å spare

samfunnsutgifter og fungere forebyggende opp mot barnevern. Det tar tid for ungdom å reise. Mange av dem er mye borte fra skolen i dag, og de blir lett stigmatisert når de må reise til behandling så mye som trengs, og derfor dropper de også ut behandlingen for tidlig. Her er det viktig å komme inn tidlig. Også opp mot veiledning til foreldre, lærere, skoler/barnehager, og venner. Her haster det å satse. Og god samhandling med fastlegen må være en av pilarene. Prosjektgruppa mener at her brenner det og det må vurderes om kommunene i fellesskap kan søke om pilot på forhånd for å komme i gang med interkommunalt BUP kontor før 2012.

Den desentraliserte Voksenpsykiatrien

tilhørende spesialisthelsetjenesten er også naturlig at den legges organisatorisk under DMS for å få til god samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på det feltet også.

Kommunale psykologhjemler

Det er store behov for psykologhjemler i kommunene. Kommune venter med lengsel på at det skal opprettes kommunale psykologhjemler snarest mulig. Da er det viktig at de 5 kommunene søker samlet evt. på flere hjemler og at disse organisatorisk legges under DMS.

Treningsleilighet

Steinkjer kommunes rehabiliteringsenhet har en treningsleilighet i lokalene i nærheten til DMS. Småkommunene ønsker sambruk på denne leiligheten for personer som trenger opplæring i å bo og fungere i en leilighet før de skrives ut til egen leilighet. Denne tjenesten kan samorganiseres eller hver kommune kan kjøpe tid og tjenester i leiligheten fra Steinkjer kommune.

Kreftomsorgen, ergoterapitjenesten, fysioterapi, rehabilitering/habilitering, helsesøstertjenesten, tilsynslege/skole/helsestasjonslegevirksomheten ,inntaksteamene ønsker å ha fagnettverk med klar struktur, samorganisert i DMS, men ønsker at tjenestene i seg selv skal være kommunale. Vurdering om samorganisering må komme på et senere tidspunkt. Se vurdering og oversiktsplan.

Fagnettverk for følgende tjenester kan være organisert i DMS, men tjenestene styres lokalt som før.

- **Kreftomsorgen.** Mange små tjenester i hver kommune(0,2- 0,5 årsverk) Fagpersonene trenger tiden til pasientbehandling, vil ikke at tiden skal brukes til koordinering, reising og mange møter. Redd det kan bli dårligere tjeneste av det i alle kommuner.
- **Ergoterapi.** Kun fagnettverk er aktuelt. Organiseres fortsatt lokalt sammen med fysioterapeuter. Kan vurdere Samorganisering på sikt. Redd tjenesten kan bli redusert for pasientene hvis de er samorganisert og må sendes til andre kommuner som ikke har ergoterapeut i dag.
- **Inntaksteam.** Må være som i dag med inntaksteam i hver kommune. Kommunene har kompetansen på lokalforhold. Viktigere med tverrfaglig samarbeid i sin kommune. Koordinator i DMS må samarbeide med alle kommunene.

- **Fysioterapi:** Steinkjer har mange fysioterapeuter, de andre kommunene få. Store deler av tjenestene er privat næringsdrivende. De kan ikke tilpliktes offentlig arbeid. Kan samarbeide på systemnivå. Samme gjelder de kommunale fysioterapeutene. Vil bli stor motbør fra fagtjenestene hvis de samorganiseres nå. Fra 01.07.09 kommer det sentrale endringer for private fysioterapeuter, med mer kommunal styring for fysikalske institutt og behandling. Ok med nettverkssamarbeid med viss struktur. Kan vurdere Samorganisering på sikt.
- **Legevakt:** Ny landsomfattende organisering kommer i samme periode. Samorganisering er uaktuelt for Inderøy og Steinkjer. Vil bli stor motstand i faggruppene. Samorganisering vurderes ved omlegging av legevaktstjenesten i 2014-2015.
- I brev av 14.04.09 skriver enhetsleder og medisinsk faglig ansvarlig ved legevakta for Steinkjer, Verran og Snåsa følgende begrunnelse for at legevakta ikke bør samlokaliseres med DMS.
 - "Legevaktas primære oppgave er å betjene akuttmedisin og beredskap. De viktigste samarbeidspartnere vil da være ambulansetjeneste, brannvesen og politi. Nærhet til disse vil da være viktig.
 - Nåværende lokalisering på en akse som går gjennom Steinkjer gjør felles utrykning med ambulanse mulig slik at lege og ambulanspersonell kan arbeide sammen i et lokalt akuttmedisinsk team.
 - Lokalisering sammen med brannvesen gir en betydelig trygghet for sykepleierne og en forebyggende effekt i forhold til uro og utagering ved Legevakta.
 - Lov om helsemessig og sosial beredskap (juni 2000) pålegger kommuner ansvar for planverk, kompetanse og materiell for å kunne håndtere også ekstraordinære hendelser. Dette medfører behov for å kunne utvide behandlingsskapiteten betydelig i en gitt situasjon. Man må da ha tilgang på lokaler og materiell. Legevakten har i den sammenheng ervervet en del beredskapsmateriell som krever lagringsplass og god tilgjengelighet. Disse hensyn er godt ivaretatt i lokalene ved brannstasjonen. En vil spesielt understreke at gymnastikksal og vognhall kan ha viktige funksjoner ved masseskadesituasjoner. Utbygging av tilstrekkelig reservekapasitet mht. lokaler og lagringsplass vil bli svært kostnadskrevende ved en ny lokalisering. Det er større behov for slik reservekapasitet i en kommune som ikke har sykehus. Legevakta har eget nødstrømaggregat som kan forsyne legevaktslokalene med strøm.

En har nylig drøftet på nytt med sykepleiere og leger tanken om evt. flytting av Legevakta til et DMS. De samme argumenter gjøres igjen gjeldende, og det er i begge yrkesgrupper en klar motstand mot flytting. En vil derfor tilrå at Legevakta blir i nåværende lokaler og ikke pålegges nye oppgaver i forbindelse med oppretting av DMS i Steinkjer."

Samlokalisering av legevakt legges ikke som en forutsetning i den nye Helse reformen. En legevakt 5 – 10 minutter unna mener ekspertene er helt ok. Erfaringer fra DMS Stjørdal tilsier at legevakta ikke brukes i større omfang enn til et vanlig sykehjem. Legevakt trenger 410 kvm med lokaler. Det har ikke Egge Helsetun rom for.

Kommunelegen i Inderøy med legegruppen bak seg melder også om stor motstand i faggruppen til annen organisering og flytting av legevakta i Inderøy til Steinkjer.

Sentrale myndigheter vurderer i disse dager en reform innen legevaksorganisering og tjenesteutøvelse. Føringer i den vil bli lagt frem om ett års tid. Annen samorganisering avventes derfor vurdert til omlegging av legevaktstjenestene er klarert i forhold til endringer.

- **Tilsynslegefunksjonen/offentlig legearbeid på sykehjem, helsestasjon/skolehelsetjeneste og flyktningetjeneste**
- Nærmere redegjørelser i helsereformen vil si mer om disse tjenestene ved reformen blir underlagt kommuneoverlegens ansvar. Viktig med lokal tjeneste.
- Foreslått stillingsressurs til kommuneoverlege er for liten til å ta høyde for at interkommunalt offentlig legearbeid skal bli lagt under foreslått kommuneoverlegestilling.
- I dag kan fastlegene bare tilpliktes 7,5 t pr uke til offentlig legearbeid. Dårlig kommunal økonomi gjør at denne ressursen ikke kan nyttes fullt ut. Det gir mange små stillinger og mange leger ved hvert sykehjem. Kommunene ønsker seg helstillinger på sykehjemmene for å få bedre tjenester til brukerne.(eller deltidsstillinger med mulighet for spesialisering i spesialisthelsetjenesten)Må være lege som er interessert i geriatri. Kan ikke tilpliktes. Samme gjelder ansvarspulverisering mellom fastlege og beboere på eldresentre. Alle beboere på samme eldresenter burde hatt samme lege . I dag er dette fastlegenes ansvar. Kan bli mange fastleger til beboere på eldresentra. Mye organisering for pleiepersonalet ; Ikke god modell
- Ønske om samarbeid med faste kommunalt tilsatte leger i nettverk, for å få robuste enheter, på tvers av kommunegrenser. Må da være kommunalt ansatte leger med stor stillingsressurs. Ønskes ved reformen i 2012.
- **Rusområdet.** Det ønskes også fagnettverk innen rusområdet. Et viktig satsingsområde der det skjer mye utvikling sentralt og lokalt. Viktig med felles møteplass for denne gruppa
- **Ønske om at DMS har kompetanseregister for spesielle og sjeldne sykdommer i hver kommune:**(Eks.vis: Inderøy er god på Huntington sykdom. Får en kommune en pasient med den sykdommen, kan kompetanseregisteret søkes for å finne ut hvilken kommune en kan få råd og kompetanse hos)

Generelle betraktninger rundt lokalitet Egge Helsetun:

Hvis Egge blir lokalisasjon for DMS Inn-Trøndelag, vil de kommunale tjenestene ha behov for 2 kontor a 12-15 kvm og en ventesone. Når helsestasjon for eldre blir opprettet i Steinkjer, trenger de ett kontor 1 dag pr uke. Lokaler som tenkes brukt til helsestasjon for barn, kan eventuelt leies den aktuelle dagen. Kommunene ønsker denne tjenesten lokalt i sin kommune og med rombehov der, gjerne i samme lokaler som sin egen helsestasjon.

Vedtak i delprosjekt Kommnehelse:

Flertallet i prosjektgruppa gikk inn for at revidert oppsett pr 07.05.09 over kommunale tjenester som kan samorganiseres i DMS, blir fremlagt som gruppas samlede fremlegg til styringsgruppa den

18.05.09. Et mindretall ønsket ikke Samorganisering av enkelte tjenester, og et mindretall ønsket ytterligere samlokalisering av tjenester.

Laila Steinmo og Trond Waldal er ansvarlig for at det utarbeides kostnadsoverslag for nye arealer, administrativ organisering og bistand til de kommunale oppgavene som foreslås samorganisert i DMS, til 26.05.09.

Vedtak:

1. Styringsgruppa tar fremlagt anbefaling fra delprosjekt Kommnehelse, angående kommunale tjenester som kan samorganiseres med DMS, til orientering.
2. Styringsgruppa ber delprosjekt Kommnehelse komme med estimert kostnadsoverslag til neste styringsgruppemøte.