

# Midtre Namdal Samkommune

## Pilotprosjekt med bakgrunn i samhandlingsreformen 2009-2010

### Rapportdel

---

*Vedtatt i arbeidsutvalget 20. januar 2010.*

## 1 Sammenfatning

### 1.1 Kapittel 2 Kommunestruktur, demografi og utfordringer

Dette kapitlet omfatter en beskrivelse av tjenesteytelsene innen helse og omsorg i dag samt de utfordringene et antall ansatte opplever i forhold til en optimal ordning. Dette sees i sammenheng med framtidens forventede utfordringer. De fleste opplever dagens tilbud stort sett tilfredsstillende både når det gjelder volum av tjenesteytere og kvaliteten på tjenesten. Det pekes imidlertid på enkelte utfordringer som kommunikasjonsløsninger mellom de ulike aktørene, etablering av samarbeidsfora, og redskaper som muliggjør en bedre oversikt og mulighet til styring av tjenestene. Små kommuner opplever utfordringer når det gjelder å utnytte spesialisert kompetanse. I tillegg utgjør et stort antall deltidsstillinger utfordringer innen rekruttering og stabilitet i stillingene.

### 1.2 Kapittel 3: Samhandlingsreformen

Her beskrives de sentrale føringene som er gitt gjennom stortingsmeldingen med de hovedutfordringene som framtidens helsetjeneste står overfor. I tillegg beskrives de hovedgrep som den nasjonale arbeidsgruppen beskriver for å kunne gi et godt framtidig helsetilbud. Det legges vekt på å beskrive et bedre og tydelig pasientforløp. Kommunene må utføre flere oppgaver gjennom nytt avtaleverk. Ordningen skal stimuleres av økonomiske insentiver. Helseforetakene skal utføre spesialiserte helseoppgaver. Det må utarbeides ny nasjonal helseplan.

### 1.3 Kapittel 4: Samkommuneforsøket, politisk forankring av piloten

Midtre Namdal samkommune er godkjent som forsøksordning fram til 2013 med mulighet til forlengelse i 2 år. Helsepiloten som er en helhetlig gjennomgang av alle helsetjenestene kobles opp til dette forsøket. Pasientforløpet med klargjøring av pasientansvar er klart beskrevet i et tolinjenivå. Spesialiserte helsetjenester tilbys av 2. linjetjenesten. Kommunal helsetjeneste tilbys i hver enkelt kommune eller som en samarbeidsløsning i samkommunen for de mer komplekse oppgavene. Satsingsområdene i piloten vil være regional helseplanlegging i samarbeid med foretaket, forsterket sykeheimsløsning som alternativ til sykehusinnleggelse, styrking av legetjenesten i kommunene, styrket helsetjeneste til utsatte grupper, økt satsing på samfunnsmedisin og forebyggende helsearbeid.

### 1.4 Kapittel 5: kommunale helsetjenester

Begrepet sykeheim tas ut og erstattes med helsehus. Basistilbud som hvert enkelt helsehus skal tilby defineres. Tilsynslegefunksjonen styrkes gjennom etablering av nye tilsynslegefunksjoner i samarbeid med helseforetaket. Det arbeides for å utvikle ny legespesialitet – spesialist i (sykeheimsmedisin)

kommunal geriatri. Hvert helsehus oppretter et antall akuttsenger for å ivareta en kommunal øyeblikkelig hjelpfunksjon som alternativ til innleggelse i sykehus.

Det tas initiativ til å opprette nye funksjoner som pasientkoordinator som vil være et bindeledd mellom foretak og hjemmetjenestene. For brukere med komplekse behov legges det til rette for etablering av primærsykepleiere. Den kommunale psykiaritjenesten inkludert POSOM-tjensten skal fortsatt organiseres i hver kommune, mens tilbudet til rusmisbrukere bør organiseres i samkommunens regi. Samkommunen må opprette stilling for kommunepsykolog med fokus på forebyggende arbeid.

Arbeidsutvalget er enig om et ønske om å finne en samarbeidsform som styrker rehabiliteringstjenesten. Arbeidsutvalget vil verne om Namdal Rehabilitering IKS. Skillet mellom spesialisert og kommunal rehabilitering bør oppheves. Rehabiliteringsinstitusjoner var tidligere definert som spesialiserte tjenester. Arbeidsutvalget foreslår et eget inntakskontor eller ressurs i Midtre Namdal samkommune for vurderinger av rehabiliteringstjenester. Denne bør imidlertid omfatte hele Namdal (pga eierstrukturen). Finansieringsløsninger av en slik modell må avklares.

## **1.5 Kapittel 6: Samkommunale tjenester**

Utvalget ser at nye krav og forventninger til den kommunale helsetjenesten kan medføre at økte oppgaver til kommunene ikke kan løses i den enkelte kommune alene, men som en felles løsning. Arbeidsutvalget tilrår at en i første omgang prøver ut akutt plasser på de lokale helsehus som en prøveordning på hva den enkelte kommune eller institusjon er i stand til å klare med nye forventninger og krav. Fra 2012 etableres det en forsterket samkommunal avdeling på 15 senger som er lokalisert nært helseforetaket. Forsterket avdeling forventes finansiert gjennom friske eksterne midler

Regionen har lang erfaring med samarbeidsløsninger innen legevaksarbeidet. Samarbeidet fortsetter. Tilbudet med observasjonspost (4 senger) i mottakelsen foreslås videreført i en formalisert samarbeidsavtale. Tilbudet gjelder pasienter hvor sykdomstilstanden må avklares nærmere før en vurderer hjemsendelse eller innleggelse i foretaket. Tilbudet gjelder pasienter i alle aldre. Pasienter som planlegges lagt på observasjonspost henvises til 2. linjetjenesten.

Fastlegeordningen foreslås organisert i samkommunen med nåværende lokaliseringer av legepraksiser. Samkommunen tilstreber listelengder på inntil 1200 på fulltids praksis. Kommunen forplikter fastlegene gjennom sin styringsmulighet til offentlig helsearbeid deltagelse i tverrfaglige møter. Arbeidsutvalget foreslår at det opprettes et forum mellom legene på tvers av nivå.

Lærings og mestringsfunksjoner blir samkommunale. Tilbud til spesielt ressurskrevende sykdomsgrupper ivaretas samkommunalt gjennom spesialisert helsepersonell – ambulerende tjenester.

## **1.6 Kapittel 7: Kommunikasjons-, kvalitets- og internkontrolløsninger**

Utvalget ser at nye krav og forventninger til den kommunale helsetjenesten vil medføre et behov for satsning på elektroniske hjelpemidler.

Det vil ha en stor effektiviseringsgevinst at kommunikasjon kan overføres til elektroniske medier. Dette vil spare arbeidstrinn i saksbehandlingen og føre til at viktig dokumentasjon kommer hurtigere til mottaker og visa versa. Elektroniske medier gir mulighet for at de ulike aktørene som skal samhandle, i større grad kan samhandle i nåtid, uten å måtte flytte seg geografisk for å delta i møter, reise etc.

Det er også et behov for en betydelig satsning på oppgradering og opplæring av personell innen helsesektoren slik at de blir i stand til å nyttegjøre seg eksisterende og nye elektroniske verktøy.

Utvalget ser et klart behov for mer strukturert arbeid med oppfølging av lovverk og forskrifter knyttet til kvalitet og internkontroll. Ikke bare for å dokumentere dette ovenfor tilsynsmyndigheter, men for å få til

en positiv utvikling av tjenestene ovenfor publikum med hensyn til kvalitetsstandarder og pasient / brukersikkerhet.

Utvalget anbefaler at det legges inn en bevisst og betydelig satsning i forhold til å ta i bruk elektroniske hjelpemidler i samkommunen, og at det igangsettes et arbeid på samkommunenivå med å samordne dokumentasjon, drift og oppfølging knyttet til kvalitet og internkontrollarbeid. Dette arbeidet må ha som mål å få til en kontinuerlig forbedring / utvikling av tjenestene.

## Innhold

1	Sammenfatning.....	1
1.1	Kapittel 2 Kommunestruktur, demografi og utfordringer.....	1
1.2	Kapittel 3: Samhandlingsreformen.....	1
1.3	Kapittel 4: Samkommuneforsøket, politisk forankring av piloten.....	1
1.4	Kapittel 5: kommunale helsetjenester.....	1
1.5	Kapittel 6: Samkommunale tjenester.....	2
1.6	Kapittel 7: Kommunikasjons-, kvalitets- og internkontrolløsninger.....	2
2	Midtre Namdal 2009. Kommunestruktur, demografi, organisering, samarbeidsarenaer, utfordringer.....	7
2.1	Bakgrunn.....	7
2.2	Dagens organisering av helse og omsorgstjenestene.....	8
2.2.1	Tildeling av kommunale omsorgstjenester.....	8
2.2.2	Helseinstitusjoner.....	8
2.2.3	Hjemmetjenester.....	8
2.2.4	Fastleger / tilsynsleger.....	9
2.2.5	Helsestasjon, skolehelsetjeneste og jordmortjeneste.....	9
2.2.6	Fysio- og ergoterapitjenesten.....	10
2.2.7	Kommuneoverlege Midtre Namdal samkommune/ primærforebyggende aktiviteter.....	10
2.2.8	Helsetjenester for asylsøkere.....	10
2.2.9	Spesialkompetanse som finnes i samkommunen.....	10
2.2.10	Helsefremmende og forebyggende aktiviteter.....	10
2.3	Eksisterende samhandling.....	10
2.3.1	Intern samhandling i kommunene.....	10
2.3.2	Samhandling mellom kommunene.....	10
2.3.3	Samhandling mellom den enkelte kommune og helseforetaket.....	11
2.3.4	Samhandling i forhold til andre eksterne aktører.....	11
2.4	Hvordan opplever dagens aktører helsetjenesten i Midtre Namdal?.....	11
2.4.1	Innledning.....	11
2.4.2	Hovedinntrykk.....	11
2.4.3	Kompetanse.....	12
2.4.4	Rekruttering.....	13
2.4.5	Brukere som utfordrer kommuneressursene.....	13
2.4.6	Samhandling.....	13
2.4.7	IKT.....	14
2.4.8	Tilleggsliste over planer anbefalt på samkommunenivå.....	14
3	Samhandlingsreformen. Nasjonale utfordringer og sentrale føringer av betydning for samhandlingspiloten.....	15
3.1	St. meld. 47 beskriver tre store framtidige hovedutfordringer:.....	15
3.1.1	Fragmenterte tjenester.....	15
3.1.2	Manglende innsats for begrenning og forebygging av sykdom.....	15
3.1.3	Demografi, framtidige helseutfordringer.....	15
3.2	Samhandlingsreformens hovedgrep.....	16
4	Pilotprosjektet i Midtre Namdal – politisk plattform, modellbeskrivelse.....	17
4.1	Bakgrunn.....	17
4.2	Behov for helhetlig kommunehelsereform.....	18
4.3	Framtidig oppgavefordeling og styringsmodell.....	18
4.4	Samkommunen = Helhetlig samarbeidsløsning med utviklingsmuligheter.....	19
4.5	Organisering av arbeidet.....	19
5	Tjenestetilbud på kommunalt nivå.....	21
5.1	Institusjoner for heldøgns pleie og omsorg.....	21
5.1.1	Dagens tilbud.....	21
5.1.2	Basale tjenester.....	22

5.1.3	Tilsynslegefunksjonen.....	22
5.2	Forvaltning av framtidens økte behov .....	23
5.2.1	Akutt plass i helsehus.....	23
5.2.2	Kriterier for bruk av akutt plass ved hvert helsehus .....	23
5.2.3	Bemanning ved akutt plassene i samkommunen .....	23
5.2.4	Kvalitetsheving av tjenesten - herunder rekrutteringsutfordringer.....	24
5.2.1	Arbeidsutvalgets vurdering og anbefaling.....	24
5.3	Hjemmebasert omsorg – herunder heldøgns botilbud .....	24
5.3.1	Basisoppgaver i hjemmesykepleien.....	25
5.3.2	Forbedringsområder for hjemmesykepleien .....	25
5.3.3	Tjenesteområdet for funksjonshemmede .....	25
5.3.4	Kommunal rus- og psykisk helsetjeneste.....	26
5.3.5	Arbeidsutvalgets vurderinger og forslag - hjemmebaserte tjenester.....	26
5.4	Legetjenesten i kommunene - Fastlegeordningen i samkommunen.....	26
5.4.1	Utfordringer innen fastlegeordningen. ....	27
5.4.2	Fastlegeordningen på samkommune nivå.....	27
5.5	Offentlige legeoppgaver i samkommunen:.....	28
5.5.1	Samhandlingsmeldingens forslag til offentlige legeoppgaver:.....	28
5.5.2	Samkommunen – framtidig utnyttelse av kapasitet til offentlige legeoppgaver .....	28
5.5.3	Kvalitetsforbedrende tiltak i allmennlegetjenesten .....	29
5.5.4	Arbeidsutvalgets vurderinger og anbefalinger – Fastlegeordningen.....	29
5.6	Rehabiliteringstjenesten – herunder fysio- og ergoterapitjenesten.....	29
5.6.1	Mulige modeller for kompleks rehabilitering .....	29
5.6.2	Hjelpemiddelformidling som del av rehabilitering .....	30
5.6.3	Arbeidsutvalgets vurdering og anbefaling - Rehabiliteringstjenesten.....	31
6	Samkommunale helsetjenester.....	32
6.1	Organisasjonsmodell samkommunale helsetjenester – ”Helsehuset i Midtre Namdal samkommune” .....	32
6.2	Administrative funksjoner.....	32
6.2.1	Helsesjefens stabsfunksjoner .....	33
6.3	Framtidig oppbygging av forsterket sykeheimsavdeling (2012) .....	33
6.3.1	Grunnlagsdata.....	33
6.3.2	Samarbeidsavtale mellom samkommunen og helseforetaket.....	34
6.3.3	Lokalisering.....	34
6.3.4	Innhold i en felles forsterket enhet: .....	34
6.3.5	Krav til faglige og økonomiske ressurser .....	35
6.3.6	Bemannings og rekrutterings spørsmål .....	35
6.3.7	Kriterier for felles enhet: .....	35
6.3.8	Krav til faglige og økonomiske ressurser .....	36
6.3.9	Arbeidsutvalgets vurdering og anbefaling .....	36
6.4	Prehospital akuttfunksjoner.....	36
6.4.1	Interkommunal legevakt (Legevakten i Midtre-Namdalen/LINA – Legevaktordningen i Namdalen).....	36
6.4.2	Observasjonspost.....	36
6.4.3	Ambulansetjenesten .....	37
6.4.4	Legevakslegene .....	37
6.4.5	Utfordringer med dagens legevaksordninger .....	37
6.4.6	Kommunikasjonsløsninger.....	38
6.4.7	Lokalisering av legevaksstasjonen.....	38
6.4.8	Arbeidsutvalgets vurdering og anbefaling - Legevaksordningene .....	38
6.5	Læring og mestring (LMS) .....	38
6.5.1	Endring og innhold i LMS .....	38

6.5.2	Ambulerende tjenester .....	39
6.5.3	Helsestasjon for eldre (sekundærforebyggende tiltak).....	40
6.5.4	Arbeidsutvalgets vurderinger og forslag .....	40
6.6	Helsestasjon og skolehelsetjenesten .....	40
7	Kommunikasjons-, kvalitets- og internkontrolløsninger .....	42
7.1	Elektronisk samhandling .....	42
7.1.1	Generelle betraktninger: .....	42
7.1.2	Status og anbefalinger for IKT i samkommunen.....	42
7.1.3	Arbeidsutvalgets vurdering og anbefaling.....	43
7.2	Kvalitet og internkontroll .....	44
7.2.1	Internkontroll .....	44
7.2.2	Hva er status i Midtre Namdal vedrørende kvalitetsarbeid .....	45
7.2.3	Arbeidsutvalgets vurderinger og anbefalinger .....	45
8	Økonomiske og juridiske vurderinger av helsepiloten.....	46
9	Informasjon.....	46
10	Evaluerings.....	46
11	Vedlegg 1 .....	47

## 2 Midtre Namdal 2009. Kommunestruktur, demografi, organisering, samarbeidsarenaer, utfordringer.

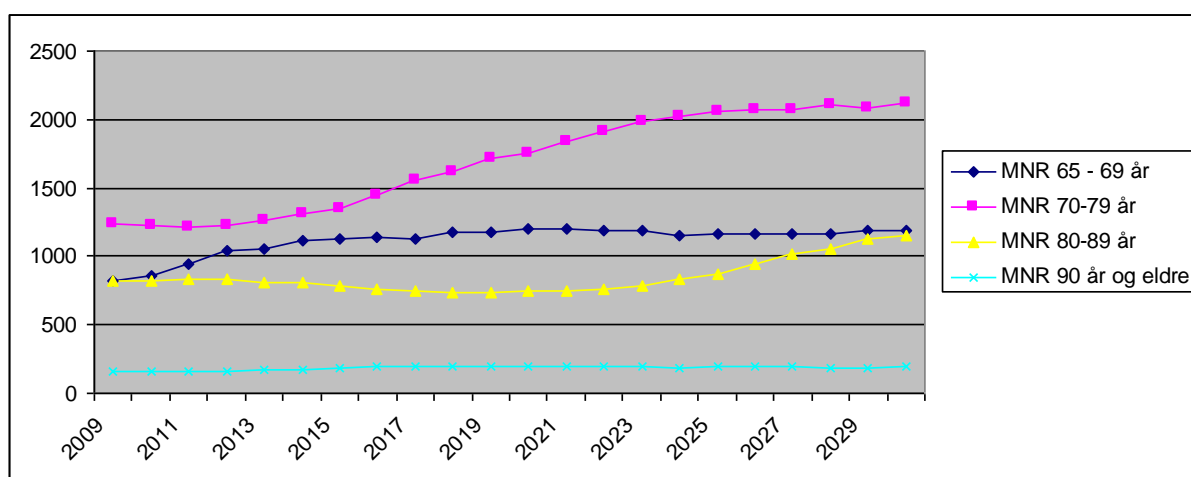
### 2.1 Bakgrunn



Fosnes	680 innbyggere
Namdalseid	1720 innbyggere
Overhalla	3562 innbyggere
Namsos	12723 innbyggere

Kommunene Overhalla, Namsos, Fosnes og Namdalseid gjennomfører et forsøk med felles samkommune for regionen. Som en del av dette, og i tilknytning til regjeringens melding om samhandling innen helse- og omsorgssektoren vedtok kommunene å utarbeide et pilotprosjekt for å beskrive den framtidige organiseringen av helse- og omsorgaktivitetene i samkommunen.

*Befolkningsoversikt i Midtre Namdal samkommune (MNR= region), laget av framskrivinger fra SSB i antall innbyggere fordelt på alder over 65 år.*



## 2.2 Dagens organisering av helse og omsorgstjenestene

Organiseringen av tjenestene er ulik i de 4 kommunene. Overhalla, Namdalseid og Fosnes er 3 mindre kommuner, med en enklere helse- og sosialorganisasjon hvor personellressursene brukes på tvers og mer etter behov. Namsos har en helse- og sosialorganisasjon med mange horisontale og vertikale nivå, med mange ulike typer tilbud ut i fra sin størrelse.

### 2.2.1 Tildeling av kommunale omsorgstjenester

Omsorgstjenester tildeles og vedtak fattes i alle de 4 kommunene. Myndigheten til å fatte vedtak er plassert organisatorisk ulikt i kommunene. I 3 av de 4 kommunene er det ansatt en saksbehandler i deltidsstilling for å ivareta tildelingsfunksjonen. Namsos har et eget kontor med flere medarbeidere.

### 2.2.2 Helseinstitusjoner

Helseinstitusjoner gir tjenester til brukergrupper som har behov for heldøgns omsorg på et tjenestenivå, eller i et omfang, som tilsier at tjenesten må gis i institusjon. Brukergruppen er hovedsakelig eldre mennesker.

	Namsos sykeheim	Svingen (Namsos)	Overhalla sykeheim	Fosnes (alle)	Namdalseid sykeheim
antall korttids/ rehabiliteringsplasser	8	0	6	17 totalt	4
antall avlastningsplasser	4	0			0
Dagtilbud	10	0	0		
Antall langtidsplasser	74	2	33		17
sykepleier	41,8	0	17	6,8	6,67
helsefagarbeider / hjelpepleier /andre	35,9	2,81	15	8,5	10,9
Lege	0,69	1t/uke	0,2	0,15	0,2
fysioterapeut	0	0	0	0	0,16
Aktivitør	1,5	0	1,4	0,4 (vakant)	0,8
Vernepleier	2,75	5,16	1,0	0,5	0
Assistent	0,86	0,45	0	1,6	0,9
Kokk	5	0	5,79	1,5	2,67
kjøkkenassistent	5,2	0		0,5	0
Vaskeritjeneste	1	0	0	0,5	1,0
Merkantil / administrativ	3	0,6	1,0	1,0	2,0

### 2.2.3 Hjemmetjenester

#### 2.2.3.1 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie kan gis til alle som bor eller oppholder seg i en kommune, og som fyller vilkår etter lov om helsetjeneste i kommunen § § 1-3 og 2-1. Den største brukergruppen er eldre. Innholdet i tjenesten "helse og omsorg" er ikke klart definert. Dette kan føre til et misforhold mellom det som mottaker tror at de kan motta av ulike tjenester og de tjenestene som utøves. Sett i forhold til innbyggertallet i kommunene er antall omsorgsboliger svært forskjellig. Det er ulik organisering i forhold til tilsyn med omsorgsboliger på natt.

Hjemmesykepleien i Fosnes har oppmøte på sykeheimen og arbeidsoppgavene i utetjenesten fordeles daglig blant ansatte. I Namsos er hjemmesykepleien organisert ut i fra 4 bo- og servicesenter, og dekker både bo- og servicesentrene og utetjenesten. I Overhalla er utetjenesten organisert i en enhet som drar ut i fra kommunesentrumet og dekker hele kommunen. Organiseringen av tjenesten i Namdalseid er delt i 2 geografiske uteområder, som har utgangspunkt i kommunens eldrebolig og sykeheim. Det er egen nattpatrolje i Overhalla, Namdalseid og Namsos, i Fosnes rykker den ene nattvakta på sykeheimen ut ved behov.

#### 2.2.3.2 Tjenesten for funksjonshemmede

gir tjenester til brukergruppen utviklingshemmede med ulike diagnoser, samt psykiske lidelser. Brukere finnes i alle aldersgrupper. Namsos, Namdalseid og Overhalla har egne enheter/bofelleskap hvor tjenester innenfor området tilbys, mens Fosnes i større grad bruker felles ressurser til å løse

oppgaver innen tjenesteområdet alt etter behov. Tjenesten ytes i stor grad innen bofellesskap, men det ytes også bistand i private hjem.

### 2.2.3.3 Rus – og psykisk helsetjeneste (over 18 år)

Innenfor området rus og – psykisk helsetjeneste ivaretas brukere som har rusproblemer eller psykiske lidelser i ulike grader av kort eller lang varighet.

- Botilbud. I dag er det tilbud om omsorgsbolig for denne brukergruppen i Namdalseid og Namsos. Fosnes og Overhalla har tilbud i allerede eksisterende enheter ved behov. Overhalla har en stor brukergruppe sett i forhold til befolkningsgrunnlag. Namsos har egen ettervernsbolig for mennesker med rusrelaterte problemer, samt bofellesskap for mennesker med psykiske problemer, men med et mer spesielt behov for oppfølging.
- Dagsenter for mennesker med psykiske problemer. I Namsos, Overhalla og Namdalseid finnes det dagtilbud for brukergruppen innen psykisk helsetjeneste. Fosnes har ikke et slikt tilbud.
- Psykisk helsetjeneste disponerer kommunale boliger for mennesker med psykiske – og/eller rusproblemer.

### 2.2.3.4 Praktisk bistand

Praktisk bistand vil si nødvendig praktisk hjelp i hjemmet til dagliglivets gjøremål. Praktisk bistand gis til de som ikke klarer å ha daglig omsorg for seg selv eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål. Tjenesten gis hovedsakelig innenfor brukergruppen eldre.

I noen tilfeller ytes praktisk bistand gjennom brukerstyrt personlig assistent (BPA)

### 2.2.4 Fastleger / tilsynsleger

I 3 av kommunene har kommunene driftsavtale med fastlegene.

- Namsos (10 stk) ved 3 legekantor + 1 turnuslege
- Overhalla (2) + 1 turnuslege
- Fosnes (1)
- Namdalseid (2) kommunalt ansatte leger på fastlønn.

Namsos har et større antall fastlegepasienter enn befolkningsgrunnlaget skulle tilsi, mens Fosnes og Namdalseid har færre.

### 2.2.5 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og jordmortjeneste

		Namsos	Overhalla	Fosnes	Namdalseid
tall årsverk	ledende helsesøster	0,5	-	0,5	-
	helsesøster	7,3	2,85		1,0
	vernepleier	0,8	-	-	-
	lege	0,35	0,2 turnuslege	se 4.3	0,05
	assistent	0,5	0,4	-	-
	Merkantil / adm. ledelse	1,5		-	0,1
	Saksbehandler rådgiver	2	-	-	-
	Psykiatrisk sykepleier	1,0	1,2	-	0,2
	Jordmor MNR	1,0	0,2	0,1	0,1
	Driftskostnader i mill	6,957	0,948	0,295	0,763
Driftsinntekter i mill	3,216	0,049	0,038	0,032	

Helsestasjonen gir fortrinnsvis et tilbud til brukergruppen barn og ungdom fra 0-20 år gjennom skole – og helsesøster. I tillegg ytes tjenester til alle aldersgrupper som har behov for råd, veiledning eller bistand til forebyggende og helsefremmende tjenester.

Alle kommunene har et tilbud innen dette området lokalisert i kommunale helsestasjoner. Namsos og Overhalla har i tillegg til helsesøster en ressurs i form av psykiatrisk sykepleier innenfor helsestasjonen. Psykiatrisk sykepleier i helsesøsterstilling i Namsos jobber primært på Olav Duun v.g. skole. Jordmortjenester kjøpes inn fra helseforetaket og er felles ressurs for alle 4 kommuner.

#### **2.2.6 Fysio- og ergoterapitjenesten**

Alle kommunene, kan i ulik grad, tilby fysio- / ergoterapitjenester, med unntak av Fosnes kommune som ikke har egen ergoterapeut. Namsos har egen tjeneste for ergoterapi. Overhalla og Namsos har egen ressurs som arbeider med hjelpemidler, samme kommuner har også turnusfysioterapeut.

#### **2.2.7 Kommuneoverlege Midtre Namdal samkommune/ primærforebyggende aktiviteter**

De 4 samarbeidende kommunene, samt Flatanger kommune har en felles primærforebyggende ressurs i form av kommuneoverlegen i MNR, hvor tjenestene smittevernlege, folkehelsekoordinator og miljørettet helsevern er organisert.

#### **2.2.8 Helsetjenester for asylsøkere**

I dag er det asylmottak for voksne og barn i Namsos. Det er satt av en halv stilling helsesøsterressurs til tjenesten. I tillegg er det inngått avtale med lege om å ivareta nødvendig legetjeneste i tiden fra ankomst til mottaket til at fastlege er tildelt.

#### **2.2.9 Spesialkompetanse som finnes i samkommunen**

Utnyttelsesgraden av denne kompetansen er svært ulik. Det finnes ingen systematisk oversikt over eksisterende kompetanse. Denne oversikten gir utelukkende oversikt over personell med helsefaglig bakgrunn, og gir derfor ingen oversikt over hvilken kompetanse som besittes blant annet type personell, som eksempel assistenter, hjemmehjelpere etc.

#### **2.2.10 Helsefremmende og forebyggende aktiviteter**

- Helsefremmende og primærforebyggende aktiviteter blir beskrevet i folkehelseplanen for samkommunen. Folkehelsekoordinator har ansvar for dette arbeidet.
- Det er stor aktivitet på sekundærforebygging på flere tjenesteområder rundt om i kommunene, dette er mer detaljert beskrevet i vedlegg. Det skjer mye sekundærforebyggende helseaktivitet ovenfor flere grupper, herunder, barn / unge / ungdom / rus / psykisk helse, mens det ser ut til å være lavere forebyggende aktivitet ovenfor gruppen eldre.
- Det foregår for lite samhandling på tvers av helsefagområdene i samkommunen.

### **2.3 Eksisterende samhandling**

#### **2.3.1 Intern samhandling i kommunene**

Tabellene i vedlegg 1 viser en oversikt over intern samhandling mellom ulike kommunale helseområder i den enkelte kommune. Slik tabell i vedleggene kan fortolkes, ser det ut til at de ulike tjenesteområdene tar kontakt etter behov og bruker de samhandlingsarenaene som er nødvendige.

#### **2.3.2 Samhandling mellom kommunene**

- Enkelte aktiviteter for brukere innenfor hjemmebasert omsorg, som for eksempel arbeidssamvirket NAMAS, musikktilbud på Grotta og boccia.
- Legevaktsordningene
- Barnevern – kommunalt samarbeid.
- Stor grad av samhandling innenfor området psykisk helse, for eksempel BAPP – grupper, treff i psykisk helsetjenesten i Midtre Namdal x 4 pr år, dagsenter for psykisk helse
- Kommuneoverlegen i Midtre Namdal, inkludert folkehelsekoordinator, miljørettet helsevern og smittevernlege.

- Felles IKT-system på journalføring innenfor kommunale helsetjenester, fastlegene har tilgang til dette som tilsynsleger, ikke som fastleger.

Hovedinntrykket er at det er store forbedringsmuligheter når det gjelder samhandling mellom kommunene.

### 2.3.3 Samhandling mellom den enkelte kommune og helseforetaket

Samhandling mellom kommunene og helseforetaket skjer blant annet gjennom:

- Basisavtalen
- Dialog med saksbehandlere vedrørende overføring av brukere mellom 1. og 2.linjetjenesten
- Direkte kontakt mellom helseforetak og det kommunale hjelpeapparatet på hvert tjenestested for å sikre brukerens faglige oppfølging. Dette er en uformell kontakt vedrørende enkeltbrukere som er behovsstyrt.
- Jordmortjenesten.
- Rus – og psykisk helsetjeneste har jevnlig møter med psykiatrisk klinikk, inkludert BUP.
- BAPP-grupper er eksempel på samarbeidsprosjekt, hvor kommunene, interkommunalt i Namdalen, driver gruppene med opplæring og veiledning fra helseforetaket.
- Ambulante spesialisthelsetjenester, innenfor områder som geriatri, pediatri og psykiatri.
- Legevaktsordningene MNR og LINA.
- "Hopp og sprett" – prosjekt rettet mot barn med overvekt
- Tjenesten for funksjonshemmede samhandler om tannhelsetjeneste.
- St Olav Hospital

### 2.3.4 Samhandling i forhold til andre eksterne aktører

Samhandlingen varierer ut i fra ulike tjenesteområder, noen samhandler mer enn andre med eksterne aktører. Vi ser at flere tjenesteområder samhandler med ulike rehabiliteringsinstitusjoner, videregående og høgskoler, NAV, apotek, hjelpemiddelaktører, distriktstannklinikker, Habiliteringstjenester, samt ulike prosjekt.

## 2.4 Hvordan opplever dagens aktører helsetjenesten i Midtre Namdal?

Sammendrag av tilbakemeldinger gjennom spørreskjema, intervju og arbeidsgruppemøter

### 2.4.1 Innledning

Det har blitt gjennomført en spørreundersøkelse, med utdypning gjennom intervju av utvalgte personer for å få et bilde på opplevelsen av dagens drift og organisering. Spørreskjema ble sendt ut til ledere og utvalgte samarbeidspartnere på ulike nivå. Det ble sendt 79 spørreskjema, hvorav 27 svar kom inn. Det ble gjennomført 24 intervju.

### 2.4.2 Hovedinntrykk

Ansatte i våre 4 kommuner ser både styrker og svakheter ved dagens organisering og samhandling, også ved utnyttelsen av kompetanse og IKT. Notatet er en oppsummering av innspill som er kommet frem, vedrørende dagens organisering. Forslag til ny organisering og samhandling er lagt til søknaden om helsepilot. Kommunene har mange og godt kompetente medarbeidere som vil kunne bidra til en god basis for samkommunen. Det har gjennom denne prosessen kommet fram mange gode ideer og tanker om hvordan denne samhandlingen mellom kommunene og i mellom kommunene og helseforetak og andre aktører kan utvikles videre.

1 Overordnet oversikt over ressurser og kompetanse

Intervjuene gir et inntrykk av at det savnes en samlet oversikt på overordnet ledelsesnivå i kommunene over personellressurser og kompetanse. På enhet og avdelingsnivå finnes det oversikt over de ulike ressursene ut i fra lokalkunnskap, men dette styringsverktøyet mangler på overordnet nivå innen helseetatene i flere av kommunene. En sannsynlig årsak er manglende dataverktøy og programvare.

## 2 Manglende redskaper for å ivareta kvalitetsledelse og kontinuerlig forbedring

Det finnes en database over kvalitetsdokumenter. Systemet er relativt nyetablert i kommunene og er ennå ikke implementert på alle nivå i organisasjonene. Namsos har kommet lengst i å ta i bruk verktøyet. Holdning og kunnskap om verktøyet sees på som den største utfordringen.

## 3 Rus- og psykisk helsetjeneste

Opptrappingsplanen for psykisk helse har ført til at enhetene for rus- og psykisk helse samhandler mer på tvers av kommunene enn andre fagområder innen helsesektoren.

## 4 Dagens organisering

Beskrivelsen gjenspeiler områder ved dagens organisering i hovedtrekk med vekt på svakheter. Alle intervju og tilbakemeldinger er ikke gjengitt, men notatet beskriver et sammendrag av svakheter i organiseringen fordi disse danner grunnlag for forbedringsforslagene i selve pilotsøknaden. Noen eksempler på styrker ved dagens organisering er at tjenestetilbudet er nært bruker, ansatte har tilhørighet og lokalkunnskap i tillegg til god kompetanse om den enkelte bruker.

### 2.4.2.1 *Momenter med forbedringspotensial (innspill fra intervjuobjekter):*

- Ikke gode nok verktøy til mål, kvalitet og resultatorientering
- Samhandlingen med kommunene og legetjenesten / fastleger er ikke optimal.
- For dårlig utnyttelse av kapasitet ved enkelte sykeheimer
- Mange små stillingsprosenter gir lite kontinuitet og stabilitet
- Sårbar pga få ansatte på enkelte tjenesteområder i enkelte kommuner
- Liten utnyttelse av kompetanse internt i den enkelte kommune og i samkommunen.
- Misforhold mellom grunnbemanning og oppgaver i flere tjenester, herunder tilbud ved kompleks og omfattende rehabilitering.

### 2.4.3 **Kompetanse**

En styrke knyttet til kompetanse i samkommunen er at det finnes et etterutdanningsnettverk (EINA). I tillegg finnes flere felles ressurser på områder som krever spesialkompetanse som ellers ikke ville ha vært tilgjengelig for enkeltkommunene (som eksempel miljørettet helsevern, jordmor (pga rekrutteringsproblemer til små stillingsprosenter) og samfunnsmedisiner/smittevernlege).

#### 2.4.3.1 *Utfordringer ved utnyttelse av kompetanse:*

- Det er vanskelig å fristille spesialkompetanse da personalet ofte brukes i direkte pasientrettet arbeid i hele sin stilling
- Personalet har for lav kompetanse innen IKT til å utnytte verktøyene godt nok.
- Det er ikke tilstrekkelig kompetanse i samkommunen til å møte framtidens forventninger om tjenesteutførelse, herunder spesialkompetanse på KOLS
- Noen kommuner savner videreutdanningskompetanse innenfor ulike områder, mens andre har tilgang på denne.
- Vanskelig å bygge opp et godt fagmiljø i de minste kommunene for brukere med sammensatte behov for tjenester pga lite antall brukere.
- For dårlig kompetanseoverføring fra fagfolk fra helseforetaket ut i kommunene.

- Faglige kompetanseteam som ikke utnyttes godt nok, herunder demensteam.

#### 2.4.4 Rekruttering

Rekruttering i dagens kommuner har vært en utfordring når det gjelder spesielle fagområder, eksempelvis så er det problematisk å rekruttere tilstrekkelig med helsesøsterkompetanse. Kommunene har i noen tilfeller løst dette ved hjelp av samarbeid på tvers av kommunegrensene, eksempelvis jordmor hvor kommunene kjøper tjenester til samkommunen gjennom foretaket og miljørettet helsevern. Den store forekomsten av deltidsstillinger har negativ betydning for muligheten til nyrekruttering.

#### 2.4.5 Brukere som utfordrer kommuneressursene

Det pekes på utfordringer ved tjenestesteder hvor man jobber 1:1 eller 2:1 opp mot enkeltbrukere. Dette kan være urolige demente, alvorlige varige fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse.

- Pårørende er ingen brukergruppe, men det nevnes at samarbeid med pårørende kan være ressurskrevende i enkeltsaker.
- Hjemmesykepleien bruker i perioder mye ressurser på demens og kreftomsorg.
- Psykisk helsetjeneste påpeker at brukere med alvorlige psykiske lidelser er ressurskrevende. I tillegg nevnes en økning i rusomsorgen og vanskeligheter med å nå denne brukergruppen og lykkes med tiltak.
- Det oppleves i Namsos innen området helsestasjon at mye ressurser går til oppfølging av asylsøkere og flykninger. Det gjelder blant annet oppgaver som å skaffe tolketjeneste, generell sykdomsinformasjon, levesett, kost, oppfølging av smittevern og laboratoriekompetanse.
- Innenfor fysio – og ergoterapitjenesten er habilitering og rehabilitering av brukere med store og sammensatte funksjonsnedsettelse ressurskrevende.

#### 2.4.6 Samhandling

Det at det legges til rette for samhandling gjennom felles møtearenaer oppleves positivt. Uformell samhandling i forhold til enkeltbrukere når man har behov for tilleggsinformasjon oppgis å være god både internt i kommunene og eksternt. Samtidig ønsker man enklere tilgjengelighet til hverandres tjenester og i noen tilfeller en større formalisering av samhandlingen enn dagens praksis innenfor flere ulike tjenesteområder i kommunene og mellom kommune og helseforetak, fastleger, legevakt og andre samarbeidspartnere.

##### 2.4.6.1 *Utfordringer i samhandling:*

- Enhetsledernetverk i Midtre Namdal samkommune etterspørres.
- Utfordring generelt at kommunene har ulike betegnelser på ulike stillinger og ulikt nivå
- Det er ikke satt av nødvendig tid til utvikling, samhandling og dialog i hverdagen
- Behov for mer tverrfaglig tilnærming på tjenestene, det vil si behov for større samarbeid mellom ulike yrkesgrupper opp mot enkeltbrukere.
- Legetjenesten oppleves av samarbeidende parter fraværende på samarbeidsmøter. Legene trenger ikke nødvendigvis å være tilstede på alle møtene, må vurdere om det er nødvendig. Økonomisk er det ingen problem, da det godtgjøres fra NAV.
- Brukerundersøkelser innen området psykisk helsetjeneste etterspør større samhandling med NAV.
- IKT utnyttes for lite i samhandling pga ulike datasystem.
- For lite bruk av ansvarsgruppemøter for brukere som får tjenester fra både første – og andrelinjetjenesten.
- Vanskelig å få innlagt pasienter ved psykiatrisk avdeling på helseforetaket
- For dårlig planlegging for ressurskrevende brukere før innleggelse på helseforetaket
- Brukere kommer for raskt ut fra helseforetaket til kommunene og dette fører til reinnleggelse innen kort tid.

- Helseforetaket tar for sjelden kontakt med kommunene i oppfølging av enkeltbrukere.
- For få felles møtepunkter mellom helseforetaket og kommunene

#### 2.4.7 **IKT**

Dagens situasjon innenfor IKT gir et bilde av at det finnes mange gode verktøy, men at disse ikke er godt nok utnyttet og koordinert. De ulike aktørene i samhandlingen bruker ulike verktøy som i liten grad eller dårlig kommuniserer med hverandre, blant annet mellom kommune, fastlege og helseforetak.

#### 2.4.8 **Tilleggsliste over planer anbefalt på samkommunenivå**

- Rusmiddelpolitisk handlingsplan
- Folkehelseplan
- Omsorgsplan
- Forebyggingsplan 0 – 20 år
- Handlingsplan mot vold
- Planer for psykisk helsearbeid
- Beredskapsplaner
- Smittevernplan

### 3 Samhandlingsreformen. Nasjonale utfordringer og sentrale føringer av betydning for samhandlingspiloten.

Samhandlingsreformen er foreløpig (juni 2009) lagt ut som Stortingsmelding. Den har ikke vært igjennom nødvendige politiske behandlinger, høringsrunder og forhandlinger. Samhandlingspiloten i Midtre Namdal ser på helhetlig framtidrettet helsetjeneste i samhandling mellom kommuner og mellom forvaltningsnivå. Piloten legger framtidige utfordringer samt de hovedføringer som er lagt til grunn i stortingsmeldingen i utformingen av helsetilbudet i kommunene. Piloten avgrenses i første omgang til samhandlingen mellom Midtre Namdal samkommune og Helse Nord – Trøndelag HF.

På enkelte områder ser en at for å få et tilstrekkelig pasientgrunnlag, vil det være naturlig også å samarbeide med øvrige kommuner i Namdalen.

#### 3.1 St. meld. 47 beskriver tre store framtidige hovedutfordringer:

##### 3.1.1 Fragmenterte tjenester.

Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok. Mange av brukerne av helsetjenestene har behov for koordinerte tjenester fra ulike aktører. Spesialisthelsetjenesten er for en stor del både i organisasjon og funksjon fokusert på at målet er medisinsk helbredelse, mens i kommunehelsetjenesten har en i større grad fokus på pasientens funksjonsevne og mestringsevne.

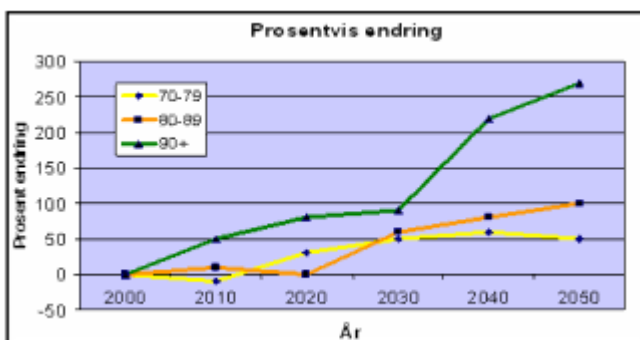
Stikkordet i denne problemstillingen er kommunikasjonsproblemer som kan innebære dårlig koordinerte tjenester og et lite effektivt ressursbruk.

##### 3.1.2 Manglende innsats for begrenning og forebygging av sykdom

Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner framfor tilbud rettet mot mestring og redusering av kronisk sykdomsutvikling. Forebygging av komplikasjoner og tidlig innsats blir tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene. Heller ikke stortingsmeldingen beskriver tiltak rettet mot utsatte grupper i samfunnet for å hindre utviklingen av sykdom. Primærforebyggende arbeid er ikke beskrevet i stortingsmeldingen, men vil bli en del av samhandlingspiloten gjennom folkehelseplanleggingen.

##### 3.1.3 Demografi, framtidige helseutfordringer

Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.



Figuren beskriver forventet utvikling av brukere med diagnose "demens" i årene fram til 2050 (SSB)

. Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Spesielt venter en økning i pasientgrupper med KOLS, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser

En forventer en framtidig forskyvning i forholdet mellom de yrkesaktive til ikke yrkesaktive/behandlings og pleietrengende, noe som vil gi store utfordringer ikke minst for pleie og omsorgssektoren.

Resursknapphet og "kamp" om pleie og omsorgsressurser kan bli store utfordringer som det må taes hensyn til i planleggingen av framtidens helsetjenester.

## 3.2 Samhandlingsreformens hovedgrep

- **Klarere pasientrolle**

Stortingsmeldingen fokuserer på at en videreføring av pasientmedvirkning på de ulike tjenesteområdene bidrar til bedre helhetlige pasientforløp. Regjeringen foreslår en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får en person som kontaktpunkt i tjenestene. Med tanke på framtidige utfordringer som helsetjenesten står overfor, vil en viktig del av helsepolitikken legges til rette for det ansvar som befolkningen må ta for sin egen helse.

- **Ny framtidig kommunerolle**

En større del av forventet vekst i behov av en samlet helsetjeneste må finne sin løsning av kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor best effektive omsorgsnivå (BEON). Det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner / samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid.

- **Etablering av økonomiske insentiver**

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene. Finansiering av spesialisthelsetjenestene skal fortsatt være aktivitetsbasert, men satsene er foreslått redusert fra 40 % til 30 %.

- **Utvikling av spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse.**

Fokus på trygge tjenester – både tilgjengelighet og kompetanse når det er behov for dette. Primære hovedgrep vil være en riktigere oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det skal videre medvirke til et sterkere søkelys på et helhetlig pasientforløp.

- **Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer**

Utarbeiding av en nasjonal helseplan for å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor de samlede helse- og omsorgstjenestene.

## 4 Pilotprosjektet i Midtre Namdal – politisk plattform, modellbeskrivelse.



Kommunene Namsos, Overhalla, Namdalseid og Fosnes er etablert i et forsøk med samkommune som innebærer en forpliktende og balansert samarbeidsordning mellom de fire kommunene. På bakgrunn av nåværende og forventede framtidige helsepolitiske utfordringer i regionen søkes utprøving av helhetlige løsninger for helsesektoren. Forsøket med samkommune i Midtre Namdal med en helhetlig gjennomgang av helsetilbudet søkes godkjent som pilot i samhandlingsreformen

Kommunene søkte om økonomisk bistand til gjennomføring av fase 1 for helsedelen av samkommuneforsøket. Denne har til nå (nov 09) ikke gitt uttelling. Modellen innebærer utredning av endret funksjonsfordeling mellom kommunene, samkommunen og helseforetaket, inkludert framtidig organisering og finansiering av nye tjenester, kompetanseoppbygging og endret system for samhandling mellom involverte aktører. Utredningen av fase 1 av pilotprosjektet gjennomføres i 2009. Videre at løsningene som avklares, kan implementeres fra 1. halvår 2010 med etterfølgende forsøks- og videreutviklingsfase i perioden 2010-2013.

Modellen tilpasses samkommuneforsøket i Midtre Namdal. Den er helhetlig fordi den gjennomgår alle fasettene innen helsetjenesten i regionen. Pasientforløpet og ikke minst ansvarsforholdene for pasienten er til enhver tid avklart. Modellen innebærer en del økonomiske utfordringer og vil kun løses gjennom nye økonomiske fordelingsmodeller.

### 4.1 Bakgrunn

Midtre Namdal Regionråd (MNR) (Midtre Namdal Samkommune fra 9/9-09) ønsker å iverksette en offensiv satsing på kommunehelsetjenester og samhandling. Samkommunen er et fireårig forsøk etter forsøksloven med en ny type styringsmodell for interkommunalt samarbeid. Forsøksloven gir mulighet for ytterligere to års forlengelse av forsøket, dersom kommunene og regjeringen ønsker det. Forsøket vil omfatte fire kommuner (Namsos, Namdalseid, Overhalla og Fosnes) med et samlet befolkningsgrunnlag på 18.685 innbyggere.

Iht. kommunenes søknad av 22.12.08 vil samkommunen i oppstartsløsningen ha det formelle ansvar for barnevern, kommuneoverlege med smittevern, miljørettet helsevern og koordinering av forebyggende helsearbeid, legevakt, miljøvern, landbruk, utviklingskontor (næring), skatteoppkreving og IKT. Kommunene har i tillegg vedtatt forpliktende prosesser for å avklare utvidelse av forsøket med

samarbeid om andre helsetjenester, sosialtjenesten som del av NAV, samfunnssikkerhet og beredskap, samt endret samhandling med fylkeskommunen innenfor regionalpolitikk, skoleutvikling og infrastruktur.

## 4.2 Behov for helhetlig kommunehelsereform

Kommunene står overfor en rekke grunnleggende utfordringer knyttet til bl.a. en voksende andel eldre, personer med Livsstilssykdommer, psykiske lidelser og målgrupper med spesielle behov for helsetjenester som for eksempel flyktninger og asylsøkere. I forarbeidet blir det pekt på behov for en helhetlig kommunehelsereform der nye behandlingstilbud og kompetansekrevene tjenester utvikles i et formalisert samarbeid mellom dagens primærkommuner.

Som aktuelle satsingsområder i den kommende piloten blir det pekt på:

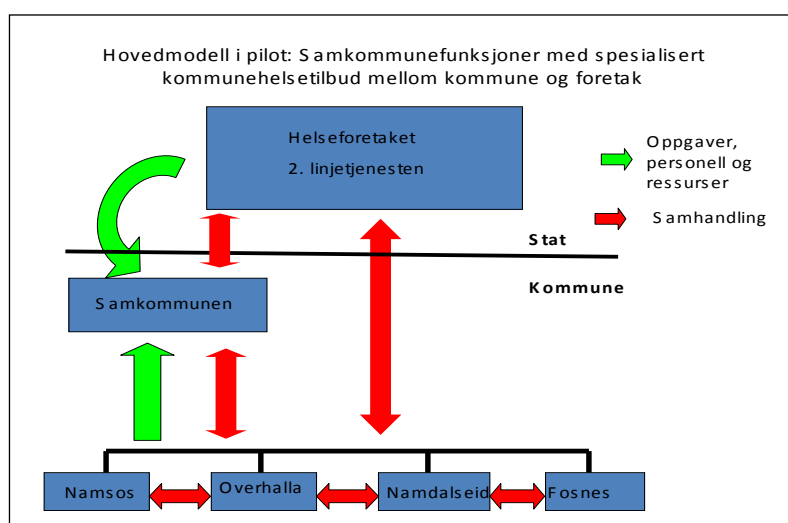
1. Regional helseplanlegging i samarbeid med helseforetaket, inkl. IKT
2. Forsterket sykeheimsavdeling som alternativ til innleggelse i sykehus
3. Styrket helsetjeneste med forsterket spesialisttjenester i kommunene og endret fastlegerolle
4. Styrket legetjeneste til spesielle målgrupper
5. Økt satsing på samfunnsmedisin og forebyggende helsearbeid

## 4.3 Framtidig oppgavefordeling og styringsmodell

De aktuelle helsefaglige og helsepolitiske utfordringene vil stille krav til et utvidet og mer forpliktende interkommunalt samarbeid mellom kommunene. Samkommuneforsøket i Midtre Namdal innebærer en anledning til å prøve ut en endret funksjonsfordeling og system for samhandling etter følgende mønster:

- Kommunene ivaretar tjenester som krever nærhet og som ikke krever spesialisert kompetanse. Det iverksettes tiltak for sterkere horisontal samordning mellom kommunene.
- Samkommunen ivaretar spesialiserte kommunehelsetilbud og overordnet helseplanlegging for kommunene. Samkommunen ivaretar samordning mot deltakerkommunene og helseforetaket.
- Helseforetaket ivaretar 2.linje spesialisthelsetjenester og samhandler dels med samkommunen og dels med tjenesteytende enheter i kommunene.

En skisse over framtidig organisasjonsmodell framgår av figuren nedenfor.



## 4.4 Samkommunen = Helhetlig samarbeidsløsning med utviklingsmuligheter

I forhold til utfordringene innenfor helsesektoren kan samkommunen innebære følgende interessante muligheter:

- Samkommunen representerer et helhetlig styringsgrep for et omfattende samarbeid, inkludert lovpålagte oppgaver. Samkommunen kan ivareta både tyngre helseoppgaver og sørge for samordning mot andre interkommunale oppgaver som enten er lagt til samkommunen (legevakt, barnevern, sosialtjeneste etc.) eller organisert på annen måte (for eksempel rehabilitering). Samkommunen vil være organisert etter de samme styringsprinsipper som kommunene og innebærer ikke etablering av særforvaltning for hver enkelt funksjon.
- Samkommunen er politisk styrt gjennom et demokratisk sammensatt regionstyre bestående av 23 medlemmer som er valgt av og blant kommunestyrenes medlemmer. Samkommunen kan bidra til utvikling av et likeverdig samarbeid og en sterkere helsepolitikk i regi av kommunepolitikere fra alle kommunene.
- Samkommunen vil ha en egen administrasjonssjef og egne fagenheter som kan sikre en forsvarlig saksforberedelsesfunksjon, attraktive fagmiljøer for leger og andre helsearbeidere i kommunene og et godt samspill i forhold til politikerne.
- Samkommunen vil ha beslutningsmyndighet over egne oppgaver og det løpende samarbeidet vil være juridisk regulert gjennom en forsøksforskrift og en samarbeidsavtale mellom kommune. Dette gjør samkommunen til en interessant avtalepart i forpliktende samhandling med helseforetaket og andre viktige samarbeidspartnere. Samkommunen kan også opptre som vertskommune for andre kommuner.
- Samkommunen vil i utgangspunktet være finansiert fra deltakerkommunene. Ved evt. endringer i finansieringen av helsetjenester kan kommunenes og samkommunens aktivitet betraktes som en helhet.
- Samkommunen kan profileres som en integrert del av det kommunale system i forhold til brukerne.
- Samkommunen gjør det mulig å satse på desentraliserte organisasjonsløsninger som bygger opp om lokal kompetanse, god lokal tilgjengelighet for brukerne og løpende samordning mot kommunenes øvrige aktivitet
- Samkommunen muliggjør desentralisering av lovpålagte oppgaver fra helseforetaket og oppbygging av nye kompetansekrevende helsetjenester i kommunal regi. Samkommunen kan representere et alternativ til flere konkurrerende løsninger, både administrative og politiske vertskommuner etter § 28 i kommuneloven (særforvaltning for helse/helsekommune), kommunesammenslutning, oppbygging av en formell samforvaltning mellom staten og kommunene etter modell av NAV eller statlig overtakelse av helseoppgaver.

## 4.5 Organisering av arbeidet

Arbeidet i pilotprosjektet forgår i tre faser:

1. Utredningsfase i 2009
2. Etableringsfase fra 1.halvår 2010

3. Forsøksfase med videreutvikling og drift i perioden 2010-2013  
Innholdet og organiseringen av utredningsfasen ble vedtatt i regionrådet den 14.4.2009.

Områder/tema/utfordringer som skal klargjøres nærmere i utredningsfasen vil bl.a. være følgende:

- Erfaringer med dagens system for produksjon av helsetjenester og samhandling
- Framtidige hovedutfordringer for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Utvikling av en helhetlig helsemodell med utgangspunkt i kommunene, samkommunen og staten som framtidige oppgaveløsere, herunder konkretisering av prinsipper for oppgavefordeling, styring og finansiering
- Konkretisering av samkommunens roller og oppgaver med vekt på prioriterte satsingsområder, organisering av fagkompetanse og system for samhandling med helseforetaket
- Konkretisering av oppstartsløsning som kan iverksettes på kort sikt og en utviklingsplan for forsøksperioden
- Økonomiske og administrative konsekvenser av foreslått løsning med vekt på krav til omstilling og finansiering av utviklingstiltak

Arbeidet er gjennomført med bred deltakelse i utredningsfasen med tung representasjon fra samkommunestyret, administrasjonen i deltakerkommunene gjennom helsesjefene, fastlegene, helseforetaket og de ansattes organisasjoner. Utredningsarbeidet er blitt ledet av Kommuneoverlegen i MNR med et eget sekretariat. Samkommuneforsøket følges for øvrig nøye av Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, Nord-Trøndelag fylkeskommune og KS.

Modellen utvikles i første omgang for Midtre Namdal samkommune. Den vil ha stor overføringsverdi til andre deler av landet i utformingen og implementeringen av samhandlingsreformen. Flere av forslagene i piloten vil egne seg for et samlet tilbud til alle kommunene i Namdalen. Det politiske grunnlaget for et helhetlig tilbud til de øvrige namdalskommunene er ikke avklart på søknadstidspunktet.

Arbeidsutvalget har bestått av:

Morten Stene, Namsos, Jostein Hildrum, Overhalla, Bjørg Tingstad, Fosnes, Tove Sagnes, Namdalseid, Hege Sørli, Namsos, Øyvind Stenvik, helseforetaket, Tore Brønstad, Namdalseid, Bente Eidesmo, Overhalla, Kari Bakke, Fosnes, Morten Sommer, Namsos, Svenn-Morten Iversen, fastlege Namsos, Torild Aagesen, tillitsvalgt, Per W. Tvette, leder.

Arbeidsgruppe 1: sykeheimsfunksjoner og rehabilitering

Bente Eidesmo, Marit Hatland, Tore Flosand, Anne Johanne Lajord, Øyvind Stenvik (HF), Arnhild Jacobsen (HF), Svenn-Morten Iversen.

Arbeidsgruppe 2: forebyggende helsearbeid

Bjørg Tingstad, Torild Aagesen, Sissel Pettersen, Bernt Harald Opdal (HF), Eli-Anne Willard, Hege Lysberg, Bente Brauten, June Ingvaldsen, Morten Stene, Anneki Sørvig.

Arbeidsgruppe 3: Hjemmetjenester, fastlegeordningen, flyktninger og asylsøkere, jordmortjenesten  
Morten Sommer, Endre Mølsleth, Beate G. Aunet, Bente Grande (HF), Jostein Hildrum.

Arbeidsgruppe 4: Jus, økonomi, IKT og kvalitet

Roar Pedersen, Hege Sørli, Kari Bratland Totsås (HF), Ove Lidbom, Per W. Tvette, Tore Brønstad.

Prosjektmedarbeidere:

Ann Helen Westermann, Per-Erik Arnø

## 5 Tjenestetilbud på kommunalt nivå

### 5.1 Institusjoner for heldøgns pleie og omsorg

I Midtre Namdal samkommune har vi 4 sykeheimer, en i hver kommune. I tillegg egen institusjon med 2 plasser innenfor området funksjonshemmede. Dette avsnittet beskriver fagfeltet institusjoner. Det foreslås å standardisere basisfunksjoner for å gi et likt tilbud på sykeheimene i samkommunen.

Arbeidsutvalget foreslår å omdefinere begrepet "sykeheim", da begrepet ofte assosieres med eldre mennesker i sluttfasen av livet. Begrepet skaper dermed en forventning om hvilke tilbud befolkningen vil få der. I endringen av oppgavefordelingen mellom kommune og helseforetak beskrives ingen aldersgrense tjenestemottakerne. Begrepet "helsesenter" er allerede i bruk i noen av kommunene i MNR i dag, mens helsehusbegrepet ser ut til å brukes oftere nasjonalt. Arbeidsutvalget foreslår at dagens sykeheimer endrer betegnelse til "Helsehus". Helsehuset bør tilby hjelp i en periode med påfølgende hjemreise og bør ikke være en permanent bolig.

#### 5.1.1 Dagens tilbud

For å gi en oversikt over dagens status i sykeheimene i samkommunen, har man tatt utgangspunkt i artikkelen "Hvordan unngå sykeheimskø?" skrevet av lege Hans Knut Otterstad (NISO) og statsviter Harald Tønseth (SSB) i tidsskriftet "Aldring og livsløp" – 4/2007. Artikkelen peker gjennom en undersøkelse på normtall for sykeheimer. Det anbefales at minst 15 % av sykeheimssengene skal være øremerket som korttidsplasser for å få en sirkulasjon i sykeheimene, med en dekningsgrad på minst 18 sykeheimssenger pr. 100 innbyggere over 80 år. Status for samkommunen er som følger:

	Innb 80+	Anbefalt sykeheims- senger. 18 /100 innb.80+	Herav anbefalt 15 % korttidsplasser i sykeheim	Dagens antall senger i sykeheim	Dagens antall heldøgns omsorgs- boliger	Utskrivninger ved langtids- opphold i 2008	Utskrivninger ved korttids- opphold i 2008	Ventetid
<b>Namsos</b>	624	112	17	86	88	25 (herav 21 dødsfall)	290 (herav 11 dødsfall)	Noe, spes. på bo – og servicesenter
<b>Overhalla</b>	179	32	5	39	12	18 (herav 18 dødsfall)	93 (herav 3 dødsfall)	Ingen
<b>Namdalseid</b>	129	23	3	21	28	12 ( herav 10 dødsfall)	88 ( herav 3 dødsfall)	Ingen
<b>Fosnes</b>	45	8	1	17	0	7 ( herav 7 dødsfall)	23 ( herav 2 dødsfall)	Ingen

Sykeheimene i dag tilbyr langtidsopphold, korttidsopphold, avlastningsopphold, dagopphold og rehabiliteringsopphold. Sykeheimene har tilbud til ulike brukergrupper som generell pleie – og omsorg, demens, alvorlige psykiske lidelser (Namsos) og rehabilitering. Vi ser at tjenester som krever mer avansert sykepleie ikke er etterspurt fra helseforetaket/legetjenesten i tilstrekkelig grad til å opprettholde en god kompetanse på områdene. Dette gjelder for eksempel blodoverføring. I tillegg har heller ikke kommunene vært gode på å formidle hvilke tjenester de kan tilby til sine samarbeidspartnere. Ut fra denne erkjennelsen er det samkommunen vil sette en standard for hvilke tjenester det er sykeheimene skal tilby.

### 5.1.2 Basale tjenester

Oppgaver nevnt nedenfor har vært utført på alle sykeheimene i samkommunen. Alle helsehus i samkommunen skal ha kompetanse til å beherske de samme basisoppgavene.

Arbeidsutvalget foreslår i utgangspunktet at disse oppgavene blir standard i alle helsehus i Midtre Namdal samkommune

- Observasjon
- Enkel diagnostikk (blodprøvetaking/analyse)
- Opptrening /enkel rehabilitering (enkelte nyopererte, kronikere, slagpasienter, trafikkskadede m.m. )
- Behandling (pasienter som er ferdig utredet på sykehus med foreskrevet behandling)
- Opplæring pasient/pårørende
- Palliativ behandling (lindrende behandling i livets slutfase)
- Sårbehandling
- Blodtransfusjon
- Antibiotikabehandling
- Væskebehandling
- Akutt pleie
- Forebygging, ernæring, mobilisering, sosiale tiltak.
- Enkel demensutredning

Samkommunen vil også standardisere et skjema for hvilke undersøkelser/prøver som skal være tatt før man ringer legevakt. Dette omfatter alle sykeheimene og bo - og servicesentrene i kommunene.

### 5.1.3 Tilsynslegefunksjonen

Rundskriv 1-4/2007 "Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem", forventer at kommunene fastsetter sin egen lokale norm ut fra dagens lovverk. Det tas utgangspunkt i helsedirektoratets mal for normering av legetjenestene i sykeheim. For beregning av minstenorm av legetimer, benyttes legeforeningens regnemodell, eventuelt alternativ regnemodell (1 legestilling/80 pasienter). I de tilfelle det ikke lykkes å ansette lege i foreslått stillingsstørrelse, kan timetallet dekkes opp av spesialsykepleier – f. eks. geriatri (jfr Rundskriv 1-4/2007).

Kommune	Timer pr. uke i dag	Foreslått minstenorm	Vedtatt økning i 2008
Overhalla	7,5	18,3 t	10 t fra 2010
Fosnes	4	8 t	4 t
Namdalseid	10	9,8 t.	10 t
Namsos	25,5	40,3 t	1 lege pr. 80 pasienter frem til 2015
Sum MNR	47 t	76,4 t	64,3 t

Piloten foreslår at legetilbudet i helsehus ivaretas av leger med interesseområde innen geriatri. Funksjonen oppgraderes som en egen spesialitet med et utdanningsløp innen arbeid ved kommunale helsehus, obligatorisk tjeneste ved foretakets avdelinger i tillegg til et kursprogram. Stillingene innebærer at legen får muligheter til et utdanningsløp som fører til spesialist i sykeheimsmedisin.

Spesialiteten er ikke godkjent som egen spesialitet etter dagens etterutdanningsprogram for leger. Piloten vil arbeide for at spesialiteten etableres i framtidig utdanningsprogram. Rekruttering til stillingene vil være en utfordring. Ung fra turnus eller voksne leger som ønsker en roligere hverdag. Godt utdanningsprogram til unge leger bør ligge i bunnen.

Forslaget innebærer 2 nye legeårsverk som helsehusleger i samkommunen. Det har allerede vært positive samtaler mellom kommunene og helseforetaket på å samarbeide om slik merittering. Legene bør kunne delta på fagmøter i regi av helseforetaket. Samkommunen ønsker å inngå avtale om utdanningsstilling med for eksempel praksis 3 mnd /år på aktuelle avdelinger som geriatri, medisin og psykiatri. Legene jobber dagtid ved helsehusene, mens man kontakter legevakt på kveld, natt og helg ved behov. Legene dekker opp for hverandre i ferier og lignende. Det forutsettes samarbeid med tilsynslege på felles forsterket enhet.

## 5.2 Forvaltning av framtidens økte behov

Samkommunen vil møte den nærmeste fremtidens økte behov for tjenester ved å opprette akutt plasser ved hvert helsehus. Man har et godt utgangspunkt i nærhet til brukeren og kjenner sannsynligvis hjemmeforholdene godt. I tillegg ønsker man å kunne gi brukere som ønsker seg hjem, et tilbud i hjemkommunen. Det vil være en utfordring å påvirke opinionen til å akseptere behandling på institusjon i hjemkommunen (Namsos sannsynligvis største utfordringer). Store grupper som vil bruke akutt plasser, er godt kjent i helsetjenesten fra før.

### 5.2.1 Akutt plass i helsehus

Akutt plass i helsehus skal dekke pasienters behov for tidsavgrenset observasjon, pleiemessig bistand, enklere medisinsk diagnostikk og behandling som ikke krever innleggelse i sykehus, og som gjelder hastesituasjoner som måtte oppstå innenfor en tidsramme på få døgn. Tidsavgrensning på opphold foreslås fra dagopphold til maks 14 døgn. Forventet gjennomsnittlig liggetid er 5 døgn.

Tiltaket er økonomisk og ressursmessig utfordrende ettersom både Namsos (17 senger) og Namdalseid (2 senger) må etablere nye plasser ut fra dagens nivå for å imøtekomme framtidig behov.

### 5.2.2 Kriterier for bruk av akutt plass ved hvert helsehus

- Ved korttidsplasser / akutt plasser må prinsipper som blant annet liggedøgn håndheves strengt.
- Lege (inkludert legevaktslege) skal ha myndighet til å legge inn akutt for behandling når oppfølgingen er avklart. Kommunen vurderer videre behovet for nivå på tjenesten.
- Vedtak fattes i etterkant av tilbudet
- Plassene må bemannes med sykepleiekompetanse.
- Analyse av relevante blodprøver som for eksempel CRP, blodsukker og Hgb skal utføres ved enheten, og også være tilgjengelig på kveld og natt
- Myke opp dagens retningslinjer for innleggelse i sykeheim: Faste plasser i helsehus styres av inntaksutvalget. For akutt plassene skal henvendelsene gå til den sykepleier som til en hver tid er ansvarlig på sykeheimen. Denne koordinerer bruk av sengene. Bekymringsmeldinger og andre henvendelser kan meldes dit når forvaltningstjenestens kontorer er lukket. Ansvarlig sykepleier registrerer antall henvendelser og pasienter man må avvise som grunnlag for evaluering.

### 5.2.3 Bemanning ved akutt plassene i samkommunen

Akutt plassene forutsetter en ordning med mulighet for daglig tilsyn/kontakt ved lege gjennom helsehuslegeresursen. Sykepleierne forventes i stor grad å ivareta helhetsbehov, og lege kan kontaktes pr telefon på dagtid utenom visitt. Det faglige ansvaret for pasienter i akutt senger ligger hos helsehuslegene, men ved behov for tilsyn av lege på kveld og natt må legevakt bistå sykepleier med sin kompetanse.

Pleiefaktor pr akutt seng anslås å ligge på ca 0,85 årsverk. Sykehus bemanner i dag med 1 årsverk pr. seng og sykeheime med ca 0,7 årsverk pr. seng. Ressursøkningen utgjør 0,15 årsverk pr seng og forventes finansiert gjennom økt eksternt tilskudd.

Egenbetaling for akuttplasser forutsettes lagt på samme nivå som korttidsplasser for sykeheimene.

#### 5.2.4 **Kvalitetsheving av tjenesten - herunder rekrutteringsutfordringer**

Midtre Namdal samkommune ser at den planlagte endringen i oppgavefordelingen mellom helseforetak og kommunene vil kreve en betydelig kompetanseheving for kommunalt ansatte. Et større samarbeid mellom sykehus og kommune hvor man setter opplæring fra helseforetaket av sykepleiere i kommunene i system er en løsning. I tillegg har kommunene tilgang til PPS (nettbaserte sykepleieprosedyrer) og kan organisere opplæring lokalt med fagutviklingssykepleier eller egne kurs organisert via Eina og HiNT. Samkommunen har startet en prosess med å planlegge hvilken kompetanse vi trenger sammen og hver for oss.

Samkommunens ambisjon om høyt kompetansenivå på tjenesten ved alle institusjoner innebærer også betydelige utfordringer i å rekruttere og ikke minst å ta vare på kompetent personell i årene som kommer. Når utdanningssentrene også rapporterer en bekymringsfull utvikling på søkermassen til disse studiene, må en også se på nye rekrutteringstiltak og stabiliseringstiltak innen tjenestene. For å få til en kvalitetsheving av tjenestene er det også svært viktig å ha gode dataverktøy. Databaser gir lett tilgang til oversikt over ulike brukergrupper og behov, personellressurser og kompetanse. I tillegg lett tilgjengelige og enkle oversikter over rutiner, prosedyrer og kvalitetsstandarder. Det forutsettes at dette er standardiserte redskaper som lett kommuniserer med hverandre.

#### 5.2.1 **Arbeidsutvalgets vurdering og anbefaling**

Begrepet sykeheim tas ut og erstattes med helsehus. Basistilbud som hvert enkelt helsehus skal tilby defineres. Tilsynslegefunksjonen styrkes gjennom etablering av nye tilsynslegefunksjoner i samarbeid med helseforetaket. Det arbeides for å utvikle ny legespesialitet – spesialist i sykeheimsmedisin (kommunal geriatri). Hvert helsehus oppretter et antall akuttenger for å ivareta en kommunal øyeblikkelig hjelpfunksjon som alternativ til innleggelse i sykehus.

### 5.3 **Hjemmebasert omsorg – herunder heldøgns botilbud.**

Hjemmesykepleien i samkommunen er organisert i distrikt. Namdalseid har 2 distrikt, men blir snart 1. Overhalla har ett distrikt, Namsos har 2 og Fosnes 1 distrikt.

Hjemmesykepleien skal fremdeles være et tilbud organisert i den enkelte kommune, da størrelsen på distrikt har betydning for muligheten til å være primærkontakter for brukerne. Man ser allikevel at det finnes spesialkompetanse som kan benyttes på tvers (ambulerende tjenester). Tjenesten skal være styrt av behov og hjemmeforhold, og ikke med en holdning som sier noe om maks antall besøk pr. døgn.

Midtre Namdal samkommune ønsker å etterstrebe lik helsepolitikk på hjemmetjenester for alle innbyggerne. Vi vil derfor jobbe med å beskrive hvilke helsetjenestene vi kan tilby. Politikerne i Namdalseid har vedtatt tjenestestandarder ut fra kvalitetsforskriften. Disse gir minimumsstandarder som det blant annet kan måles avvik opp mot. En overføring av tjenestestandardene til de andre kommunene vil være en mulig måte å formidle en lik politikk på. Fremtidens utfordring blir også å inkludere andre samarbeidspartnere og frivillige mer i kommunenes tilbud.

### 5.3.1 Basisoppgaver i hjemmesykepleien

- generell stell og pleie
- råd og veiledning
- hjelp med medisinadministrering
- sårstell
- tilsynsbesøk
- ernæring, sondemating
- intravenøs behandling, dersom oppgaven varsles på forhånd og gir tid til organisering.
- terminalpleie
- stabil respiratorbehandling
- fallforebygging og kosthold

### 5.3.2 Forbedringsområder for hjemmesykepleien

- Organisere tjenesten slik at brukeren må forholde seg til få hjelpepersonell (primærsykepleier)
- Møte brukeren allerede på sykehuset for å gi en god overgang til omsorg i hjemmet ("pasientkoordinator")
- Faste ledersamlinger på avdelingsledernivå mellom sykehus og kommune innenfor somatiske sykdommer
- Tilsynslegeordning ved bo - og servicesentre
- Finne et enklere system på oppdatering av legemiddeloversikter (IKT)
- Ved særlige behov for samordnede tjenester, må fastlegene og hjemmetjenestene formalisere og forbedre sitt samarbeid
- Følge standarder på hva sykepleier må sjekke ut før kontakt med fastlege eller legevakt
- Brukere ved bo - og servicesenter kan ved behov benytte akutt plasser ved helsehusene.
- Utvikle tjenesten til å inkludere mer sekundær forebygging. Herunder å skaffe seg og holde oversikt over risikopasienter

### 5.3.3 Tjenesteområdet for funksjonshemmede

I de minste kommunene ser vi at det finnes få brukere innenfor tjenesteområdet, men det er brukere som fordrer god koordinering og samkjøring av tjenesteapparatet.

#### • Dagens status på tjenesteområdet

- Stort omsorgsbehov i brukergruppen
- Familien opplever at kommunene ikke stiller opp nok.
- Overgang helsestasjon/ barnehage / skole og andre overganger er vanskelig.
- For mange deltagere i ansvarsgruppe. Dette pulveriserer ansvar.
- På grunn av få brukere er det vanskelig å skaffe gode fagmiljø.

#### • Innspill til forbedring

- Avklare om det er helse eller skole som skal ivareta tjenesteområdet i gråsoner, bl.a. å skille bedre mellom avlastning og barnepass/SFO
- Brukerne burde hatt en kontaktperson i kommunen med eget definert myndighetsområde.
- Felles avlastningsbolig i samkommunen med kriterier for bruk.
  - Fastslå en grense for når avlastning går over til heldøgns tilbud
  - Sommerferieavlastning eksempelvis maks. 10 dager
  - Maks. avlastning er et visst antall døgn pr år
- Felles rutiner på opplæring og sikkerhet, også når avlastningen tilbys i private hjem
- Gi valgfrihet i avlastningstilbudet, eks. å kjøpe tjenester på Jørum gård
- Utnytte kompetanse på tvers av kommunegrenser.

### 5.3.4 **Kommunal rus- og psykisk helsetjeneste**

Innenfor Rus – og psykiske helsetjenester ivaretas brukere som har rusproblemer eller psykiske lidelser i ulike grader av kort eller lang varighet. Tjenesten gis til brukere over 18 år. Dette fagområdet er blitt tilført midler gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse. Det er mange aktiviteter i form av ulike prosjekter som går parallelt. Innenfor dette fagområdet har det vært en god del uformelt samarbeid på tvers av kommunegrensene for å utveksle erfaringer og kompetanse.

Det finnes en kommunepsykolog som er tilknyttet et spesielt prosjekt i Namsos.

Pr dato er det tilbud om omsorgsbolig for denne brukergruppen i Namdalseid og Namsos. Fosnes og Overhalla har tilbud i allerede eksisterende enheter ved behov. Overhalla har en stor brukergruppe sett i forhold til befolkningsgrunnlag.

Namsos har egen ettervernsbolig for mennesker med rusrelaterte problemer, samt bofellesskap for mennesker med psykiske problemer, men med et mer spesielt behov for oppfølging.

#### 5.3.4.1 **Framtidig organisering av rus- og psykisk helsetjeneste**

- Det anbefales at det opprettes et formelt samkommunalt fagmiljø, hvor det finnes felles redskaper for kartlegging og screening
- Faglige møteplasser for de ulike yrkesgruppene og samhandling dem i mellom
- Det bør koordineres ulike typer behandlingstilbud på samkommunenivå
- Det opprettes stilling som kommunepsykolog som arbeider på samkommunenivå
- Psykisk helsetjeneste har bidratt til at beboere ivaretas i stor grad i kommunene, noe som er en ønskelig utvikling
- Rusområdet blir et viktig samkommunalt tilbud, brukerne flyter mellom kommunene og samles periodevis i bykommunen
- Lavterskel overnattingstilbud på samkommunenivå
- Dagtilbudet for mennesker med rusproblemer "Orientkrysset" bør videreutvikles i samkommunal regi, bedre for- og ettervern, sysselsettings- og aktiviseringstiltak

### 5.3.5 **Arbeidsutvalgets vurderinger og forslag - hjemmebaserte tjenester**

Arbeidsutvalget foreslår en styrking av samkommunale tilbud overfor rusmiddelavhengige. Dette blir nærmere beskrevet i Rusmiddelpolitisk handlingsplan.

## 5.4 **Legetjenesten i kommunene - Fastlegeordningen i samkommunen**

Legetjenesten organiseres gjennom sentralt avtaleverk, med lokale tilpasninger.

#### **Namsos:**

- 10 hjemler, fordelt på 3 legekantor (Namsen 4, Robrygga 3 og Bakklandet3). I tillegg leier lege med hjemmel i Fosnes kontortid ved Robrygga legekantor 3,5 dager/uke.
- Avtale om 1 turnuslege i kommunen.
- Alle fastleger er selvstendig næringsdrivende og mottar fastlegetilskudd fra kommunen etter antall pasienter på lista.

- Det er avtale mellom legekantorene om hvem som i arbeidstiden har daglegevakt (synonymt: legevaksansvar/113 vakt). Denne lege har ansvar for å gi behandling til personer uten lokal fastlege, samt delta på evt. utrykninger. En tilstreber i stor grad at pasienter skal få sin faste lege, eller faste legekantor ved behov for øyeblikkelig hjelp i kantortiden.
- Alle 10 leger er pliktige til deltagelse i MNR legevakt/LINA, i tillegg til turnuslege. En lege har for tiden (oktober 2009) permisjon fra vakt, men har vikar som skal delta i vaktordning.

#### **Overhalla:**

- 2 fastlegehjemler på 1 legekantor. Begge leger er selvstendig næringsdrivende
- Avtale om 1 turnuslege i kommunen.
- Legevaksansvaret på dagtid fordeles til den lege som til enhver tid er tilstede eller har mest kapasitet. Etter særavtalen er en lege fritatt fra legevakt pga alder(>60 år). Den andre er fritatt pga administrative oppgaver. Turnuslege deltar i vaktordninger.

#### **Fosnes:**

- 1 fastlegehjemmel med arbeidsfordeling 1,5 dager/uke arbeid, hvorav ca 2 t/dag ved sykeheimen. Sykeheimen kan kontakte legen også utenom arbeidstiden.
- Legen arbeider som selvstendig næringsdrivende, med timelønn for tilsynslegearbeidet ved sykeheimen.
- Legevaksansvar på dagtid ved kontordager i Fosnes. De øvrige dager har Fosnes avtale om at lege som har daglig vakt i Namsos dekker denne funksjon også for Fosnes. Legen deltar i MNR legevakt/LINA.

#### **Namdalseid:**

- To leger kommunalt ansatt.
- En lege fritatt fra MNR legevakt/LINA pga oppnådd aldersgrense, en lege deltar i legevakt.

#### **5.4.1 Utfordringer innen fastlegeordningen.**

Fastlegene er ikke en sluttet gruppe og har ingen ledelse. Fastlegene har en koordinerende funksjon på individnivå. De opplever selv å ha lite rom for deltagelse på kommunalt nivå.

Det gis ikke honorering fra det offentlige til arbeid med gruppeprosjekt. Eksempler på gruppeprosjekter hvor det er naturlig at fastlege deltar er overvekt, KOLS og diabetes. Gjennomføring av gruppeprosjekter kan skje i samarbeid med ambulerende tjenester.

Samhandling med hjemmesykepleien kan skje gjennom ansvarsgruppemøter eller lignende, og dette burde vært mer prioritert. Det er en samhandlingsutfordring Utfordring å holde oversikt over medikamenter.

#### **5.4.2 Fastlegeordningen på samkommune nivå**

Arbeidsutvalget foreslår å organisere fastlegeordningen i samkommunen. Namsos har ca 1000 flere pasienter på fastlegelistene enn innbyggere. En felles ressurs for området vil utnytte legetjenesten mer effektivt. Listelengde er ulik i samkommunen – fra ca 800 til ca 1800 pasienter. En fulltidsliste er ca 1500 pasienter, normert av legeföreningen. Samhandlingsreformen tilrår at maksimal listelengde for full praksis skal reduseres til 1000 – 1200 innbyggere.

## 5.5 Offentlige legeoppgaver i samkommunen:

Fastlegeordningen gir få muligheter til styring av allmennlegenes oppgaver. Imidlertid gir dagens avtaleverk muligheter til å inngå avtaler om eller pålegge fastleger legeoppgaver innenfor det offentlige helsearbeidet med inntil 7,5 t/uke. Hvilke oppgaver som kan pålegges i dag er for å nevne noen: tilsynslege - oppgaver på sykeheimer eller andre kommunale institusjoner.

Skole/helsestasjonstjeneste og annet offentlig helsearbeid. Samfunnsmedisinsk arbeid kan ikke pålegges. Potensialet i offentlige legestillinger er ikke utnyttet i dag. Årsaken til dette anføres å være økonomisk begrunnet.

En lege har ikke avtale om offentlig legearbeid. Figuren under viser dagens fordeling:

Kommune	Oppgave	Arbeidssted	Timer/uke	Lege
Namsos	stedfortreder kommuneoverlege/smittevernlege		3 + 1	Svenn Morten Iversen
	Offentlig legearbeid	Namsos sykeheim	7,5	Turnuslege
	Sykeheimslege	Namsos sykeheim	3,5	Jannike Reymert
	Sykeheimslege	Namsos sykeheim	3,5	ledig hjemmel
	Sykeheimslege	Namsos sykeheim	3,5	Nan Arvidsson (ikke fastlege)
	Sykeheimslege	Namsos sykeheim	3,5	Pål Tveter
	Sykeheimslege	Namsos sykeheim	3,5	Jon F. Tranaas
	Tilsynslege Helsedistrikt Vest	Otterøy BSS	2	Haldor Holien
	tilsynslege Helsedistrikt Vest	Svingen	1	Jan Laugen
	Tilsynslege Helsedistrikt Sør	Klinga BSS	3	Michaela Lahner
	Skole/helsestasjonstjeneste	Helsestasjonen	13	Astrid Restan (ikke fastlege)
Legetjenesten for asylsøkere		3,5	Astrid Restan (ikke fastlege)	
Overhalla	Sykeheim/hjemmesykepleie		7,5	Realf O. Helgesen
	Skole/helsestasjonstjeneste		7,5	Turnuslege
Fosnes	tilsynslege		4	Mari Ann Geving
Namdalseid	Skole/helsestasjonstjeneste		7,5	Irina Halbostad
	tilsynslege sykeheim		10	Friedrich Hartmann
Sum			84 t ( ca 2,2 å.v.)	

### 5.5.1 Samhandlingsmeldingens forslag til offentlige legeoppgaver:

- Undervisning av studenter, turnusleger, spesialistkandidater, annet helsepersonell
- Veiledning av utdanningskandidater i allmennmedisin
- Tverrfaglig samarbeid
- Praksiskonsulenter / samarbeidsleger
- Legevakt som allmennmedisinsk offentlig oppgave
- Delta i rehabilitering i kommunal regi
- Bidra i lærings og mestringsoppgaver i kommunal regi
- Forebyggende helsetjenester i tillegg til helsestasjon og skolehelsetjeneste

### 5.5.2 Samkommunen – framtidig utnyttelse av kapasitet til offentlige legeoppgaver

Gjennom at piloten åpner for opprettelse av egne stillinger som sykeheimsleger i samarbeid med utdanningsstillinger på foretaket frigjøres det kapasitet til andre offentlige legeoppgaver. Samkommunen må definere behovet for offentlige legeoppgaver og fordele dette behovet på fastlegene etter den enkelte leges interesse og etter forhandlinger.

I gruppearbeidene er det kommet innspill på følgende områder

- Avtalefestet samarbeidsmøter med hjemmetjenesten i kommunene (1 t/uke)
- Legetjeneste for asylsøkere og flyktninger
- Skole og helsestasjonsarbeide
- Forskningsoppgaver i allmennlegetjenesten
- Grupperelaterte tilbud innen sekundær og tertiærforebyggende arbeid
- Undervisning av studenter. Dette foregår allerede i dag etter avtale med NTNU

### 5.5.3 Kvalitetsforbedrende tiltak i allmennlegetjenesten

- Økning av samhandlingen mellom fastleger og leger ved spesialisthelsetjenesten
- Faste møtepunkt hvor man diskuterer faglige tema i tillegg til samarbeidsutfordringer. Møtene som bør avholdes en gang i kvartalet skal være på minimum 3 x 45 minutter og gi kurspoenger i videre og etterutdanningen.

### 5.5.4 Arbeidsutvalgets vurderinger og anbefalinger – Fastlegeordningen

Organiseringen av fastlegeordningen løftes til samkommunenivå. Lokaliseringen av fastlegehjemler videreføres etter dagens ordning. Arbeidsutvalget foreslår at det opprettes et forum mellom legene på tvers av nivå.

## 5.6 Rehabiliteringstjenesten – herunder fysio- og ergoterapitjenesten

		Namsos	Overhalla	Fosnes	Namdalseid
<b>antall årsverk</b>	fysioterapeuter med driftstilskudd	5,35	1,8	0,7	1,6
	kommunal fysioterapeut	5,2	1,0	0,1	0,5
	kommunal ergoterapeut	2	0,5	-	0,7
	Assistent		-	-	0,5
	merkantil og ledelse		Felles	-	
	turnus fysioterapeut	1	1,0	-	
	Hjelpemiddelkoordinator	1	0,7	-	0,2
	Driftskostnader i mill	4,413	1,867	0,217	1,417
	Driftsinntekter i mill	1,627	0,386	0,009	0,351

Kommunenes fysioterapitilbud er i hovedsak basert på driftsavtaler med privatpraktiserende fysioterapeuter som dekker det individrettede behovet for tjenestene. Arbeidsgruppene i piloten har ikke signalisert behov for å korrigere på dette tilbudet. Imidlertid signaliseres det et ønske om en økt mulighet til å styre tjenestene gjennom avtaler om årlig rapporteringsplikt. En koordineringsenhet lokalisert i samkommunen kan også være en vei å gå.

Det kommunale behovet for ergoterapeut skal dekkes gjennom den ambulerende teammodellen i samkommunen.

### 5.6.1 Mulige modeller for kompleks rehabilitering

Gjennom diskusjonene i arbeidsgruppene lanseres nokså ulike modeller for hvordan de komplekse rehabiliteringsoppgavene kan løses:

#### 5.6.1.1 *Kommunal modell*

Rehabiliteringstjenestene i tilknytning til sykeheimene bygges opp til et nivå slik at de er i stand til å tilby postoperativ rehabilitering. I tillegg skal en kunne gi rehabilitering til grupper av trafikkskadde, slagpasienter og til grupper kroniske syke.

#### 5.6.1.2 *Kommunal – spesialisert rehabilitering (dagens ordning)*

Kommunale institusjoner tilbyr enkle rehabiliteringstjenester, mens den spesialiserte rehabiliteringstjenesten forvaltes og finansieres av helseforetakene.

##### 5.6.1.2.1 Namdal Rehabilitering IKS (Høylandet)

Helseforetaket og kommunene i Namdalen samarbeider om rehabiliteringsplasser i regionen. Ordningen finansieres gjennom et rammetilskudd fra foretaket som innebærer rett til bruk av et gitt antall senger med kompleks rehabilitering. Helseforetaket legger vilkårene for bruk av disse sengene.

Øvrige senger finansieres av eierkommunene og kan benyttes etter antall "andeler" i IKS. Søknad om opphold på "kommunale" plasser vurderes av inntaksteamet i hver enkelt kommune. Vilårene for tildeling av disse plassene er ulik fra kommune til kommune. En felles forvaltningsenhet kan motta alle henvisninger, men slik den kommunale finansieringsordningen er lagt opp, vil den enkelte kommunes "behov" for plasser ligge på ulike nivå.

Imidlertid vises det til en del svakheter med dagens tilbud:

- Legge på mer bemanning på Namdal rehabilitering, slik at kommunene tar tung rehabilitering der og enkel behandling. Vil sikkert utløse diskusjon om nattevakt og legedekning. I tillegg har dette sannsynligvis en kostnadsside man må se på.
- Etablere logopedtilbud ved Namdal rehabilitering.
- Ordne faste plasser på Høylandet for alle kommunene i MNR og bli bevisst bruken av plassene.
- Kommunikasjonen mellom rehabiliteringsavdelingen og de kommunale tjenestene, herunder fastlegene har betydelig forbedringspotensial i rehabiliteringsfasen.

#### 5.6.1.3 *Enhetlig rehabiliteringstjeneste*

Arbeidsutvalget er enig om et ønske om å finne en samarbeidsform som styrker tjenesten. Arbeidsutvalget vil verne om Namdal Rehabilitering IKS. Skillet mellom spesialisert og kommunal rehabilitering bør oppheves som et forsøk i en del av pilotprosjektet. Rehabiliteringsinstitusjoner var tidligere definert som spesialiserte tjenester. Arbeidsutvalget foreslår et eget inntakskontor eller ressurs i Midtre Namdal samkommune for vurderinger av rehabiliteringstjenester. Denne bør imidlertid omfatte hele Namdal (pga eierstrukturen). Finansieringsløsninger av en slik modell må avklares.

#### 5.6.1.4 *Private treningstilbud*

I Namsos har man treningsgrupper i tillegg til individuell fysisk behandling. Spent har også etablert gruppetilbud. Robrygga har i tillegg startet treningsgrupper. Dette er grupper med kjente helseplager i tillegg til ordinær behandling. I Overhalla planlegges 2 treningstilbud med veiledning.

### 5.6.2 **Hjelpemiddelformidling som del av rehabilitering**

Kommunene som deltar i samkommuneforsøket har hatt samarbeidsavtale med NAV hjelpemiddelsentral siden oppstart i 1995. Det legges til grunn at innbyggere i kommunene som har sammensatte behov på grunn av funksjonstap, skal få utredet sine behov tverrfaglig lokalt og at nødvendige tjenester koordineres. Tjenesteyting kan skje fra ulike kommunale og/eller statlig enheter. I tillegg er det gjort en ansvarsdeling slik at kommunene ivaretar enklere reparasjoner, mens

hjelpemiddelsentralen utfører tilpasninger/reparasjoner som krever spesiell kompetanse. Undersøkelse foretatt av Norsk Gallup viste bl a at brukere som hadde fast kontaktperson – i kommunen eller på hjelpemiddelsentralen - var mest fornøyd med hjelpemiddelformidlingen.

### 5.6.3 **Arbeidsutvalgets vurdering og anbefaling - Rehabiliteringstjenesten**

Arbeidsutvalget foreslår et eget inntakskontor i Midtre Namdal samkommune for vurderinger av rehabiliteringstjenester. Denne bør omfatte hele Namdal (pga eierstrukturen). Finansieringsløsninger av en slik modell må avklares. En oppheving av grensene mellom spesialisert og kommunal rehabilitering blir en del av pilotsøknaden og må tilpasses organisatorisk og økonomisk. Namdal rehabilitering IKS må tilby tjenester til større og mer komplekse brukergrupper.

## 6 Samkommunale helsetjenester

### Fordeler med samkommunal drift

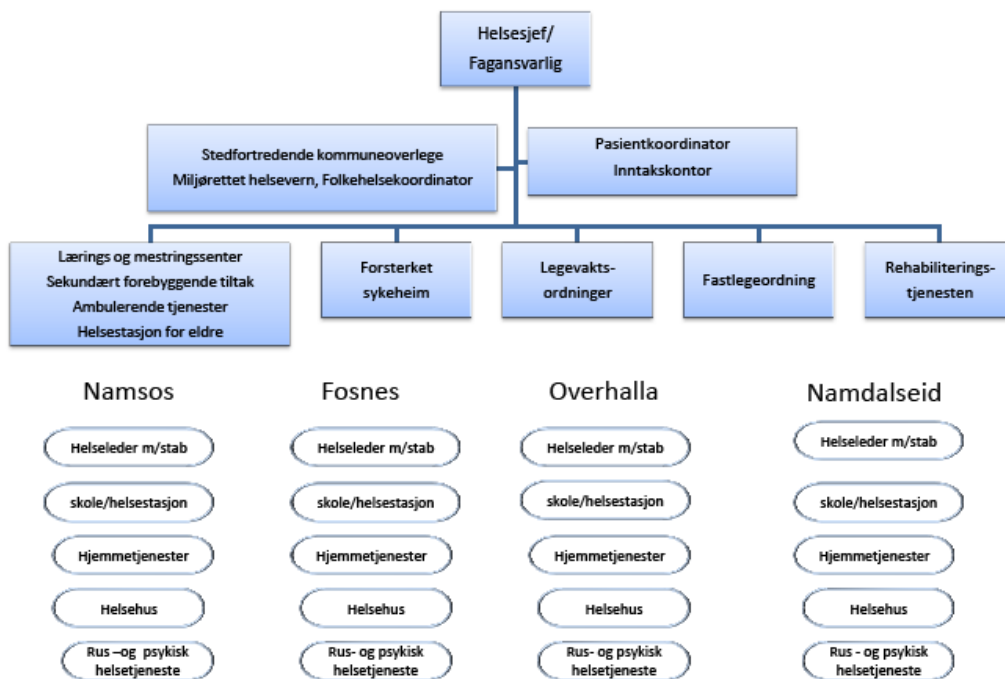
- Teamarbeid. Bedre og nytt fagmiljø
- Bedre kvalitetssikrede tjenester til brukerne
- Mulighet for spesialisering innenfor ulike områder
- Større muligheter for å opprettholde og videreutvikle kompetanse
- Muligheter for å overføre suksesshistorier kommuner imellom
- Større mulighet for likeverdig tilbud

### Mulige ulemper ved samkommunal drift

- intern samhandling innad i kommunen kan svekkes (internt i kommunene)
- kan gi dårligere tilbud enn i dag til innbyggere i enkelte kommuner
- ressurskrevende med omorganisering og holdningsendringer

### 6.1 Organisasjonsmodell samkommunale helsetjenester – "Helsehuset i Midtre Namdal samkommune"

Organisering av samkommunale helsetjenester i Midtre Namdal



### 6.2 Administrative funksjoner

Det faglige og det administrative ansvaret legges til kommuneoverlegen i samkommunen. Kommuneoverlegen møter i dag i samkommunens lederutvalg og vil være helsetjenestens representant i lederutvalget i ny modell. Kommuneoverlegen er gitt delegasjon av administrasjonssjefen innen lov og forskrifter som følge av Lov om helsetjenestene i kommunen.

Kommuneoverlegen ivaretar lovpålagt smittevernlegefunksjon og er delegert myndighet innenfor lov om psykisk helsevern. I tillegg ivaretar denne funksjonen beredskapsoppgaver, kartlegging av helsetilstanden i kommunene, kvalitetsstyring, samt rådgivningsfunksjoner overfor samkommune og enkeltkommuner.

#### 6.2.1 Helsesjefens stabfunksjoner

Det etableres fast stedfortrederfunksjon for kommuneoverlegen i deltidstilling. Funksjonen ivaretar alle kommunene og fungerer som helseleder i kommuneoverlegens ferie og fravær.

##### **Konsulent i miljørettet helsevern:**

Dette fagområdet er i dag dekket av en 100 % stilling, som:

- Ved hjelp av revisjonsmetodikk øver tilsyn i forhold til konkrete lovverk
- Tilbyr rådgivning ovenfor kommunene i midtre Namdal sett i forhold til hele fagområdet, samt kvalitets- og styringssystemer

##### **Folkehelsekoordinator**

Området er dekket i dag av 100 % stilling. Hovedsatsingsområder er primærforebyggende helsearbeid med ansvaret for folkehelseplanlegging i tillegg til en koordinerende funksjon med utarbeidelse av ruspolitisk handlingsplan. Det sekundærforebyggende helsearbeidet beskrives under avsnittet lærings og mestringscenteret.

##### **Pasientkoordinator**

Arbeidsutvalget foreslår at det etableres ny stilling om en fagperson som kartlegger behov for tjenester på et tidlig tidspunkt for pasienter som ligger i foretaket og kommuniserer dette ut i kommunene. Kommunalt ansatt får ansvar for å bidra til et godt pasientforløp og for å ivareta kommunikasjon mellom helseforetak og kommune /samkommune.

Ressurs til tiltaket anslås til at kommunens representant er på sykehuset 2-3 dager i uka, ca 3 timer, til faste tider.

- Helseforetaket oppretter en 100 % st som samhandlingsansvarlig, naturlig med tett samarbeid opp mot denne personen.

### 6.3 Framtidig oppbygging av forsterket sykeheimsavdeling (2012)

Samkommunen ser at det vil være nyttig å bruke felles ressurser på en forsterket enhet. Rekruttering av spesialister og fagpersoner blir forhåpentligvis enklere og man kan utnytte samkommunal kompetanse i forhold til utfordringer man møter.

Vår definisjon på felles enhet er "forsterkede tjenester som ytes av kommunene i overgangsfasen mellom sykehus og kommune". Brukeren er ferdig utredet i sykehus, og kan gjennomføre behandlingen med lavere ressursinnsats på samkommunalt nivå. Dette er ikke til hinder for at brukeren kan legges inn direkte av fastlege eller legevakslege.

Tidsavgrensning på opphold foreslås fra dagopphold inntil maks 14 døgn.

#### 6.3.1 Grunnlagsdata

Som et viktig grunnlag for antall plasser i en forsterket enhet i samkommunen, legges kartleggingsprosjekt gjennomført ved Sykehuset Namsos HF i perioden januar – mai 2008. Alle innleggelses i perioden ble registrert og vurdert ut fra en tverrfaglig vurdering på om pasienten, dersom det hadde vært tilrettelagt for det, kunne vært ivare tatt ved akutt plasser/behandlingsplasser på kommunalt nivå. Erfaringer Helseforetaket (helsefaglig rådgiver Øyvind Stenvik) gjorde seg i løpet av perioden på fire måneder vil i kortere trekk gjengis nedenfor.

*For hele Namdalen utgjorde totalt antall pasienter i perioden som kunne blitt behandlet på et lavere omsorgsnivå 200. I løpet av 1 år ville man ha kommet ut med et antall på 700 pasienter for hele Namdalen. Ut i fra totale tall ble konklusjonen på registreringen at ca. 14 % av registrerte opphold i perioden helt, eller delvis, kunne ha vært ivare tatt på et lavere omsorgsnivå dersom det hadde vært tilrettelagt for det. Av disse gjaldt ca. 6 % "akuttplass" og 8 % "forsterket enhet for kommunale helsetjenester".*

*For å anslå behovet for forsterket enhet kun i samkommunen i Midtre Namdal, er antall opphold regnet ut pr. 1000 innbyggere. For samkommunen er det regnet ut fra 18700 innbyggere og man kom frem til et behov på anslagsvis 340 opphold pr. år, fordelt med 140 på akuttplass og 200 på behov for forsterket enhet.*

Ut i fra dette kan man igjen anslå, ut fra gjennomsnittlig liggetid mellom 5-10 døgn, at behovet for antall senger da vil bli mellom 7-10. Da er ikke kommunenes egne behov tatt inn i beregningen. Vi velger også å ta høyde for et behov på ca 2 plasser i samkommunen og for ventet befolkningsutvikling.

Vi lander da på å anslå behov for 15 senger ved en felles forsterket enhet med Namdalen som nedslagsfelt. Forvaltningsmyndigheten legges til samkommunalt inntakskontor. Visittgang i helgene dekkes av sykeheimslegene. Erfaringer fra Bergensmodellen rapporterer imidlertid svært sjelden behov for utrykning i helgene.

### 6.3.2 Samarbeidsavtale mellom samkommunen og helseforetaket

Dagens samarbeidsavtale ("Basisavtalen") med et felles mål å utvikle et effektivt samarbeid for å bidra til at den enkelte pasient får et helhetlig tjenestetilbud. Diagnostikk, øvrig kartlegging, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg skal skje slik at enkelttiltak forberedes og iverksettes i et samarbeid mellom pasient, pårørende, primærhelsetjenesten og sykehusene i en sammenhengende tiltakskjede.

Avtalen omfatter alle omsorgsnivå og er utgangspunkt for avviksmeldinger mellom nivåene. Avtalen forutsetter at det ikke etableres rutiner for økonomiske oppgjørsordninger mellom kommuner og helseforetak, uten at dette avtales særskilt mellom partene. Det som står i basisavtalen gjelder også ved utskrivning til en felles forsterket enhet fra helseforetaket.

Basisavtalen varer til utgangen av 2010, og bør revideres. Helseforetaket ønsker ikke å ha et økonomisk fokus i en samarbeidsavtale. Dette kan imidlertid måtte revurderes ved en endret finansieringsordning som følge av samhandlingsreformen.

### 6.3.3 Lokalisering

I diskusjonene angående lokalisering er det kommet frem en del kriterier gruppene mener bør være grunnleggende. Det er blant annet:

- Beliggenhet må være i umiddelbar nærhet til sykehuset p.g.a. samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- Enheten bør være tilknyttet legevaktstjenesten. Når det gjelder behovet på natt er dette svært beskjedent. Samlokalisering er kanskje ikke nødvendig. Noen må ha et medisinsk faglig ansvar, med mulighet for sykepleier til å konferere med lege.

### 6.3.4 Innhold i en felles forsterket enhet:

Det som skiller en felles forsterket enhet fra akuttplasser ved den kommunale sykeheimen er at brukeren trenger daglig legetilsyn og med mulighet for hurtig legetilsyn også på kveld og natt. En

forventer også samarbeid med leger på helseforetaket. Tilbudet vil også gjelde pasienter som trenger behandling som lokale sykeheimer ikke har ressurser til, men som ikke trenger sykehusinnleggelse. Indikasjonene vil være de samme som ved akutt plasser i lokal sykeheim, men det er alvorlighetsgraden i enkelttilfeller som bestemmer oppfølgingsenheten.

- Observasjon
- Enkel diagnostikk (blodprøvetaking/analyse)
- Pasienter som er ferdig utredet på sykehus med foreskrevet behandling
- Stabiliserende behandling – f. eks. hjertesviktbehandling, KOLS og infeksjonssykdommer.
- Opplæring av pasient og pårørende
- Justering av smertelindring ved bl.a. smertepumper
- Blodtransfusjon
- Antibiotikabehandling – etter vurdering av fastlege direkte og ved tidlig overføring fra sykehus
- Væskebehandling
- Reinnleggelser

### 6.3.5 **Krav til faglige og økonomiske ressurser**

- Det må utarbeides beskrivelser av arbeidsprosedyrer for leger, sykepleiere og andre helsepersonell
- 15 senger
- Pleiefaktor: 0,85 årsverk/seng: 12,75 (ett årsverk: ca 450.000.-)
- Sykeheimslege: 1 årsverk (ca 6 - 700 000,-)
- 1 fysioterapeut: (ca 500.000,-)
- Merkantil personell:
- Bygg og anleggskostnader:

### 6.3.6 **Bemannings og rekrutterings spørsmål**

Som nevnt tidligere vil man jobbe for å gi mulighet til egen spesialisering for leger innen sykeheimsmedisin (kommunal geriatri).

I kommende års budsjett for Helseforetaket er det foreslått ett årsverk legestilling til geriatri og samhandling. Legedekningen ved felles enhet vil derfor dekkes av leger som er ansatt i 50 % stilling ved Helseforetaket og 50 % stilling i samkommunen. Legen skal ha daglig visitt på felles sykeheim og vil ellers bistå med tilsyn ved behov på andre sykeheimer samkommunen etter samhandling med de 2 andre sykeheimslegene. På kveld, helg og natt er det legevaksleger som har ansvar for å følge opp pasienten.

Anslått pleiefaktor på en felles enhet er 0,85 årsverk pr. seng.

### 6.3.7 **Kriterier for felles enhet:**

- Fastlegen, legevakslege og ansvarlig lege ved foretakets avdelinger må kunne legge inn brukere på felles sykeheim også utenom åpningstid for inntakskontoret.
- Det som står i basisavtalen bør også gjelde ved utskrivning til en felles forsterket enhet fra Helseforetaket.
- Forvaltningen av sengeplasser skjer gjennom sentralt inntakskontor. Vurderingen skal være medisinsk begrunnet og i størst mulig grad gjenspeile kommunestørrelsene.
- Gjennomsnittlig liggetid må tilstrebes å være 5 døgn

### 6.3.8 **Krav til faglige og økonomiske ressurser**

Forsterket enhet innebærer et alternativ til sykehusinnleggelse for de pasienter som i dag ville ha blitt lagt inn på sykehus. Dette er et kommunalt tilbud som skiller seg ansvarsmessig fra dagens DMS/DPS – løsninger. Det forventes at tilbudet som gis er kostnadseffektivt i forhold til sykehusinnleggelse. Helsepiloten forutsetter at tilbudet finansieres via friske eksterne midler eller gjennom avtaler med helseforetaket.

### 6.3.9 **Arbeidsutvalgets vurdering og anbefaling**

Arbeidsutvalget tilrår at en i første omgang prøver ut akutt plasser på de lokale helsehus som en prøveordning på hva den enkelte kommune eller institusjon er i stand til å klare med nye forventninger og krav. Fra 2012 etableres det en forsterket samkommunal avdeling på 12 -15 senger som er lokalisert nært helseforetaket. Forsterket avdeling forventes finansiert gjennom friske eksterne midler og vil kunne bli et tilbud til alle Namdalskommunene.

## 6.4 **Prehospitale akuttfunksjoner**

### 6.4.1 **Interkommunal legevakt (Legevakten i Midtre-Namdalen Samkommune/LINA – Legevaktordningen i Namdalen)**

#### 6.4.1.1 *Legevaktordningen i MNR (fra 2004 i nåværende form)*

Gjelder for tidsrommet – kontortidens slutt til kl 23.00, samt i helg og høytider fra kl 08.00 – 23.00. Ordningen omfatter samkommunene samt Flatanger og Osen/Roan i Sør-Trøndelag. Organisert etter § 27 i kommuneloven inntil etableringen av samkommunen. Denne er nå en del av samkommunesamarbeidet.

Samhandling med helseforetaket: Legevakten er samlokalisert med mottakelsen ved sykehuset Namsos, noe som gir sterke faglige synergieffekter, samt at en unngår at en mister tid ved akutte hendelser.

Kommunene kjøper telefon formidlingstjenster fra foretaket – Legevaktssentralen er samlokalisert med AMK i mottakelsen. Alle henvendelsene fra publikum vurderes av sykepleier med spesialkompetanse. AMK/Legevaktssentralen formidler ca 20.000 henvendelser årlig fra hele Namdalsregionen i tillegg til AMK funksjon for hele fylket. Kommunene kjøper også sykepleieassistanse til legevakslegene i de deler av døgnet legevakta ikke er bemannet med helsepersonell. Ordningen har tilknyttet helsesekretær 4 timer hver kveld i ukedagene, 6 timer i helgedagene.

#### 6.4.1.2 *Legevaktordningen i Namdalen (LINA)*

Etablert 1999 – omfatter 14 kommuner i nedslagsfeltet til Sykehuset Namsos HF – ca 36.000 innbyggere. LINA er et § 27 – samarbeid med eget representantskap. Ordningen gjelder for tidsrommet 23.00 – 08.00 – alle dager. Legevakslege har tilstedevakt. Fast timegodtgjørelse etter § 8 i særavtalen. I tillegg beholder legene egenandeler og trygderefusjon for arbeid utført på vekten.

### 6.4.2 **Observasjonspost**

De siste årene er det etablert et observasjonstilbud i mottakelsen med i alt 4 senger. Observasjonsposten er ikke formulert i avtale mellom kommunene og foretaket. Denne posten skulle benyttes til uavklarte sykdomstilstander som alternativ til innleggelse ved sykehuset. Intensjonen ved ordningen var at legevakslege skulle ha ansvaret for pasienten inntil vedkommende gikk av vakt for

så å ta stilling til hjemsendelse eller innleggelse i foretaket. Andre pasienter som var henvist til sykehusets poliklinikker kunne få et tilbud på observasjonsposten i påvente av at sykehusets leger kunne ta stilling til hjemsendelse eller innleggelse.

Tilbudet er relativt lite benyttet. Overnattingstilbud er gitt enkelte ganger med begrunnelse lang reiseavstand. Utover dette er ansvarsforholdene for pasienten uklare – 1. eller 2. linjetjeneste? Dette er også erfart andre steder i landet der FAM- modellen (felles akuttinntak) er utprøvd over noen tid. I dag må legene legge inn pasienten på Helseforetaket for å kunne benytte sengene. Legevaktslegene ønsker å kunne benytte 2 senger. Dette medfører imidlertid uklare og vanskelig ansvarsforhold.

Helseforetaket vurderer å leie ut 2 plasser til kommunene. Det er kapasitet i dag, men avtale må formaliseres mellom foretaket og kommunene. Ansvaret for pasienten må fastlegges. Tiltaket er en ny kommunal oppgave som må finansieres ved nye eksterne midler.

#### 6.4.3 **Ambulansetjenesten**

Ambulansestasjoner i Namsos, Grong og Flatanger. Ambulansetjenesten er helseforetakets ansvar. Det foreligger ingen klare signaler på økt/unødig bruk av ambulanser som følge av større legevaktsdistrikt. Innen psykiatritjenesten benyttes politi ofte som transportører av akutt syke pasienter. Dette oppleves stigmatiserende og lite faglig tilfredsstillende. En egen psykiatriambulanse bør vurderes etablert.

Drosjenæringen benyttes i relativt stor grad ved transport av pasienter til og fra legevakt, samt ved polikliniske vurdering og innleggelse sykehus. Helseforetaket er ansvarlig for koordinering og finansiering av denne tjenesten.

#### 6.4.4 **Legevaktslegene**

Alle fastleger og turnusleger i kommunehelsetjenesten skal delta i legevaksarbeidet. Samkommunene har per i dag 15 fastlegehjemler og 2 turnuslegestillinger. Fritak fra legevaktstjeneste reguleres av "særavtalen" med fritak etter søknad pga alder (>60år), sykdom, off. helsearbeid, permisjoner med mer. For første halvår 2009 har det vært 11leger medplikt til deltagelse i legevakt (9 fastleger). 2 har vært fritatt pga permisjoner, 2 pga alder > 60 år, 1 vakant og 1 lege fritatt etter personlig avtale med hjemling i § 7.18 i særavtalen.

Legevaksordningene gir mulighet til å bytte bort/gi bort legevakter til andre leger så fremt denne har avtale om legevaktskjøring. Fastlegenes deltagelse i legevaksarbeidet er varierende. Når det gjelder fastleger med plikt til deltagelse, hadde kun 3 av legene en deltagelse over 80 % av oppsatte vakter i LINA-ordningen, mens kun 4 av legene deltok >80 % i MNR legevakt. 3 leger deltok < 20 % av vaktene.

#### 6.4.5 **Utfordringer med dagens legevaksordninger**

Hjemmesykepleien ønsker notat etter legevaksbesøk. Rask og effektiv kommunikasjon mellom legevakt og hjemmesykepleie kan være vanskelig å få til pr telefon. Arbeidet i MNR legevakt reguleres i prosedyrepermen for legevakta. Journalnotat fra legevaksbesøket bør sendes til fastlege, og ved behov sendes med pasienten tilbake til hjemmesykepleien etter informert samtykke. Dette gjennomføres ikke i tilstrekkelig grad. I tillegg svekkes informasjonsoverføring av postgang, samt at pasienter glemmer levere notat til hjemmesykepleie og/eller fastlege. Pilotprosjektet skal ivareta elektronisk kommunikasjon mellom legevakten, den enkelte fastlege og hjemmesykepleie der pasienten ikke motsetter seg dette. Samkommunen innfører dette fra neste år.

#### 6.4.6 **Kommunikasjonsløsninger**

Legevakslegene er pålagt å være tilgjengelig på helseradio i vaksammenheng. Denne tjenesten har betydelig forbedringspotensial pga manglende dekning, brukervennlighet og åpent nett. Mobiltelefonen benyttes ved overføring av personopplysninger. Legevaksordningen ser frem til implementeringen av digitalt helseradionett (2012?).

#### 6.4.7 **Lokalisering av legevaksstasjonen**

Dagens løsning samlokaliserer legevaksstasjonen med AMK og mottakelsen ved sykehuset. Lokalisasjonen gir først og fremst store synergieffekter i de tilfelle det haster mest med at en unngår unødig tidstap mellom vurdering av legevakslege til overføring til 2. linjetjenesten. I tillegg utgjør lokalisasjonen et sikkerhetstilbud til personell på vakt – ikke minst på kveld og natt. Hjelpepersonellfaktoren kan også holdes lavere gjennom samlokaliseringen.

Ved en etablering av forsterket sykeheimsenhet kan en endring av lokalisering diskuteres. Etablering av legevaksstasjon i umiddelbar nærhet til avdelingen kan være en løsning for å kunne vurdere innlagte pasienter ved avdelingen. Nærhet til lege er viktig i ei forsterket avdeling.

Momenter mot flytting av legevakt til Namsos Sykeheim:

- Faglig synergieffekt og tid går tapt når det haster.
- Sikkerhetsaspektet for personellet på vakt endres.
- Kostnadsøkning som følge av nødvendig økning av hjelpepersonell

Momenter for flytting av legevakt:

- Etablering av nødvendig nærhet til forsterket sykeheimsløsning.

#### 6.4.8 **Arbeidsutvalgets vurdering og anbefaling - Legevaksordningene**

Tilbudet med observasjonspost foreslås videreført i en formalisert samarbeidsavtale. Tilbudet gjelder pasienter hvor sykdomstilstanden må avklares nærmere før en vurderer hjemsendelse eller innleggelse i foretaket. Tilbudet gjelder pasienter i alle aldre.

Pasienter som planlegges lagt på observasjonspost skal henvises til 2. linjetjenesten.

### 6.5 **Læring og mestring (LMS)**

#### 6.5.1 **Endring og innhold i LMS**

LMS er en tjeneste som i dag tilbys av helseforetakene, hvor hensikten er å bidra til at pasienter med kroniske lidelser og pårørende mestrer sin hverdag. Dette skal også bidra til å hindre negativ videreutvikling av lidelsen og minske risiko for reinnleggelser. Oppgaver som utføres ved LMS ved helseforetaket i dag er blant annet å lage opplegg for pasienter med KOLS, beinskjørhet, øresus, fedmeopererte, prostatakreft m.m. Stomisykepleier har poliklinikk x 1 pr. uke, i tillegg har helseforetaket egen diabetespoliklinikk.

I vår fremtidige organisering vil lærings - og mestringssenteret flyttes fra helseforetaket og over til samkommunenivå. I tillegg vil funksjonene utvides fra å gjelde sekundærforebygging i dagens lærings – og mestringsmodell til også å inkludere tjenester til barn og unge, ambulerende tjenester og

helsestasjon for eldre. Tjenestene ved LMS på samkommunalt nivå har også til hensikt å bidra til at brukere med kroniske lidelser og pårørende mestrer sin hverdag.

Alternativ løsning kan også bestå i at samkommunen inngår et mer formelt samarbeid om eksisterende lærings og mestringstilbud hvor kompetanse benyttes på tvers av forvaltningsnivå.

Aktuelle tilbud:

- Selvhjelpsgrupper (alle aldersgrupper)
- Pårørendegrupper (alle aldersgrupper)
- Skilsmissegrupper, Samlivskurs, Svangerskapskurs
- Oppfølging av pasientgrupper med diabetes, KOLS, hjertepasienter, reumapasienter og personer med overvektsproblemer. Listen er ikke uttømmende.
- Tilby mennesker i høy alder med kroniske sykdommer en tettere oppfølging
- Veiledning og råd ved stomi
- Røykeavvenningsgrupper

### 6.5.2 Ambulerende tjenester

Ambulerende tjenester er fagteam som kan gå inn på alle nivå i samkommunen, i tett samarbeid med brukerkontoret. Formål er å styrke kompetansen i alle kommuner. Primæroppgave blir opplæring samt å være støttespillere for helsepersonell i kommunene. Kommunale medarbeidere står for utøvelsen av oppgavene.

Behov for ambulerende tjenester på ulike områder:

	Antall Overhalla	Antall Namsos	Antall Namdalseid	Antall Fosnes	Team ved helseforetaket
<b>Demente, i private hjem / totalt i hele kommunen</b>	Ca 20 inkl. bolig	Ca 45 – 50/ ca 133	Ca 15 (+10 i bolig)	5	
<b>Kreft / lindrende behandling</b>	Ca 5/år	Ca 13 – 15/år	Max 3/år	1-2 pr. år	<b>x</b>
<b>Lunge/KOLS – forebyggende</b>	1	Ca 27 - 30	2-3	1-2 pr. år	
<b>Vold i nære relasjoner</b>	Det er et forholdsvis høyt antall saker med vold i nære relasjoner i Namdalen. I Namsos rapporterer politiet om minimum 1 sak/uke				
<b>Spiseforstyrrelser</b>	Foreligger ikke tall				
<b>Team som jobber i rusfeltet</b>		Har i Namsos			
<b>Alderspsykiatri (Helseforetaket har)</b>					<b>X</b>
<b>Diabetes</b>	Foreligger ikke tall				

Ansatte med spesialkompetanse i hjemmetjenestene som har fast arbeidsplass i de enkelte kommunene, kan utøve deler av sin stilling i ambulerende tjeneste. En forutsetning for oppstart av ambulerende tjenester er at det foreligger klare avtaler om fordeling av oppgaver og samhandling mellom Helseforetak, fastlege og LMS slik at pasientene ikke får dobbelt opp med tilbud.

En slik avtale bør blant annet inneholde:

- Rutiner for utdeling av pasientinformasjon, med bl.a. en folder med informasjon om navn og telefonnummer til hjemmetjenestene og ambulerende tjenester
- Rutiner for faste møtepunkt mellom kommunene og Helseforetak innenfor ulike tjenesteområder.
- Bruken av telefonkonferanser mellom helsenivåene
- Hospitering ved aktuelle avdelinger ved helseforetaket
- Kursing fra helseforetaket av kontaktpersoner i kommunene x 2 i året
- Ansvarsavklaring for å holde lister på kontaktpersoner oppdatert.
- Samarbeid mellom kommunale team og aktuelle poliklinikker og avdelinger ved helseforetaket

- Bruk av spesialistkompetanse i foretaket inn i mot de ambulerende teamene.

### 6.5.3 Helsestasjon for eldre (sekundærforebyggende tiltak)

Dette tilbudet finnes ikke etablert i noen av kommunene i Midtre Namdal, men man ser et klart behov for en slik enhet for å kunne forebygge innleggelse på kommunalt nivå og foretaket. Helsestasjonen skal være tilgjengelig i alle kommunene. Det betyr at de ansatte har en base i lærings- og mestringssenteret og reise ut til kommunene på faste ukedager.

Generell helsesjekk skal skje via den enkelte brukers fastlege.

Pasienter og pårørende skal kunne ta kontakt med helsestasjon direkte. Henvvisning av risikopasienter skal også skje av den enkeltes fastlege (IT-løsning).

Aktuelle oppgaver ved helsestasjonen er (listen er ikke uttømmende):

- Veiledning om kosthold.
- Hjemmebesøk ved behov
- Møteplass for ulike brukergrupper på oppsatte dager.
- Forebyggende kartlegging (Videreutvikle fallprosjektet i samkommunen)
- Felles ergoterapi / hjelpemiddel-ressurs på helsestasjonen for eldre

### 6.5.4 Arbeidsutvalgets vurderinger og forslag

Helsestasjon for eldre er viktig fordi gruppen er langt mer risikoutsatt. Eldre bør ha mulighet til å komme til helsestasjonen bare for å få en prat.

Arbeidsutvalget mener at LMS virksomhet bør skje gjennom et samarbeid mellom eksisterende tilbud i HF og samkommunen (Namdalskommunene), alt etter ressursbehov og kompetanse.

## 6.6 Helsestasjon og skolehelsetjenesten

Dagens situasjon er preget av at det sitter få eller enslige helsesøstre i de små kommunene som må være gode på svært mange ting. I Namsos har de et større fellesskap da de er flere ansatte, men har problemer med å rekruttere tilstrekkelig med personell. Tjenestene i de små kommunene er svært sårbare ved sykdom eller andre årsaker til at personellressursen ikke er tilgjengelig hver dag.

### 6.6.1.1 Framtidig organisering

Helsesøstrene har gjennom diskusjon kommet frem til forslag til løsning på fremtidig organisering for tjenesteområdet. I et samstemt notat anbefaler de at hver kommune har ansatt egen ledende helsesøster, mens de på samkommunenivå har en koordinator/helsesøster som kan ivareta følgende aktuelle oppgaver:

- Være ansvarlig for felles planarbeid/ arbeidsverktøy/undervisningsmetoder på skolene
- Koordinere aktuelle samkommunale grupper og kurs som BAPP, barnegrupper for skillsmissebarn, "Hopp og sprett", foreldreforbereidende kurs
- Organisering av internundervisning
- Ansvar for å organisere fordelingen av spisskompetanse på kommunene
- Initiere tilbakemeldingsarena etter at en har vært på kurs
- Arbeide med prosjektsøknader.

- Koordinerende ansvar for samkommunale tilbud som psykolog for barn 0-20 år, jordmortjenesten, fysioterapeut som jobber forebyggende, ergoterapeut og hjemmekonsulent.
- Helsestasjonslegevirksomheten ivaretas gjennom kommunale avtaler om offentlig legearbeid

## 7 Kommunikasjons-, kvalitets- og internkontrolløsninger

### 7.1 Elektronisk samhandling

Området IKT er organisatorisk plassert på samkommunenivå i Midtre Namdal. Fra 2010 vil samkommunen kun ha ett budsjett for IKT og all nyutvikling i enkeltkommunene skal skje på samkommunenivå.

Å tilpasse nye IKT- løsninger for å møte store helseutfordringer vil være essensielt for å effektivisere og kvalitetssikre framtidens helsetjeneste

IKT- løsningene er utviklet slik at samkommunen kan samhandle elektronisk med andre fagområder i større grad enn tidligere. Norsk helsenett, Visma Unique Profil-kom og Visma Unique Link er bestemt innkjøpt i samkommunen i 2010. Dette åpner for at meldinger som laboratoriesvar og epikriser med mer, kan håndteres elektronisk. Det er pr. dato ikke utarbeidet en handlingsplan for hvilke meldinger som skal prioriteres, men kommunene er samstemt om å gå i takt med Helseforetaket.

Leger i samkommunen sender pr. i dag elektroniske meldinger til helseforetak, NAV og helsedirektoratet/ helserefusjonsområdet.

#### 7.1.1 Generelle betraktninger:

- Ansatte innenfor helse har generelt for liten kunnskap om IKT – verktøy, deriblant "Outlook", noe som fører til at ansatte sjelden eller aldri sjekker e-post.
- Dagens dataprogrammer er ikke optimalt utnyttet, og det er en ressursmessig utfordring å lære opp alle ansatte.
- Anbefales at IKT følger helhetlig pasientforløp.
- Nye tilsatte må forventes å ha IKT – kompetanse ved tilsetting.
- De ulike aktørene på kommunalt og foretaksnivå benytter ulike programmer innenfor ulike helsefagområder, dette fører til dårlig elektronisk samhandling.

#### 7.1.2 Status og anbefalinger for IKT i samkommunen

Foreslåtte tiltak i piloten	Anbefalte IKT-løsninger
"Akuttsenger" ved sykeheim og eventuell forsterket sykeheimsavdeling.	Behov for programvare for kommunikasjon mellom legevakt og sykeheim for å overføre status på pasienten og få en vurdering tilbake.  Behov for et elektronisk "meldeskjema" (henvisning/bekymrings-melding) som kan legges i den elektroniske journalen til brukeren.  Fastlegene må kunne sjekke status på "sine" brukere som er innlagt på akuttplass.  Alle LINA - legevaktsleger trenger tilgang til journal elektronisk pga vakt på natt.
Pasientkoordinator	Bør ha mulighet til å dokumentere elektronisk når vedkommende er på sykehuset og innhenter opplysninger, gjennom et bærbart system.
Felles forvaltningstjeneste	Befolkningen i samkommunen må kunne søke om tjenester elektronisk
Hjemmebaserte tjenester	Ansatte bør ha mulighet til å lese kjernejournal gjennom trådløst journalsystem i pasientens hjem for å forhindre feilvurderinger og feilmedisineringer (PDA).

Helsesøsterkoordinator	Namsos, Overhalla og Fosnes har HS– pro, Namdalseid har Win-med. Ønskelig at alle kan kommunisere elektronisk.
Spesialist i sykeheimsmedisin (kommunal geriatri)	Skal ha tett samarbeid og delvis være ansatt på to nivå, både sykehus og kommune. Her bør det være god elektronisk samhandling, slik at vedkommende slipper mange ulike programmer.
Kommunikasjon mellom legevakt, kommune, sykehus, fysio – og ergoterapi og fastlege	Vedtatt kjøpt inn helsenett og Visma Link i samkommunen som skal skape bedre elektronisk samhandling.  Alle fastleger (unntatt turnusleger) har PKI, d.v.s. elektronisk signeringskort.  Meldingsblanketten om overføringsklare pasienter til kommunene fra Helseforetaket bør være digital.  Epikriser (vedtatt), henvisninger, resepter, legemiddeloversikter, laboratorierekvisisjoner og- svar (vedtatt), røntgenrekvisisjoner og- svar skal være elektronisk.  Avvik i basisavtalen bør kunne sendes elektronisk mellom kommune og helseforetak, dersom den skal videreføres i 2010.
Valg av fastlege på nett.	Tilgang til alle fastlegene i samkommunen.
Samhandling med Namdal rehabilitering	Sende og motta henvisninger og vurderinger etter oppholdet .
Bruk av OBS – post	Elektronisk henvisning fra legevakt.
Avvikssystem	Namsos og Namdalseid har avvikssystemet Delta, dette bør videreutvikles og tas i bruk i samkommunen.
Forebyggende aktiviteter	Samkommunalt elektronisk nettverk for forebyggende planer, tiltak og erfaringer.
Helsestasjon for eldre	Elektronisk meldeskjema/henvisning for brukere i definerte risikogrupper fra fastlegene (etter samtykke)
Hjelpemiddelsentralen i Nord-Trøndelag.	Elektronisk søknad om hjelpemidler. Bør sees i sammenheng med hjelpemiddelmodulen som vurderes oppstartet i profil.
Tjenesten for asylsøkere	Helsenett for lege.
Hjemmetjenesten for funksjonshemmede	Felles meldeskjema internt mellom kommunale etater ved overganger mellom tjenesteytere. Mellom helsestasjon - barnehage – skole – hjemmetjenestene.
Individuell plan (IP)	Felles mal for elektronisk IP for samkommunen
Vedtatte aktiviteter  I Profil	Pasientregnskap  Arbeidsplan – samkjører NOTUS med arbeidslister i hjemmesykepleien.

### 7.1.3 Arbeidsutvalgets vurdering og anbefaling

Det er store muligheter for å få til mer effektiv elektronisk samhandling ved å ta i bruk og videreutvikle eksisterende teknologi innen IKT. En rekke konkrete forslag er gjengitt i tabellen ovenfor.

## 7.2 Kvalitet og internkontroll

I helse- og omsorgssektoren er et velfungerende internkontrollarbeid hvor man forholder seg til en rekke lovverk som skal sikre "orden i eget hus".

De fleste ledere og ansatte har kjennskap til internkontrollkrav knyttet til helse, miljø og sikkerhet (HMS), i tillegg finnes en rekke lovverk som stiller krav om tilsvarende aktiviteter som ikke er så godt kjent.

### 7.2.1 Internkontroll

Relevante lover og forskrifter	Aktører og forhold som skal ivaretas
Kvalitetsforskriften	Brukere av helse og omsorgstjenestene
Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (henvises til av flere lovverk)	Sikre en forsvarlig kvalitetsmessig og sikker intern drift
Forskrift om miljørettet helsevern	Miljø og sikkerhet knyttet til beboere på institusjoner og befolkningen
Forskrift om systematisk HMS-arbeid (internkontroll)	Arbeidstakere, arbeidsmiljø, brann, elektrisitetssikkerhet, forurensning og produktsikkerhet
Forskrift om internkontroll for å oppfylle næringsmiddellovgivningen	Hygieneforhold knyttet til kjøkken og håndtering av næringsmidler
Personopplysningsforskriften / helseregisterloven	Sikring av personopplysninger

#### 7.2.1.1 Hva kjennetegner alle disse lovverkene

I hovedsak setter alle disse lovverkene omtrent samme krav til dokumentasjon og internkontrollaktiviteter:

- Beskrivelse av organisasjon
- Fastsetting av ansvar / myndighet og oppgaver for relevante aktører
- Oversikt over relevant lovverk
- Dokumentasjon og beskrivelse av viktige prosedyrer / rutiner
- Kompetanse og opplæring av personell
- Risikokartlegging og oversikt over risikoforhold
- Planer for drift og oppfølging av forskriftens krav
- Rutiner for avvikshåndtering
- Rutiner for sikring av kontinuerlig forbedring
- Rutiner for jevnlig oppdatering / vedlikehold av dokumentasjon

#### 7.2.1.2 Hva er status i Midtre Namdal med hensyn til internkontroll

- Det er utarbeidet internkontrolldokumentasjon for elementer av lovverkene i deler av kommunene. Dette gjelder i hovedsak for HMS, men i liten grad i forhold til de andre lovverkene.
- Kvaliteten på IK-dokumentasjonen er svært varierende og delvis tungvint i bruk. Den finnes både i papir og digital form.
- Internkontrollkravene med unntak av HMS, ser ut til å være ulikt prioritert og er lite systematisert.

- Det er ingen overvåkende ledelsesfunksjon som etterser aktivt internkontrollarbeid.
- De fleste steder er det passive system som ikke brukes systematisk, da forståelsen for behovet for internkontrollarbeid ikke er til stede.
- Alle kommunene gjennomfører verneunder relatert til HMS og ivaretar basis-opplæring av verneombud og ledere.
- Det finnes delvis digitale og papirbaserte avvikssystemer, og disse fungerer mer eller mindre, avhengig av hvor i organisasjonene man ser.

### 7.2.1.3 *Faglige tanker vedrørende internkontroll*

- Tilsynsmyndigheter krever at IK-dokumentasjon skal være på plass og i aktiv bruk, dette er felles og likelydende krav til alle kommunene i samkommunen.
- Det er ingen samordning fra tilsynsmyndighetene om de ulike kravene til internkontroll og dokumentasjon
- Alle kravene om dokumentasjon kan inkluderes i et felles internkontrollsystem som dekker alle lovverkene, kompetansen til å utføre dette arbeidet finnes i samkommunen.
- Internkontroll vil ofte nedprioriteres av ressursmessige hensyn, men det er tvil om noen er tillagt spesifikt ansvar for at dette skal være aktive prosesser.
- Erfaring viser at man i høy grad kan bygge på eksisterende dokumentasjon som finnes, men at dette må koordineres og oppdateres.
- Det burde være fullt mulig å ivareta dokumentasjonskrav og krav om kontinuerlig forbedring og vedlikehold i samkommunen gjennom en effektiv samordning og samhandling.
- Samkommunestyret signaliserte at felles kvalitets- og internkontrollarbeid var ønskelig

### 7.2.2 **Hva er status i Midtre Namdal vedrørende kvalitetsarbeid**

- Kvalitetsforskriften er kjent blant ledere og delvis kjent blant ansatte.
- Det har vært gjort forsøk på å få i gang kvalitetsarbeidet innen begrensede felt fra ledelsesnivå i alle kommunene, men det har ikke blitt fullført og implementert, da det ikke har vært satt av tilstrekkelig ressurser til dette.
- Ingen av kommunene i Midtre Namdal er med på "[kvalitetskommuner](#)" som er et statlig prosjekt som har gått over noen år.
- Det foregår ingen systematisk aktivitet i Midtre Namdal i tilknytning til helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. [Og bedre skal det bli!](#) (2005-2015)

#### 7.2.2.1 *Faglige tanker vedrørende kvalitetsarbeid i helse- og omsorgssektoren*

- All erfaring viser at hvis man får til et effektivt kvalitetsarbeid, så medfører dette mer effektiv bruk av ressurser.
- Hovedhensikten med kvalitetsarbeid er å sikre en riktig og tilstrekkelig kvalitet som står i forhold til de økonomiske og personellmessige ressurser som kommunene har, herunder å sikre at kvalitetskriteriene er beskrevet og kommunisert til de som skal forholde seg til dem, og å bidra til kontinuerlig forbedring av drift og tjenester.

### 7.2.3 **Arbeidsutvalgets vurderinger og anbefalinger**

- Det anbefales at samkommunen samordner og videreutvikler eksisterende kvalitets- og internkontrollarbeid for helse og sosial, og at man velger ut et organisatorisk område hvor dette arbeidet kan igangsettes. Dette bør utvides til å omfatte større deler av helsesektoren etter hvert.
- Det anbefales at det settes av en samkommunal ressurs med kvalitets- og internkontrollkompetanse, til å koordinere et slikt prosjekt og at det forankres på overordnet ledelsesnivå i kommunene.
- Det anbefales at denne koordinatoren får en pådriverrolle knyttet til å få dette til å bli aktive prosesser, med kontinuerlig forbedringsarbeid
- Det anbefales at dette arbeidet evalueres når forsøksperioden er over, men tanke på utvidelse til hele kommunesektoren.

## **8 Økonomiske og juridiske vurderinger av helsepiloten**

Se eget vedlegg

## **9 Informasjon**

Informasjonsstrategien vil være viktig uansett hvilke alternative løsninger som blir valgt. Ikke minst om søknaden om pilotering blir akseptert fra Helse og Omsorgsdepartementet. Det legges opp til utarbeidelse av informasjonsstrategi når nødvendige vedtak er fattet.

## **10 Evaluering**

Evalueringsløpet vil gjenspeiles i hvilken status prosjektet får i Helse og omsorgsdepartementet. En nasjonal pilotstatus vil utløse ekstern evaluering.

Hvis søknaden om pilotstatus blir avslått, vil flere av tiltakene som foreslås i den politiske bearbeidelsen kunne gjennomføres som del av samkommunesatsingen. En fremtidig prosjekteringsgruppe må ta stilling til gjennomføring av evaluering. Det er naturlig å se for seg et samarbeid med forskningsmiljøet ved HiNT.

## 11 Vedlegg 1

### 1 Kommunal forvaltningstjeneste helse/omsorg (årsverk)

	Namsos	Overhalla	Fosnes	Namdalseid
administrativ ledelse	0,5	0	felles	0
Saksbehandler rådgiver konsulent	4,0	0,5	felles	1,0
Driftskostnader i mill	2,485	0,3	felles	henviser til 4.4.1
Driftsinntekter i mill	0,362		felles	

### 2 Helseinstitusjoner (årsverk)

	Namsos sykeheim	Svingen (Namsos)	Overhalla sykeheim	Fosnes Inkl hjemmetjenester	Namdalseid sykeheim
antall korttids/rehabiliteringsplasser	8	0	6	17 totalt	4
antall avlastningsplasser	4	0			0
dagtilbud	10	0	0		
Antall langtidsplasser	74	2	33		17
sykepleier	41,8	0	17	6,8	6,67
helsefagarbeider / hjelpepleier / omsorgsarbeider	35,9	2,81	15	8,5	10,9
lege	0,69	0	0,2	0,4	0,2
fysioterapeut	0	0	0	0	0,16
ergoterapeut	0	0	0	0	0
aktivitør	1,5	0	1,4	0,4 (vakant)	0,8
Vernepleier	2,75	5,16	1,0	0,5	0
assistent	0,86	0,45	0	1,6	0,9
Psykiatrisk koordinator	0	0	0	0,5	0
kokk	5	0	5,79	1,5	2,67
kjøkkenassistent	5,2	0		0,5	0
Vaskeritjeneste	1	0	0	0,5	1,0
Vaktmester / transport / ambulerende	3,0	0	0	0	0
lærling	0	0	0	1,0	0
Merkantil / administrativ ledelse	3	0,6	1,0	1,0	2,0
Driftskostnader i mill	86,964	10,704	23,205	8,725	16,725
Driftsinntekter i mill	43,540	7,880	6,470	2,438	4,515

### 3 Omsorgsboliger med heldøgns bemanning - hjemmesykepleie

	Namsos	Overhalla	Fosnes	Namdalseid
antall heldøgns omsorgsboliger	88	12	8	26
Antall beboere i heldøgns omsorgsbolig	93	12	7	27
antall brukere av hjemmesykepleie utenfor omsorgsbolig	250 - 300	99	19	102
antall brukere av støttekontakt / totalt antall timer	114/368t			
Sykepleier	36,7	8,5		11,4
Kreftsykepleier	0	0,2		0,2
helsefagarbeider / hjelpepleier / omsorgsarbeider	42,0	4,2		8,7
Lege	0	0		0
Fysioterapeut	0	0		0
Ergoterapeut	0	0		0,5
Aktivitør	3,55	0		0
Vernepleier	1,56	0		0
Assistent	1,26	0		1,0
Merkantil / administrativ ledelse	4,6	felles		felles
Driftskostnader i mill	49,858	9,364	2,401	14,523
Driftsinntekter i mill	6,503	0,885	1,337	1,467

### 4 Omsorgsboliger med heldøgns bemanning ved tjenesten for funksjonshemmede (årsverk)

	Namsos	Overhalla	Fosnes	Namdalseid
Antall boliger / brukere	31	10	0	2
Sykepleier	1,9	0,9	henviser til 4.3	1,8
helsefagarbeider / hjelpepleier / omsorgsarbeider	21,5	3,3		0,85
Aktivitør	0	0,6		0
Vernepleier	19,6	3,7		1,64
Assistent / barne – og ungdomsarbeider	12,0	0,5		3,47
Barnevernspedagog	0	0,8		0
Merkantil / administrativ ledelse	3,2	felles		felles
Driftskostnader i mill	47,338	7,503		4,418
Driftsinntekter i mill	22,393	0,574		3,133

### 5 Omsorgsboliger med heldøgns bemanning for mennesker med psykiske problemer

	Namsos	Overhalla	Fosnes	Namdalseid
antall omsorgsboliger med heldøgns bemanning	8	felles for alle typer brukere	se 4.4.1	2
antall brukere av hjemmesykepleie utenfor omsorgsbolig	160	101	3	16
sykepleier	6,5	2,55	henviser til 4.3	0,8
helsefagarbeider / hjelpepleier / omsorgsarbeider	7,0	0,6		0,7
Lege	0	0		0,05
aktivitør	0	0,8		0
Vernepleier	1	0		0
assistent	0	0,13		0
Merkantil / administrativ ledelse	1,0	felles		felles ressurs
Driftskostnader i mill	12,649	2,544	0	1,197
Driftsinntekter i mill	10,902	2,992	0	1,759

## 6 Dagsenter for mennesker med psykiske problemer

		Namsos	Overhalla	Fosnes	Namdalseid
	antall daglige brukere	22	0	0	7
<b>antall årsverk</b>	helsefagarbeider / hjelpepleier / omsorgsarbeider	0	0	0	0,8
	aktivitør	1,0	0	0	0
	assistent	1,0	0	0	0
	Driftskostnader i mill	0,917	0	0	0,430
	Driftsinntekter i mill	0,536	0	0	0,122

## 7 Rusoppfølging

	Namsos	Overhalla	Fosnes	Namdalseid
<b>Antall brukere</b>	51		0	0
<b>sosionom</b>	1,0	ansvaret og ressurs ligger hos psykiatritjenesten	se 4.3	0
<b>Vernepleier/sykepleier</b>	2,0		Se MNR	0
<b>miljøarbeider / hjelpepleier</b>	0,6			
<b>Driftskostnader i mill</b>	1,509	0,041	0	0
<b>Driftsinntekter i mill</b>	1,768*		0	0

\* STYRK- prosjektet

## 8 Hjemmehjelp / praktisk bistand

		Namsos	Overhalla	Fosnes	Namdalseid
	Antall beboere i heldøgns omsorgsbolig som har praktisk bistand	130	12	5	totalt antall brukere 82
	antall brukere av praktisk bistand utenfor omsorgsbolig med heldøgns bemanning	250	103	18	
<b>antall årsverk</b>	hjemmehjelp	18,2	5,38	0,4	4,55
	assistent	0	0	se 4.3	0
	Merkantil / administrativ ledelse	0,36	felles	se 4.3	felles ressurs
	Driftskostnader i mill	8,916	2,630	0,472	1,989
	Driftsinntekter i mill	2,386	0,522	0,201	,478

## 9 Fastleger / legekantor

	Namsos	Overhalla	Fosnes	Namdalseid
antall hjemler	10	2	1	2
antall årsverk for fastlønnte fastleger				1,65
Antall pasienter	13613	3489	507	1480
antall stillingshjemler for tilsynsfunksjon	0	0,2	0,4	0,2
Antall årsverk for tilsynsfunksjon	1,0		0,4	0,2
turnuslege	1	1	0	0
Helse / legesekretær	0	2,4	0,4	2,0

10 Helsestasjon, skolehelsetjeneste og jordmortjeneste

		Namsos	Overhalla	Fosnes	Namdalseid
antall årsverk	ledende helsesøster	0,5	-	0,5	-
	helsesøster	7,3	2,85		1,0
	vernepleier	0,8	-	-	-
	lege	0,35	0,2 turnus	se 4.3	0,05
	assistent	0,5	0,4	-	-
	Merkantil / administrativ ledelse	1,5		-	0,1
	Saksbehandler rådgiver konsulent	2	-	-	-
	Psykiatrisk sykepleier	1,0	1,2	-	0,2
	Jordmor MNR	1,0	0,2	0,1	0,1
	Driftskostnader i mill	6,957	0,948	0,295	0,763
Driftsinntekter i mill	3,216	0,049	0,038	0,032	