



«Forprosjekt Helsehus i Nordhordland» - Arbeidsnotat fra arbeidsgrupper

06.01.2012



Innholdsfortegnelse

INNLEDNING	5
1 BAKGRUNN OG MANDAT	6
1.1 BAKGRUNN	6
1.2 MÅL FOR ARBEIDSGRUPPA	7
1.3 MANDAT FOR ARBEIDSGRUPPA	7
1.4 PRESISERINGER PÅ OPPSTARTSMØTET 9. SEPTEMBER 2011	7
1.5 DELOITTE SINE OPPGAVER I FORPROSJEKTET	8
1.6 PROSESS OG PROSJEKTPLAN	9
2 KORT NÅSITUASJONSBESKRIVELSE – KARTLEGGING AV DAGENS SITUASJON	10
2.1 ØKONOMISKE VIRKEMIDLER I SAMHANDLINGSREFORMEN	10
2.2 BEFOLKNINGSFORDELING OG ANDEL ELDRE OVER 80 ÅR	14
2.3 FORBRUK AV SPESIALISTHELSETJENESTER I REGIONEN; OMFANG, HVOR SKJER BEHANDLINGEN, VENTETIDSSITUASJON	15
2.4 KOSTNADER INNEN PLEIE OG OMSORG I NORDHORDLANDSKOMMUNENE	18
3 KORT BESKRIVELSE AV BEHANDLINGSTILBUD FØR, I STEDET FOR OG ETTER SYKEHUSOPPHOLD	20
3.1 ØYEBLIKKEG HJELP	20
3.2 OBSERVASJONSPASSER OG ENKLERE BEHANDLING	21
3.3 ETTER SYKEHUSOPPHOLD	21
3.4 UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER	22
3.5 PSYKISK HELSE	25
3.6 RUSFELTET	25
4 ALTERNATIVE MODELLER	26
4.1 KORT BESKRIVELSE AV DE FIRE ALTERNATIVENE	27
4.2 KONSEPTVALG - ALTERNATIVANALYSEN	28
4.3 KRAV TIL GOD LØSNING – NÆRMERE BEGRUNNELSE	28
4.4 OPPSUMMERING AV ALTERNATIVANALYSEN	32
5 INTERESSENTANALYSEN	33
5.1 INTERESSENTANALYSEN – SPESIALISTHELSETJENESTEN	34
5.2 KONKLUSJONER FRA INTERESSENTANALYSEN	35
6 MODELL FOR INNHOLD I ET FRAMTIDIG HELSEHUS	36
6.1 HELSE BERGEN, PSYKIATRISK DIVISJON, SINE TANKER OM LØSNINGER	37
6.2 KARTLEGGING AV AREALBEHOV	37
6.3 LOKALISERING	40
6.4 ANBEFALINGER FOR VIDERE KARTLEGGING AV EN EVENTUELL HELSEHUSINVESTERING	41
7 PRINSIPPER FOR ORGANISERING OG FINANSIERING	42

7.1	PRINSIPPER FOR ORGANISERING I FORHOLD TIL PASIENTFLYT OG BEHANDLINGSFORLØP ETTER BEON-PRINSIPPET	42
7.2	NYE SAMARBEIDSAVTALER MELLOM KOMMUNEHELSE TJENESTEN OG SPESIALISTHELSE TJENESTEN	43
7.3	PRINSIPPER FOR STORDRIFTSFORDELER I FORHOLD TIL DØGNBEMANNING	44
7.4	FINANSIERINGSMODELLER FOR INTERKOMMUNALT HELSEHUS.....	45
8	KOMMUNALT SAMARBEID	45
8.1	UTGANGSPUNKT FOR VALG AV SAMARBEIDSMODELL	45
8.2	VERTSKOMMUNE- ELLER SAMKOMMUNEMODELL	46
9	MULIGHETER FOR OFFENTLIG PRIVAT SAMARBEID (OPS)	49
9.1	KONTRAKTSSTRUKTUR	49
9.2	HENSIKTMESSIG RISIKOFORDELING FOR BEGGE PARTER	50
9.3	BETALING	51
10	KONKLUSJON OG ANBEFALING	53
10.1	ANBEFALING AV VIDERE UTREDNING AV HELSEHUS-ALTERNATIVET	53
10.2	LOKALISERING.....	53
10.3	STOR INTERESSE FOR SAMLOKALISERTE TJENESTER I ET HELSEHUS	54
10.4	VALG AV SAMARBEIDSMODELL FOR DRIFTEN AV ET HELSEHUS	54
10.5	HELSEHUS KAN VÆRE VIKTIG FOR REGIONAL UTVIKLING	54
10.6	INTERKOMMUNALT DØGN TILBUD MED FLERBRUKSSENGER	55
10.7	ANBEFALINGER FOR VEIEN VIDERE.....	55

Innledning

Dette arbeidsnotatet er utarbeidet på oppdrag fra Regionrådet Nordhordland IKS og presenterer en foreløpig tilråding til helseutvalget i Regionrådet i forhold til realisering og etablering av et framtidig Helsehus/Lokalmedisinsk senter i Nordhordland ut fra ulike modeller for organisering og nivå på helsetjenestene. Arbeidsgruppen som står bak innholdet i notatet er sammensatt av representanter fra administrativ, politisk og faglig hold fra kommunene i Nordhordland og med fagpersoner innen både somatikk og psykisk helsevern fra Haraldsplass og Helse Bergen. Arbeidsgruppen har i perioden 9. september til 1. desember 2011 gjennomført fem arbeidsmøter. Arbeidsgruppen har bestått av følgende personer:

- Nils Marton Aadland, Ordfører Meland, Styret i Regionrådet
- Anne Berit Kolås, Brukerutvalget i Helse Bergen
- Rolf Martin Tande, Kommuneoverlege Masfjorden, Helseutvalget i Regionrådet (prosjektleder)
- Øistein Sjøvik, Rådmann Lindås, Rådmannsgruppa i Regionrådet
- Anne Jorunn Lunde, Leder familievernkontoret Austrheim, Strategigruppa i Regionrådet
- Kim André Sperstad, Samhandlingskoordinator, Haraldsplass Diakonale sykehus AS
- Gro Fanebust, Klinikkdirektør Bjørgvin DPS, Helse Bergen HF
- Geir Lien, Spesialrådgiver Psykiatrisk divisjon, Helse Bergen HF
- Ingebjørg Halstensen, Spesialrådgiver FoU-avdelingen, Helse Bergen HF
- Kjersti Nordanger, Avdelingsleder ortopedisk avdeling, Helse Bergen HF
- Anne Hildegunn Færøy, Samhandlingskoordinator i Regionrådet (sekretær/referent)
- Rune Holbæk, Deloitte AS (prosjektstøtte og ansvarlig for rapport)
- Sissel Husøy, Deloitte AS (prosjektstøtte)

Det er i tillegg satt ned ulike arbeidsgrupper av Regionrådet i Nordhordland høsten 2011 som har eller skal vurdere innholdet i konseptet Helsehus/Lokalmedisinsk senter for Nordhordland. Anbefalinger fra disse arbeidsgruppene må tas hensyn til ved videre vurderinger av omfang, innhold og lokalisering.

1 Bakgrunn og mandat

1.1 Bakgrunn

Samhandlingsreformen skisserer mange og sammensatte utfordringer som krever stor vilje til samhandling og samarbeid mellom kommuner og med spesialisthelsetjenesten. Regjeringen legger til grunn at kommunene selv må finne fram til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse blir utnyttet på best mulig måte.

For å møte disse utfordringene er det etablert et prosjekt som skal videreutvikle interkommunalt samarbeid innen helsetjenesten i Nordhordland og Gulen. Samarbeidet mellom kommunene, og med spesialisthelsetjenesten skal ha fokus på å vurdere behov for ulike samarbeidstiltak og felles tjenestetilbud slik at innbyggernes framtidige behov for helse- og omsorgstjenester blir ivaretatt.

Samarbeidet mellom kommunene i Nordhordland er formalisert og forankret i den enkelte kommune. Kommunestyrene har gjort politisk vedtak om å samarbeide for å utreda hvilke behov kommunene har for framtidige tjenester. Det skal utarbeides en skisse til løsninger og modeller for organisering av tjenester i et samarbeid mellom kommunene og med spesialisthelsetjenesten.

Regionrådet i Nordhordland har fått i oppdrag å utarbeide grunnlag for å gjøre vedtak om det skal etableres Distriktsmedisinsk senter (DMS) i Nordhordland.

Regionrådet har gitt Helseutvalget i oppdrag å vurdere omfang og innhold i konseptet "Nordhordland Distriktsmedisinske Senter" i samarbeid med Haraldsplass Diakonale Sykehus og Helse Bergen.

Signaler fra flere kommuner i regionen er at krav til nye oppgaver krever bedre og mer systematisert samarbeid, og at hver kommune ikke kan se at de kan løse alle oppgaver hver for seg.

Flere pågående og gjennomførte prosjekt viser at ulike former for distrikts- /lokalmedisinske senter bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå. Det viser og at et slikt tilbud kan hindre innleggelse på sykehus og at pasientene setter pris på tjenestetilbudet.

For å realisere et Distriktsmedisinsk senter vil det være aktuelt å samarbeide med spesialisthelsetjenesten på Haraldsplass Diakonale Sykehus og Helse Bergen for å ha fokus på pasientgrupper som trenger et etterbehandlings-/rehabiliteringstilbud etter avklaring/behandling på sykehus. Det er også aktuelt å vurdere interkommunale døgnplasser for å følge opp krav om etablering av kommunale senger for pasienter med et akutt behov for helsetjenester.

Man ser at samlokalisering av tjenester styrker og har en rekrutterende effekt når det gjelder tilgang på faglige ressurser i en region.

Dersom tjenester skal samlokaliseres er tiden inne for å drøfte om det er realisme i planene om etablering av et Distrikts-/Lokalmedisinsk senter i Nordhordland.

Helseutvalget anbefaler at det blir nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra administrativ, politisk og faglig hold fra kommunene og fra psykiatrisk divisjon i Helse Bergen. Arbeidsgruppen får i oppdrag å utrede modell og realisering av Distrikts-/Lokalmedisinsk senter for Nordhordland.

Definisjon av Lokalmedisinsk senter/ Distriktsmedisinsk senter

Lokalmedisinsk senter er kommunale helsetilbud hvor kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller i stedet for innleggelse i sykehus. Noen steder kalles dette distriktsmedisinske sentre, over 12 slike finnes i Norge i dag. Tjenestene ved et lokalmedisinsk senter kan utformes ut fra lokale behov, med dag- og eventuelt døgntilbud. Eierskap og driftsansvar reguleres i lokale avtaler.

1.2 Mål for arbeidsgruppa

- Vurdere realisering av et Lokalmedisinsk senter ut fra ulike modeller for organisering og nivå på helsetjenester.
- Vurdere muligheter for å samlokalisere spesialiserte helsetjenester og lærings- og mestringstilbud.

1.3 Mandat for arbeidsgruppa

Det er satt ned ulike arbeidsgrupper som har eller skal vurdere innhold i konseptet Lokalmedisinsk senter for Nordhordland. Anbefalinger fra disse arbeidsgruppene må det tas hensyn til ved vurdering av omfang, innhold og lokalisering.

Arbeidsgruppa skal vurdere

- samlokalisering av tjenester for ulike pasientgrupper fra tjenesteleverandører på ulike helsenivå
- ulike løsninger når det gjelder lokalisering, økonomi - investering og drift, organisering, eierskap og samarbeidsløsninger
- ulike løsninger for utbygging/gjennomføring (vertskommune, helseforetak, privat)
- bruk av ekstern kompetanse
- mulige samarbeidsparter

Gruppen må ta hensyn til eksisterende legevaktjeneste og lokalisering av den når lokalisering av andre døgnbaserte helsetjenester blir vurdert.

Arbeidsgruppen skal utarbeide en anbefaling til helseutvalget i samsvar med mandat for arbeidet.

1.4 Presiseringer på oppstartsmøtet 9. september 2011

På oppstartsmøtet 9. september ble arbeidsgruppen enige om at prosjektets tittel burde forandres fra «Forprosjekt lokalmedisinsk senter i Nordhordland» til «Forprosjekt Helsehus i Nordhordland». Hovedårsaken til dette var de klare signalene fra Helse Bergen, Bjørgvin DPS om at et helsehus var et mer presist og positivt ladet prosjektnavn dersom en ønsker å inkludere flere behandlingstilbud enn kun de somatiske.

Arbeidsgruppen ble etter første møte supplert med to deltakere fra Helse Bergen. Dette ble gjort for å sikre et best mulig resultat i arbeidsgruppen, fordi de nye deltakerne representerer somatikken i Helse Bergen og har bred erfaring fra andre lignende samhandlingsprosjekter og fra etablering av

lokalmedisinske senter i helseregionen, fordi arbeidsgruppen opplevde dette som hensiktsmessig for å sikre et best mulig resultat.

Skissen til mulig innhold og omfang i et Helsehus som arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i på oppstartsmøte 9. september 2011, er beskrevet i figuren nedenfor. Oppdatert skisse vises i kapittel 6 Modell for innhold i et framtidig helsehus.

Medisinsk behandling mellom heim – sjukehus – heim - legevakt - ØH/obs. senger - etterbehandling - IMA ?	LMS – tenester	Samlokalisering av distrikts - psykiatriske tenester, døgnplasser, poliklinikk, ambulant team mm
	Folkehelsearbeid? Samfunnsmed.?	
	Lab., diagnostiske verktøy?	
Interkommunal – Rehabiliterings – avdeling	Avtalespesialistar -Auge, hud, ØNH, indremed mm	
	Satellitt tenester - dialysebehandling - hørselsomsorg	

1.5 Deloitte sine oppgaver i forprosjektet

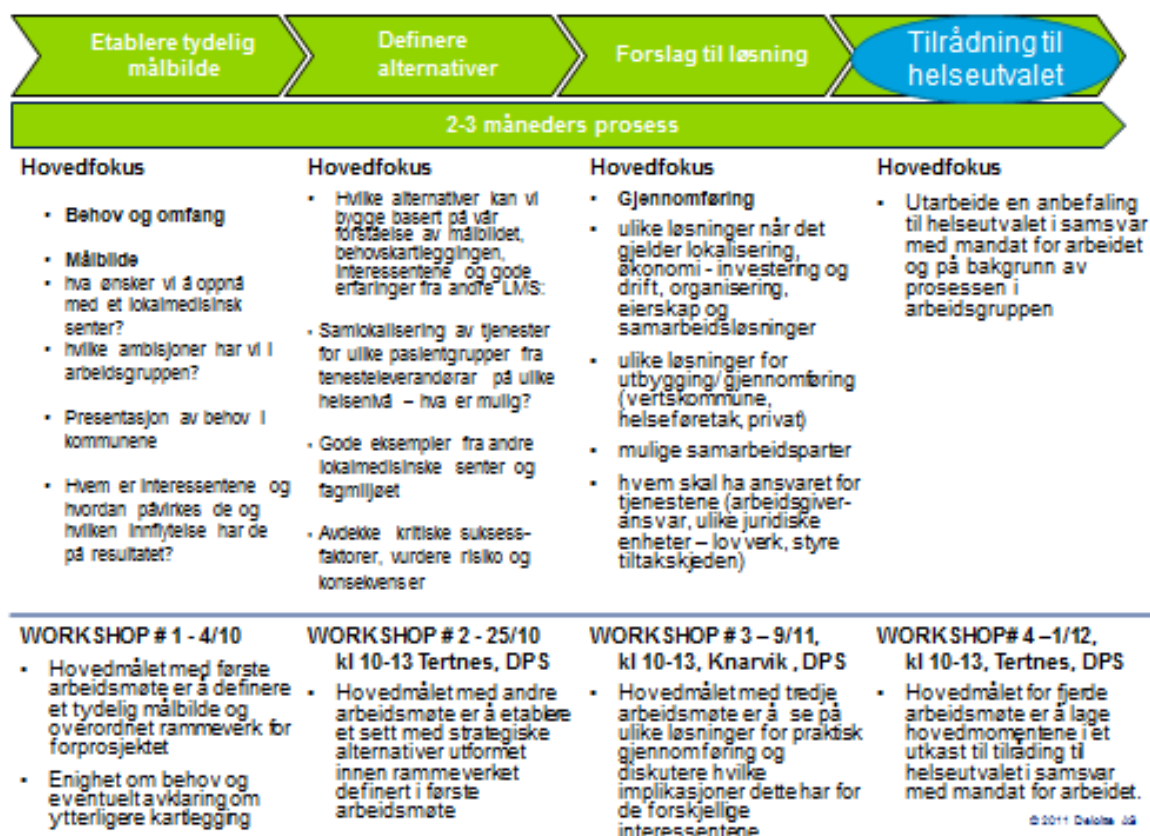
Innenfor den begrensede økonomiske rammen til ekstern bistand som er avsatt til dette forprosjektet har Deloitte i samråd med samhandlingskoordinator i Regionrådet deltatt med prosessbistand til lokal prosjektleder og prosjektsekretær.

- Deloitte har vært rådgiver i forhold til prosess og prosjektplan og bistått med råd i arbeidet
- Deloitte har analysert dagens forbruk av spesialisthelsetjenester og utført noe analysebistand bearbeidet data fra kommunenes kartlegging av behov i forbindelse med forberedelsene til Samhandlingsreformen
- Deloitte har gitt innspill i forhold til mulighetene offentlig privat samarbeid gir for realisering av et helsehus
- Deloitte har beskrevet modell for organisering (Vertskommune eller samkommune)
- Deloitte har synliggjort alternativene og anbefalinger for veien videre i et arbeidsnotat i tett samarbeid med oppdragsgiver

1.6 Prosess og prosjektplan

I oppstartsmøtet 9. september ble det bestemt at arbeidsgruppen må starte opp med en mer detaljert kartlegging av hvem som kan være interessentene i et slikt framtidig helsehus, hvilke framtidige behov disse interessentene har for lokaler og hva de ønsker å samlokalisere av tjenester i framtiden i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner og økonomiske incentiver.

Prosess og prosjektplan



Det ble tidlig i prosessen klart at arbeidsgruppen ikke ville klare å svare på alle oppgavene i mandatet like grundig innen fristen som Helseutvalget hadde satt til 15. desember 2011. Omfanget av prosjektet og interessen et slikt helsehus har i regionen sammen med arbeidsgruppens ønske om å prioritere en grundig kartlegging av dagens bruk av spesialisthelsetjenester, alternativ- og interessentanalysen med en arealkartlegging er hovedårsaken til dette. Beskrivelsen av alternativene til organisering er for eksempel kun hentet fra Deloitte's erfaringer og beskrivelse fra tidligere prosjekter.

Det er foreløpig for mange ubesvarte spørsmål knyttet til realiseringen av et slikt helsehus for at arbeidsgruppen i dette arbeidsnotatet skal kunne gi en endelig og konkret anbefaling for veien videre. Spesielt gjelder dette i forhold til lokalisering, finansieringsmuligheter, eie/leie, bygge nytt eller bygge ut eksisterende bygningsmasse, valg av finansieringsmodell og samarbeidsmodell for interkommunalt

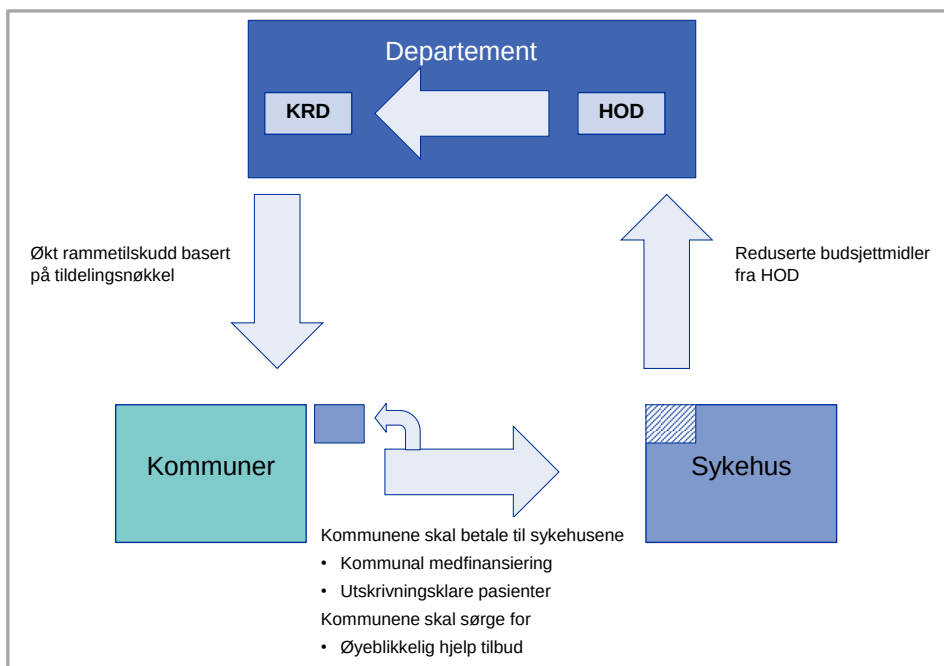
samarbeid og forankring i de enkelte kommunene om hvilke behandlingstilbud som skal være kommunale og hva som bør skje interkommunalt. Dette anbefaler arbeidsgruppen at utredes nærmere i den videre prosjektfasen.

Arbeidsgruppen anbefaler at den får jobbe videre våren 2012 med mål om ha en endelig innstilling og politisk forankring i de enkelte kommunestyrene i forhold til realisering og innhold og omfang av et interkommunalt helsehus innen 1. juli 2012.

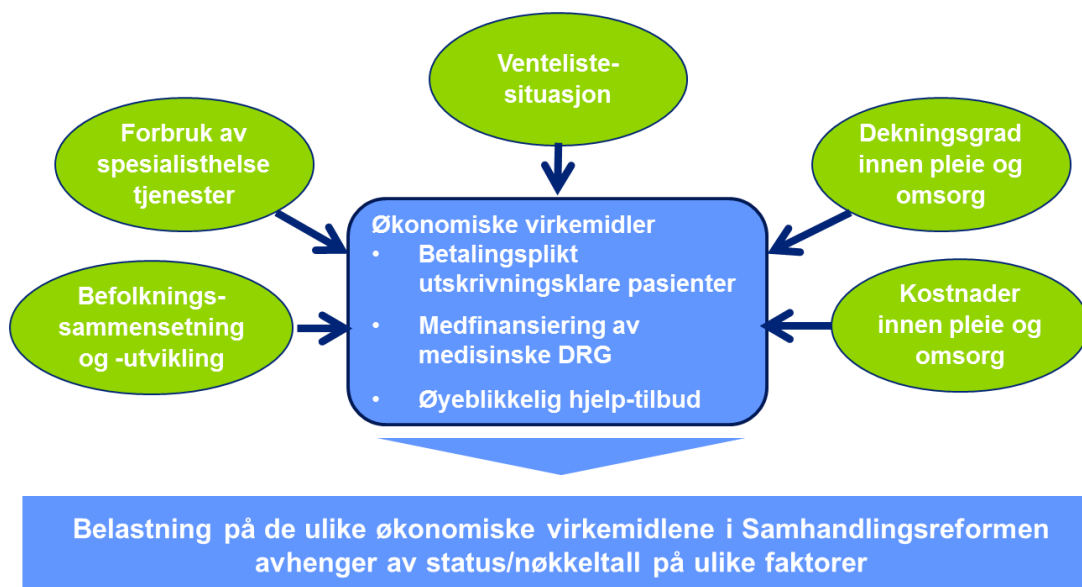
2 Kort nåsituasjonsbeskrivelse – kartlegging av dagens situasjon

2.1 Økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen medfører at ansvaret for en del oppgaver som i dag ivaretas i spesialisthelsetjenesten overføres til kommunene. Kommunene kan i første omgang velge om de ønsker å kjøpe disse tjenestene fra spesialisthelsetjenesten eller om de vil bygge opp et alternativt tilbud i egen kommune eller i samarbeid med andre kommuner. Kommunenes valg av løsninger her vil påvirke behovet for spesialisthelsetjenester. Den økonomiske siden av dette er illustrert i modellen nedenfor.



Figur 1 Økonomiske strømmer ifm samhandlingsreformen



Figur 2 Faktorer som påvirker bruk av de ulike økonomiske virkemidlene i Samhandlingsreformen

Økonomiske virkemidler i forbindelse med samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen - kommunene 2012	Ramme 2012. Fordeling kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. 5 567 mill. kr.	Kompensasjon 305 mill. kr.	Sum rammetildeling pr kommune 2012	Sum anslag kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter 2012	Avvik mellom anslag fra Komm medfin / utskrivningsklare pas. og rammeoverføring til kommunene	Antall innbyggere pr 31.12.2010
1252 Modalen	428	-	428	377	51	370
1253 Osterøy	8 843	-	8 843	7 816	1 027	7 465
1256 Meland	6 815	21	6 836	6 488	348	6 824
1260 Radøy	5 809	-	5 809	5 566	243	4 896
1263 Lindås	16 000	-	16 000	15 849	151	14 516
1264 Austrheim	3 250	-	3 250	2 650	600	2 789
1265 Fedje	872	-	872	740	132	587
1266 Masfjorden	2 328	-	2 328	1 466	862	1 672
1411 Gulen	3 023	-	3 023	3 168	-145	2 299
Sum regionen	47 368	21	47 389	44 120	3 269	41 418
Hele landet	5 567 000	305 000	5 872 000	5 514 447	357 553	4 920 305

Tabell 3 Økonomiske virkemidler i forbindelse med samhandlingsreformen

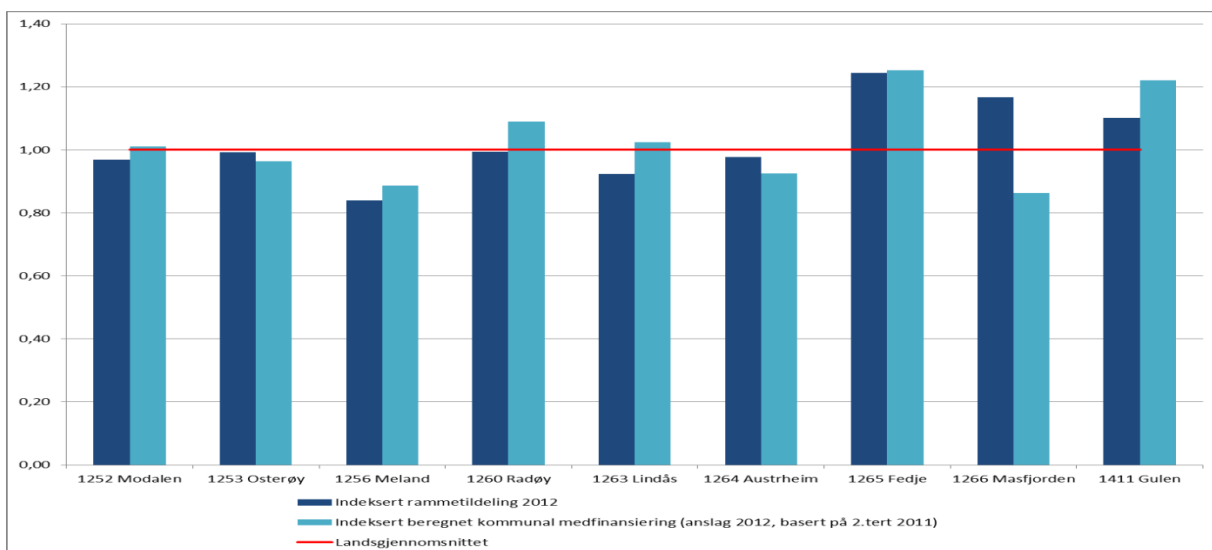
Kilder: Helsedirektoratet. Kommunal- og regionaldepartementet

http://www.helsedirektoratet.no/kommunal_medfinansiering/anslag_p_den_enkelte_kommunes_utgifter_knyttet_til_ordningen_kommunal_medfinansiering_2012_825174

Kommentarer til tabellen

Kronebeløp presenteres i hele tusen kr. Den første kolonnen viser kommunenes rammetilskudd, basert på ny (del)fordelingsnøkkel. Den andre kolonnen viser en tidsbegrenset kompensasjon som kun er gitt utvalgte kommuner. Grunnlag for beregningen er presentert i grønt hefte for 2012. Den tredje kolonnen er summen av rammeoverføringene til kommunen knyttet til samhandlingsreformen. Fjerde kolonne viser anslag på kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter. Kommunal medfinansiering er beregnet utfra årsprognose basert på 2. tertial 2011, korrigert for endringer i ISF-systemet og pris- og volumjusteringer (se Helsedirektoratet). Den siste kolonnen viser differansen mellom tildelt ramme og beregnet kostnad, gitt uendret forbruksmønster.

Oversikt over rammetildeling pr innbygger og antatt forbruk av kommunal medfinansiering pr innbygger



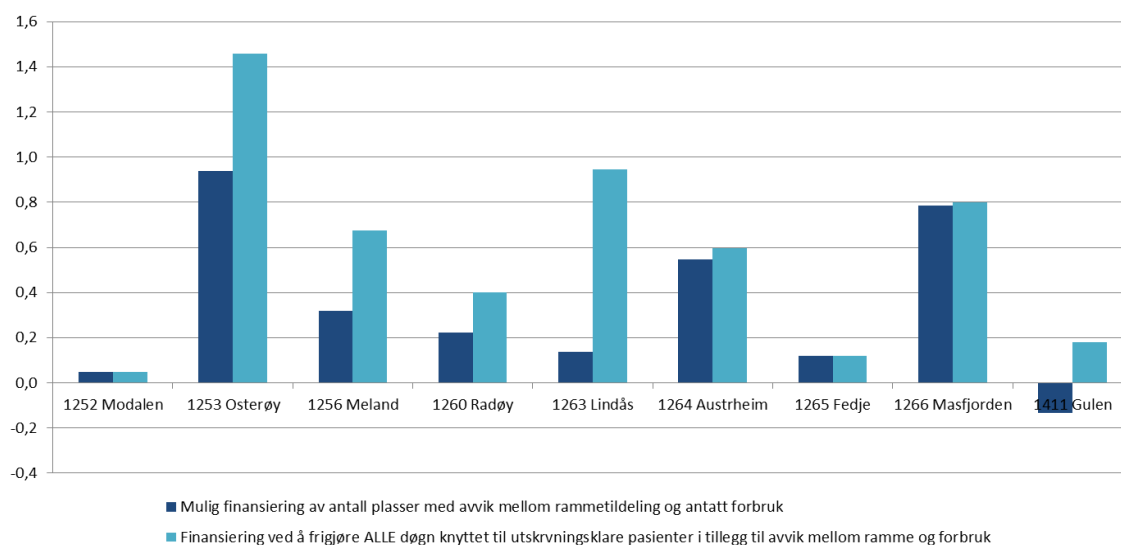
Tabell 4 Oversikt over rammetildeling pr innbygger

Kommentarer til tabellen

Av kommunene i utvalget, er det Fedje, Masfjorden og Gulen som mottar mer enn landsgjennomsnittet i rammetilskudd pr innbygger knyttet til samhandlingsreformen

De fleste kommunene i utvalget ligger nært landsgjennomsnittet i forhold til antatt forbruk av sykehustjenester som inngår i kommunal medfinansiering. Beregningen har tatt utgangspunkt i beregninger fra Helsedirektoratet basert på årsprognose pr 2. tertial 2011, og korrigert med endringer i finansierungsordningen fra 2012.

Oversikt over hvor mange plasser kommunen kan finansiere ved å «hente tilbake» pasienter fra spesialisthelsetjenesten

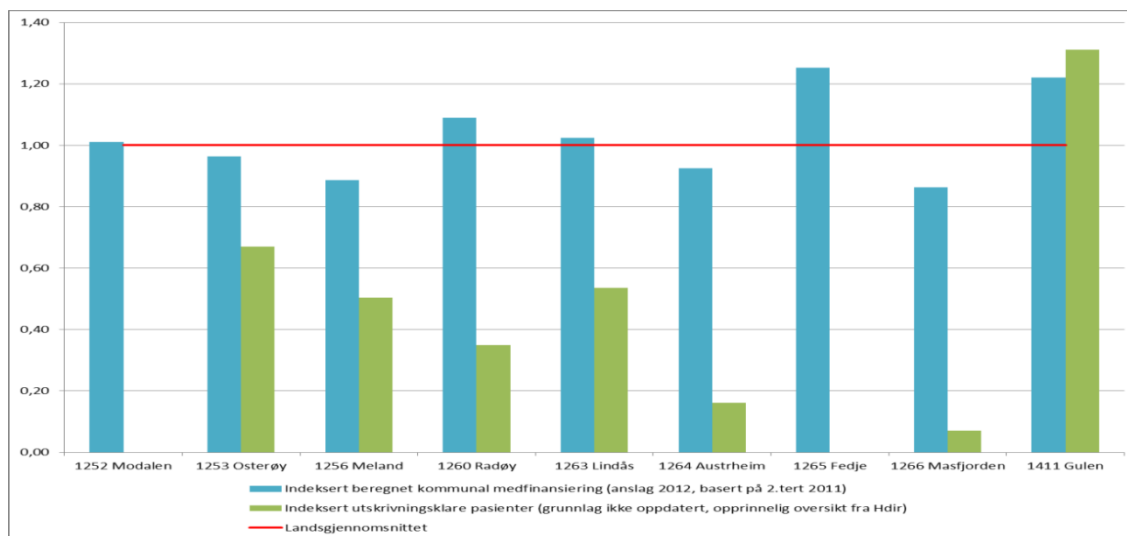


Tabell 5 Oversikt over hvor mange plasser kommunen kan finansiere

Kommentarer til tabellen

- Tabellen viser oversikt over hvor mange plasser kommunene kan finansiere ved å benytte avviket mellom tildelt ramme og beregnet forbruk av kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter.
- Forutsetningen som ligger til grunn for beregningen er en døgnpris på kr 3000,- (anslag på kostnad for en intermediærplass). Ved andre forutsetninger om døgnpris vil finansiering av antall plasser endres

Oversikt over «forbruk» av kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter pr innbygger

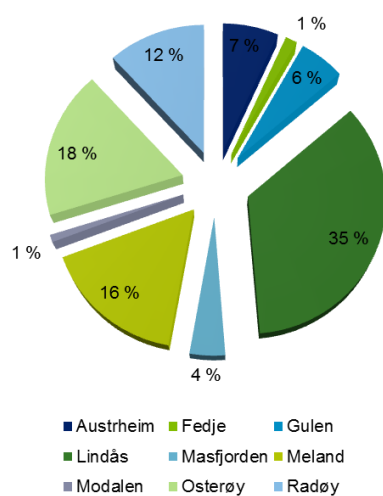


Tabell 6 Oversikt over hvor mange plasser kommunen kan finansiere

Kommentarer til tabellen

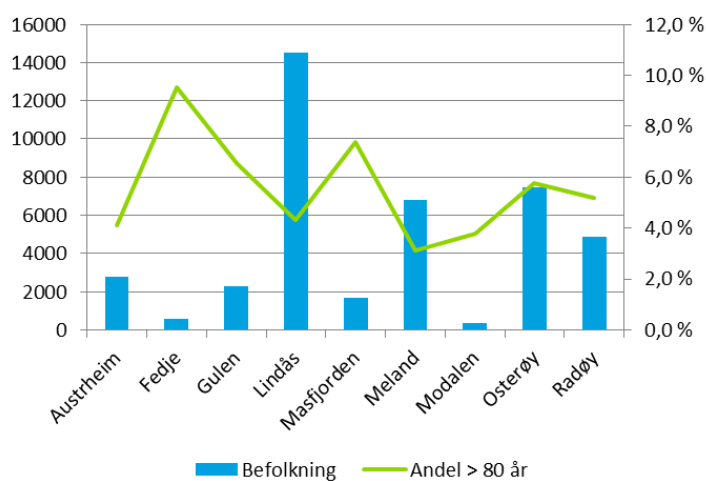
- De fleste kommunene i utvalget ligger nært landsgjennomsnittet i forhold til antatt forbruk av sykehus tjenester som inngår i kommunal medfinansiering. Beregningen har tatt utgangspunkt i beregninger fra Helsedirektoratet basert på årsprognose pr 2. tertial 2011, og korrigert med endringer i finansierungsordningen fra 2012. Fedje og Gulen ligger ca 20 prosent over landsgjennomsnittet.
- For utskrivningsklare pasienter er det kun Gulen kommune som ligger over landsgjennomsnittet. Tallgrunnlaget er basert beregninger fra Helsedirektoratet

2.2 Befolkningsfordeling og andel eldre over 80 år



Tabell 7 Befolkningsfordeling i prosent

Befolkningsmengden og andel over 80 år



Tabell 8 Befolkningsmengden og andel over 80 år

Kilde: Befolkningsmengden pr 31.12.2010 pr kommune, SSB, Deloitte egen sammenstilling

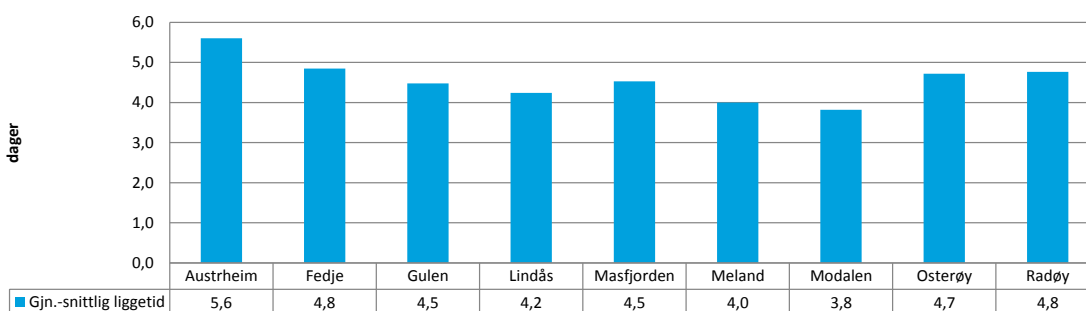
2.3 Forbruk av spesialisthelsetjenester i regionen; omfang, hvor skjer behandlingen, ventetidssituasjon

Den neste tabellen viser den samlede andelen av somatisk behandling (døgn/dag/poliklinikk) etter behandlingssted for 2010. Det overraskende i denne statistikken er at så mye som 78,4% av den totale somatiske behandlingen (ikke inkludert psykisk helsevern og rus) i regionen i 2010 skjedde ved Helse Bergen og kun 15,4% ved Haraldsplass Diakonale Sykehus. Dette faktagrunnlaget bidro også sterkt til at arbeidsgruppen ble supplert med flere deltakere fra somatikken i Helse Bergen.

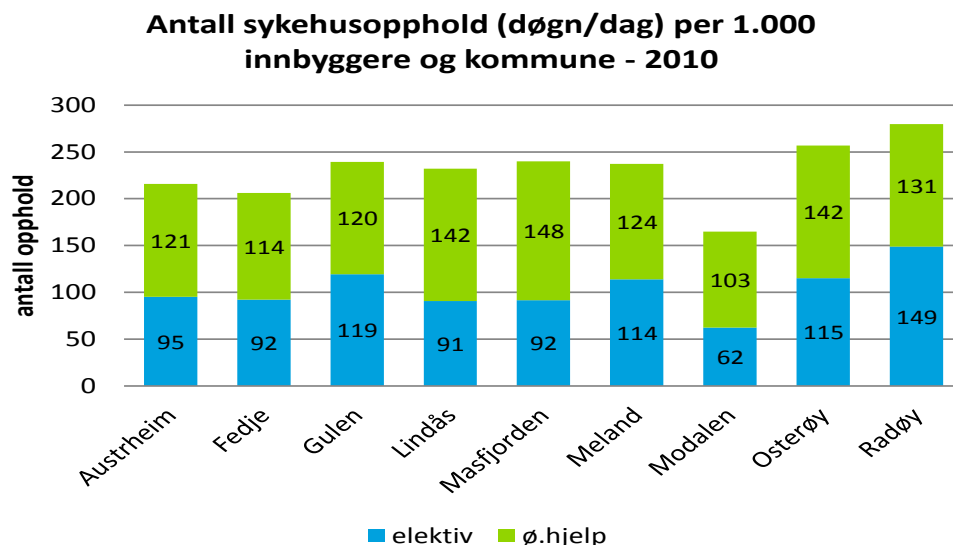
Kommune	Utenfor Helse Vest RHF	Andre institusjoner i Helse Vest RHF	Helse Stavanger HF	Helse Fonna HF	Helse Bergen HF	Helse Førde HF	Haraldsplass Diakonale Sykehus AS
Austrheim	2,9 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	80,3 %	0,3 %	16,0 %
Fedje	1,0 %	0,8 %	0,0 %	0,4 %	84,2 %	0,8 %	12,7 %
Gulen	3,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	40,0 %	54,4 %	2,2 %
Lindås	1,8 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %	80,1 %	0,4 %	16,9 %
Masfjorden	2,2 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %	77,6 %	1,2 %	18,3 %
Meland	1,6 %	0,8 %	0,3 %	0,2 %	81,4 %	0,4 %	15,2 %
Modalen	0,9 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	90,1 %	0,3 %	8,4 %
Osterøy	2,3 %	0,5 %	0,1 %	0,4 %	80,1 %	0,4 %	16,2 %
Radøy	1,6 %	1,2 %	0,2 %	0,4 %	80,9 %	0,3 %	15,5 %
SUM	1,9 %	0,5 %	0,2 %	0,3 %	78,4 %	3,2 %	15,4 %

Tabell 9 Andel av behandlingen (døgn/dag/poliklinikk) etter behandlingssted – 2010. Kilde: NPR-melding fra helseforetakene i Helse Vest RHF, Norsk pasientregister, Deloitte egen beregning og sammenstilling

Arbeidsgruppen anbefaler at det i videreføringen av prosjektet blir hentet ut mer detaljerte tall på hvilke pasienter som behandles på ulike behandlingsteder i regionen inkludert psykisk helsevern og rus, skilt mellom døgn-, dag- og poliklinisk behandling. Tabellen kan stående alene skape et feilaktig bilde av omfanget av behandlingstilbudet på lokalsykehuset og hvor stor andel av aktuelle pasientgrupper for et behandlingstilbud på et helsehus som i dag behandles på Haraldsplass Diakonale sykehus.



Tabell 10 Gjennomsnittlig liggetid (døgnoophold) per kommune – 2010

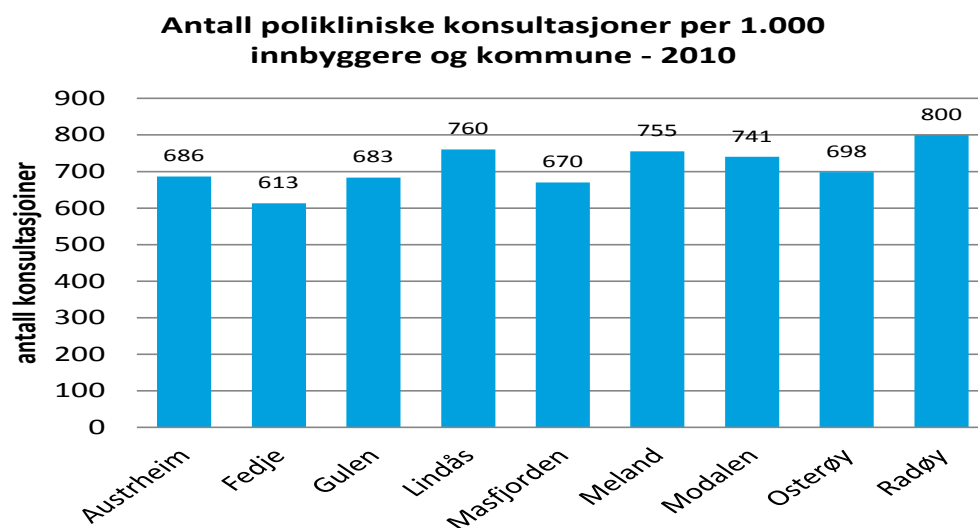


Tabell 11 Antall sykehusopphold (døgn/dag) per 1.000 innbyggere og kommune - 2010

Kilde: NPR-melding fra helseforetakene i Helse Vest RHF, Norsk pasientregister, Deloitte egen beregning og sammenstilling

Kommentarer til tabellen

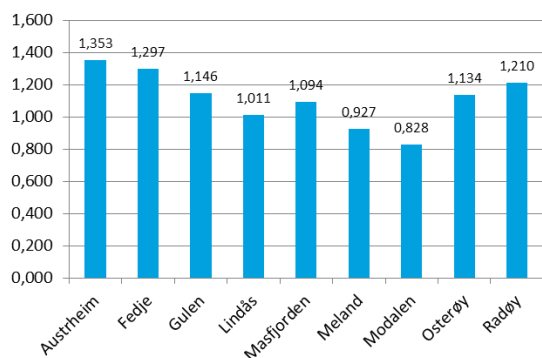
- Radøy kommune har i 2010 vært storforbruker av spesialisthelsetjenester i Nordhordlandsregionen. Kommunen hadde 280 sykehusopphold (døgn/dag) per 1.000 innbyggere
- Den laveste forbruksraten hadde Modalen kommune med 165 sykehusopphold (døgn/dag) per 1.000 innbyggere
- Kommuner i Nordhordlandsregionen hadde i 2010 i snitt 242 sykehusopphold (døgn/dag) per 1.000 innbyggere



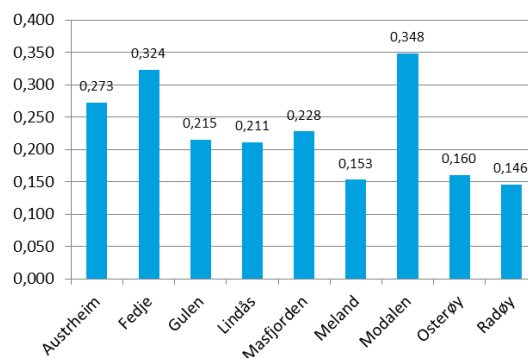
Tabell 12 Forbruksmønstre for polikliniske konsultasjoner i 2010

Oppdaget forbruksmønstre for antall sykehusopphold (døgn/dag) gjenspeiler seg når man ser på forbruksmønstre for polikliniske konsultasjoner – se tabellen ovenfor.

Det er en stor variasjon i sykdomssammensetning for kommunene i Nordhordlandsregionen



Tabell 13 DRG-indeks (døgnopphold)

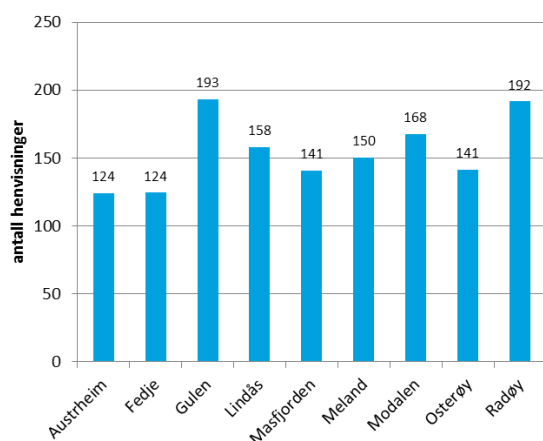


Tabell 14 DRG-indeks (dagopphold)

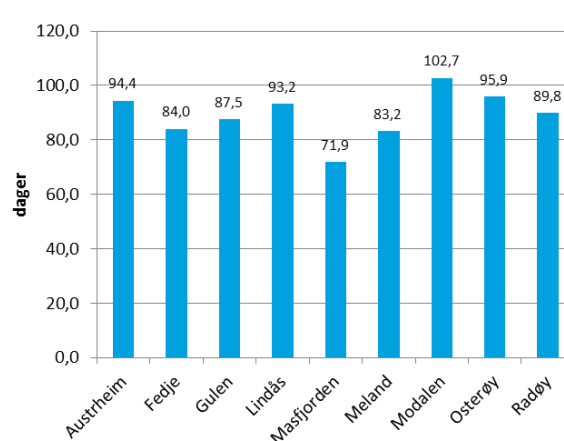
Kommentarer til tabellen

- DRG-indeks gir et inntrykk av hvor «syke» pasientene var når de var innlagt i spesialisthelsetjenesten. 1,0 er uttrykk for gjennomsnitt
- Pasienter fra Austrheim kommune hadde den høyeste DRG-indeks for døgnopphold, mens pasienter fra Modalen kommune hadde den høyeste indeksen for dagopphold

Nyhenvisninger og ventetidssituasjon per kommune i Nordhordlandsregionen



Tabell 15 Antall nyhenvisninger i 2010



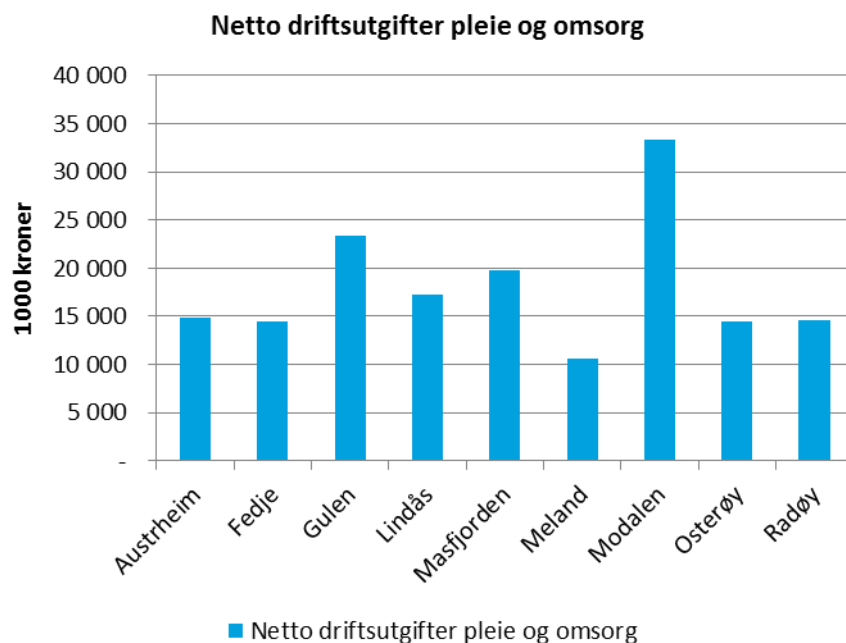
Tabell 16 Snitt ventetid for avviklede henvisninger i 2010

Antall ventende med rett til nødvendig helsehjelp og gjennomsnittlig ventetid for disse – 2010

Antall ventende med rett ved tertialutgangen i 2010				Ventetid ventende med rett ved tertialutgangen i 2010			
Kommune	1. Tertial	2. Tertial	3. Tertial	Kommune	1. Tertial	2. Tertial	3. Tertial
Austrheim	56		72	Austrheim	75,3		62,9
Fedje	6		13	Fedje	46,7		58,2
Gulen	58	36	51	Gulen	114,8	87,3	66,8
Lindås	443	7	489	Lindås	74,7	215,4	70,0
Masfjorden	33		33	Masfjorden	89,6		60,3
Meland	160	4	206	Meland	93,2	124,3	59,6
Modalen	10	1	10	Modalen	52,2	49,0	47,1
Osterøy	193	3	215	Osterøy	80,5	69,7	61,0
Radøy	175	2	178	Radøy	82,9	57,5	66,9
SUM	1 134	53	1 267	SUM	81,7	104,2	65,2

2.4 Kostnader innen pleie og omsorg i Nordhordlandskommunene

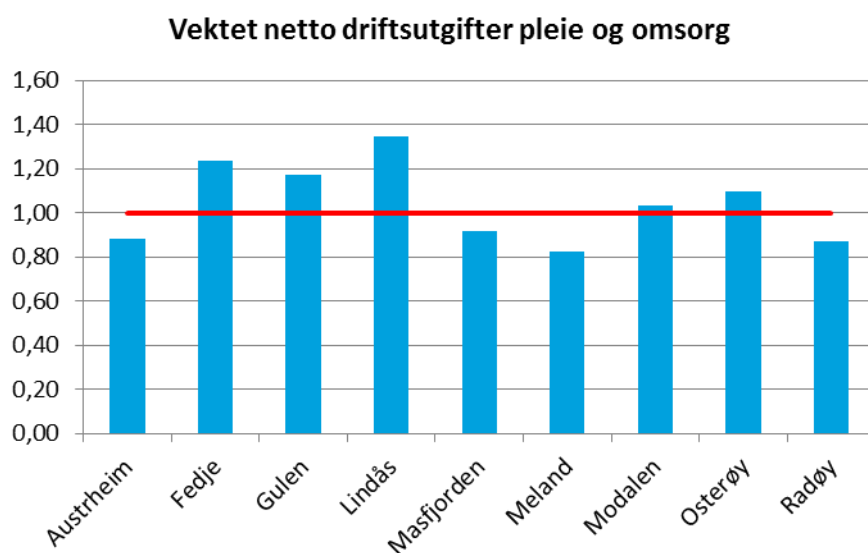
Det er en stor variasjon innen kostnader knyttet til pleie og omsorg for Nordhordlandskommune for 2010. Dette er framstilt i tabellen nedenfor. Modalen kommune har høyest netto driftsutgifter innen pleie og omsorg og bruker over 3 ganger så mye innen pleie og omsorg som Meland kommune som har lavest netto driftsutgifter innen pleie og omsorg.



Tabell 17 Netto driftsutgifter pleie og omsorg i 2010

Kilde: Netto driftsutgifter pleie og omsorg, konsern tall 2010, KOSTRA data fra SSB, uttrekksdata 9. september 2011, Deloitte egen sammenstilling

Sammenligner vi hver enkelt kommune i Nordhordland med den kommunegruppen de tilhører i KOSTRA, er det fem kommuner som i 2010 hadde høyere totale netto driftsutgifter innen pleie og omsorg enn gjennomsnittet for sin kommunegruppe. Disse fem kommunene er som tabellen nedenfor viser: Fedje, Gulen, Lindås, Modalen og Osterøy.



Tabell 18 Vektet netto driftsutgifter til pleie og omsorg i 2010

3 Kort beskrivelse av behandlingstilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold

I den grad det etableres et interkommunalt døgntilbud vurderer en annen arbeidsgruppe organisering av kommunale akuttsenger i Nordhordland. Så langt har gruppen konkludert med at kommunene og pasientene er best tjent med å etablere det en kaller "flerbrukssenger". Med det menes døgnplasser som kan brukes til flere formål, som øyeblikkelig hjelp, observasjon og behandling før eller i stedet for innleggelse på sykehus, eller for pasienter som har vært til behandling i sykehus, men som trenger oppfølging / rehabilitering før de kan reise hjem.

Nordhordlandskommunene opplever at det pr. i dag er vanskelig å se muligheter for å samlokalisere nye tjenester i eksisterende bygg i regionen, som samtidig følger opp krav om nærhet til legevakttjenesten. For å følge opp lovkrav om kommunale døgnplasser til øyeblikkelig hjelp kan det vurderes en mulig løsning i eksisterende sykehjem eller legevaktslokaler. Men dersom en på lengre sikt ser at dette er døgnplasser som utgjør en del av en mer fleksibel ordning med tilbud om døgnplasser til pasienter som har vært til avklaring/behandling i sykehus må det planlegges for nybygg eller utbygging av eksisterende bygg.

Det er viktig å se kommunale døgnplasser til øyeblikkelig hjelp som første trinn mot realisering av forsterka korttidsplasser til bruk før, istedenfor og etter sykehusopphold.

3.1 Øyeblikkelig hjelp

Slik det fremgår av Nasjonal Helse – og omsorgsplan (2011 – 2015. kapittel 3 punkt 3.4.2), viser erfaringer fra blant annet sykestuedrift, at ulike lokale tilbud kan bidra til å sikre observasjon, diagnostisering og behandling på en god og kostnadseffektiv måte. Det foreslås en plikt for kommunene til å etablere øyeblikkelig hjelp-døgntilbud. Det foreslås en innfasingsperiode førplikten trer i kraft, der midler overføres gradvis fra spesialisthelsetjenesten til kommunene i perioden 2012 til 2015, slik at etablering av tilbud fullfinansieres. Det er lagt til grunn et måltall for 2012 – 2013 på om lag 120 000 liggedøgn og en liggedøgnkostnad på 4 330 kroner (inkludert kapitalkostnader).

I følge «Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m.» § 3-5 *Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp* (LOV-2011-06-24-30) skal kommunen sørge for tilbud om døgnopphold for helse – og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Kommunens ansvar gjelder øyeblikkelig hjelp undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.

I avtalene mellom kommunene og regionale helseforetak, skal det inngå et eget punkt som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudene i kommunene. På den måten oppfordres partene til å se øyeblikkelig hjelp-tilbudene sine i sammenheng, og bli enige om løsninger som er hensiktsmessige både for kommunene, helseforetakene, og ikke minst for pasientene. Samtidig unngår man at det opparbeides en dobbeltpasitet.

3.2 Observasjonsplasser og enklere behandling

Mange vil på grunn av akutt sykdom eller sykdomsforverring har behov for heldøgnstilsyn og medisinsk oppfølging over en kortere periode. Observasjonssenger brukes som arena for å avklare om pasienten har behov for sykehusinnleggelse eller ikke. Bruken av slike senger vil for eksempel kunne forebygge innleggelse av kronikere som har mange opphold i sykehus ved forverring av sin tilstand, slik som for eksempel kols – og diabetespasienter (St.meld.nr.47.2008-2009:60).

Organisering og bemanningsgrunnlag for «før og istedenfor sykehusinnleggelse»:

Organiseringen og finansieringen av disse enhetene varierer i dag fra å være fullintegrert spesialisthelsetjenester til ulike modeller for samarbeid mellom tjenestenivåene.

Bemanningsgrunnlaget for slike funksjoner vil være sterkt samvarierende med lokalisering og fleksibilitet i bruk av personell og kompetanse (St.meld.nr.47.2008-2009:60).

3.3 Etter sykehusopphold

Etterbehandlingsplasser

Døgnplasser til etterbehandling er sengeposter som kan videreføre et behandlings – eller rehabiliteringsopplegg som er instituert i sykehus. Etterbehandling er særlig viktig for eldre med sammensatte helseproblemer som trenger mer tid og tilpasset rehabilitering med tanke på å komme tilbake til hjemmet (St.meld.nr.47.2008-2009:60).

Kompetansegrunnlag for etterbehandlingsplasser:

Basiskompetansen vil i prinsippet være den samme som ved ordinære sykehjem, men forsterket med rehabiliteringspersonell og tilgang på kvalifisert sykepleiertjeneste på 24 timers basis.

Beredskapsordning for legetjenester vil kunne dekkes i samarbeid med kommunal legevakt. Avhengig av samarbeidsavtaler med sykehus og deres observasjons/akuttenhet, vil det kunne være naturlig å vurdere å bygge ut tilbudet med særskilt kompetanse, som eksempelvis der etterbehandlingsenheten får ansvar for dialyse og respiratorpasienter (St.meld.nr.47.2008-2009:61).

Lindrende behandling

Lindrende (palliativ) behandling omfatter tjenester som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Med palliative enheter menes enheter som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personell for å drive mer avansert lindrende behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling. Uavhengig av modell forutsettes det et tett samarbeid med palliative enheter på sykehusene og det regionale kompetansesenteret for lindrende behandling. Kommunale palliative enheter kan bidra til å sikre et mer kompetent fagmiljø i de helhetlige kommunale helse – og omsorgstjenestene, noe som også vil komme de hjemmeboende pasientene til gode (St.meld.nr.47.2008-2009:61).

For å etablere en hensiktsmessig og driftsstabil palliativ enhet som driver behandling på et nivå over grunnleggende palliasjon, anbefales det i de nasjonale retningslinjene et befolkningsgrunnlag på minimum 10 – 15 000 innbyggere. Anbefalt befolkningsgrunnlag vil imidlertid være avhengig av

befolkningens alderssammensetning, inntakskriterier til enheten og ønsket spesialiseringsgrad (St.meld.nr.47.2008-2009:62).

Kompetansegrunnlag for lindrende behandling:

På bakgrunn av erfaringer fra etablerte tiltak, synes det relevant med personellgruppe bestående av sykepleiere og helsefagarbeidere med relevant videreutdanning, og enheten bør ha økt legedekning sammenlignet med en ordinær sykehjemsavdeling. Øvrige relevante faggrupper er blant annet fysioterapeut, ergoterapeut, prest, sosionom, klinisk ernæringsfysiolog og psykolog (St.meld.nr.47.2008-2009:61).

Rehabilitering og habilitering

Rehabilitering forstås som: «Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons – og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet» (Forskrift om habilitering og rehabilitering (FOR-2001-06-28-765) § 2. *Definisjon av habilitering og rehabilitering*). Habilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse – eller funksjonsproblemer (St.meld.nr.47.2008-2009:62).

En stor andel pasienter som utskrives tidlig fra sykehus, har behov for et rehabiliteringstilbud parallelt med at de har et pleiebehov. For mange pasienter er målet å bedre fysisk funksjonsnivå for fortsatt å kunne bo i eget hjem.

Kompetansegrunnlag for rehabilitering og habilitering:

Fysioterapi og ergoterapi er sentrale tilbud for pasienter som skal trene opp funksjon og mestre dagliglivets aktiviteter. Dersom pasienten samtidig trenger pleie, må dette være en integrert del av treningen (St.meld.nr.47.2008-2009:62).

3.4 Utskrivningsklare pasienter

Hensikten med å etablere et døgnbasert intermediaært tilbud i kommunal regi i Nordhordland kan blant annet være forpliktelsen i lov om kommunal helse og omsorgstjenester.

«Kommunen skal fra og med dag en dekke utgifter for pasienter som er utskrivningsklare, men som oppholder seg i privat eller offentlig institusjon i spesialisthelsetjenesten i påvente av et kommunalt helse – og omsorgstjenestetilbud (...)» («Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m.» § 11-4 *Kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter* (LOV-2011-06-24-30))

I følge «Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter» (FOR-1998-12-16-1447, § 3 *Når en pasient er utskrivningsklar*), er en pasient utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

1. problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,
2. øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart,
3. dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,
4. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten,
5. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert,
6. dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.

I § 4 «*Avgjørelsesmyndighet*» fastslår forskriften at det er sykehuset som avgjør når en pasient er utskrivningsklar, og kommunen kan påklage sykehusets avgjørelse til Fylkesmannen (§ 5 «*Klage*»).

I følge en studie initiert av Norsk Sykepleierforbund og gjennomført av Analysesenteret AS («*Utskrivningsklare pasienter – Hvem er de og hvor hører de hjemme?*». 2010.08.04: 46 -47), viser funn basert på kvantitative og kvalitative undersøkelser beskrivelse av den «typiske utskrivningsklare pasient»:

- De er gamle
- De får en akutt sykdom (eks brudd, hjerneslag, lungebetennelse) med funksjonssvikt til følge
- De trenger rehabilitering over betydelig lengre tid enn unge pasienter med tilsvarende lidelser, for om mulig å gjenvinne den funksjonsevne de hadde før den akutte sykdommen inntraff bl.a. grunnet komorbiditet (flere kompliserende kroniske tilstander i tillegg til den akutte lidelsen)
- Under oppholdet avdekkes en betydelig grad av funksjonssvikt, både kognitivt og fysisk, gjerne akutt forverret av den inntrufne sykdommen, med et økt behov for tilsyn, hjelp og pleie til følge i forhold til situasjon før innleggelsen
- De har oftere et komplekst og sammensatt sykdomsbilde der kompleksiteten oftere enn den akutte lidelsen som forårsaket innleggelsen, er den behandlingsmessige utfordringen
- De har oftere en bolig som ikke er tilrettelagt i forhold til funksjonsnivå
- De er oftere enslige uten nære pårørende til å hjelpe dem i nærheten
- De har oftere et svekket sosialt nettverk

Hjelpen den «typiske utskrivningsklare pasienten» er i behov av dreier seg primært om:

- basal pleie
- tilsyn
- medisinerer
- mobilisering
- aktivisering
- ernæring
- forebygge fallulykker
- tilrettelagte boforhold

På bakgrunn av de samlede aktivitetsregistreringer gjort i 2007, 2008 og 2009 ved Diakonhjemmet sykehus, SIV HF, UNN HF og Helse Finnmark HF, synliggjøres det i ovennevnt rapport noen karakteristika ved heldøgns sykehusopphold (>1 d) som ender opp med utskrivningsklare liggedøgn:

- Innkomstmåte er i 95 % av tilfellene øyeblikkelig hjelp, kun 5 % av heldøgns sykehusopphold (>1 d) som ender med utskrivningsklare liggedøgn i tilknytning til sykehusoppholdet, er elektive opphold.
- ¼ av de utskrivningsklare liggedøgnene er knyttet til heldøgns sykehusopphold (>1 d) som grupperes til en kirurgisk DRG (dvs. gjennomført kirurgisk prosedyre under oppholdet) mens ¾ av de utskrivningsklare liggedøgnene er knyttet til heldøgns sykehusopphold som grupperes til en medisinsk DRG.
- 4 av 5 (80 %) utskrivningsklare liggedøgn er knyttet til pasienter over 70 år. 1 av 2 (50 %) utskrivningsklare liggedøgn er knyttet til pasienter over 80 år.
- Tre hoveddiagnosegrupper dominerer bildet og står for 59 % av alle heldøgns sykehusopphold (>1 d) med utskrivningsklare liggedøgn registrert under oppholdet:
 - *HDG 08 Sykdommer i skjelett-, muskelsystemet og bindevevet* som står for 27 % (spredning 18 – 33 %) av alle heldøgns (>1 d) sykehusopphold med utskrivningsklare liggedøgn registrert. Den dominerende DRG i denne gruppen er DRG 210 (lårhalsbrudd)
 - *HDG 01 Sykdommer i nervesystemet* som står for 18 % (spredning 15-24 %) av alle heldøgns sykehusopphold (>1 d) med utskrivningsklare liggedøgn registrert. Den dominerende DRG i denne gruppen er DRG 14 A (hjerneslag)
 - *HDG 04 Sykdommer i åndrettsorganene* som står for 14 % (spredning 13-18 %) av alle heldøgns sykehusopphold (>1 d) med utskrivningsklare liggedøgn registrert. Den dominerende DRG i denne gruppen er DRG 89 (lungebetennelse)
- Komorbiditet målt som antall tilstander (diagnoser) registrert håndtert under heldøgns sykehusopphold (>1 d) øker med økende antall utskrivningsklare liggedager.

(Analysesenteret AS. «Utskrivningsklare pasienter – Hvem er de og hvor hører de hjemme?». 2010.08.04: 31).

3.5 Psykisk helse

Kommunene har gjennom opptrappingsplan for psykisk helse fått et klarere ansvar for tiltak og tjenester knyttet til psykisk helsearbeid. Gjennom samhandlingsreformen vil dette ansvaret bli ytterligere forsterket.

Kommunene i Nordhordland har i samarbeid med spesialisthelsetjenesten utviklet hensiktsmessige tjenestetilbud til denne gruppen, både når det gjelder akutt hjelp og i forbindelse med personer som trenger sammensatte og langvarige tjenestetilbud.

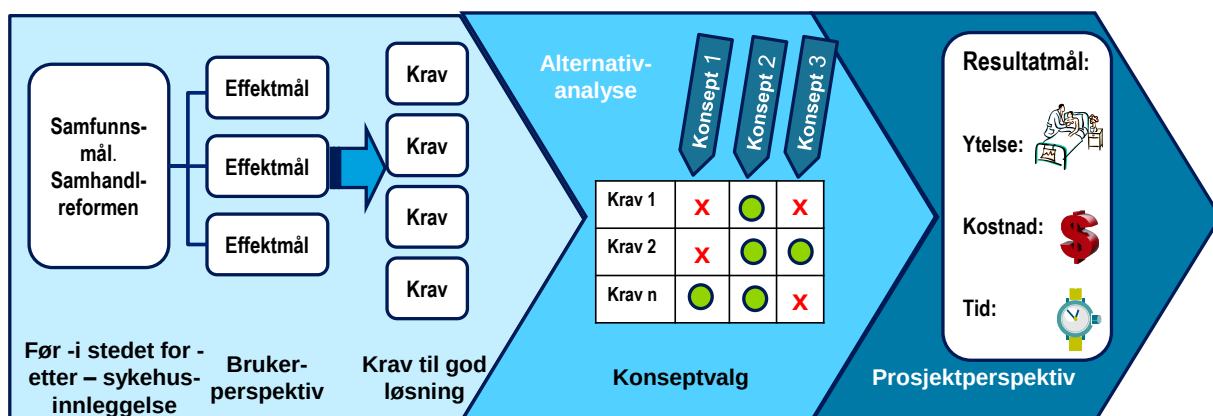
Erfaringene som er utviklet over tid vil også være viktige premisser for den kommunale delen av psykisk helsetilbud i Helsehuset. Disse erfaringene vil danne en god ramme for de tiltakene som kan ytes fra helsehuset. Dette gjelder både i forhold til barn, unge og voksne som trenger tjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

3.6 Rusfeltet

Den statlige opptrappingsplanen innen rusfeltet legger også klare føringer for spesialisthelsetjenesten og kommunene når det gjelder samhandling og samordning av tjenestetilbud til personer som har behov for våre tjenester. Rusfeltet stiller både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten overfor store utfordringer. Det vil være et stort fortrinn om det kan etableres tjenester til denne gruppen samlokalisert i et felles hus. Dette gjelder ikke minst de som trenger tjenester over lang tid og som i dag møter et veldig fragmentert tjenestetilbud.

4 Alternative modeller

Arbeidsgruppens tilnærming i forhold til etableringen av strategisk målbilde for et interkommunalt helsetilbud med heldøgnsplasser, er å ta utgangspunkt i de samfunnsmessige målene som beskrives i Samhandlingsreformen. Modellen nedenfor viser metodikken som er benyttet knyttet til konsekvensutredningen av intermediaertilbudet. Ved å bruke denne metodikken har arbeidsgruppen fått et eieforhold til målene, kravene til god løsning, hvilke konseptvalg vi har både strategisk og organisatorisk og hvilke resultater vi kan få med de ulike alternativene.



Figur 19. Modell for identifisering av mål, analyser og endelige resultater

Samfunns målet uttrykker det målet man har for tiltaket sett i et samfunnsperspektiv, dvs. den effekt det ønskes at prosjektet skal ha på samfunnet over tid med rett behandling på rett sted til rett tid med tjenester før - i stedet for - etter sykehusinnleggelse.

Effektmålene uttrykker hvilken virkning/nytte tiltaket skal ha for "brukerne" over anskaffelsens levetid. Samhandlingsreformen gir føringer for de effektmålene kommunene i Nordhordland bør ha for å etablere et døgnbasert intermediaertilbud i kommunal regi som for eksempel:

- **Effektmål 1:** Gi tilbud etter «Beste effektive Omsorgsnivå» – BEON prinsippet - ut fra sykdomstilstand
- **Effektmål 2:** Gi et kvalitativt like godt eller bedre tilbud enn spesialisthelsetjenesten og derved å redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenester
- **Effektmål 3:** Redusere kostnader ved å oppfylle medfinansieringsansvaret, betaling for utskrivningsklare pasienter og etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

Krav til god løsning har blitt beskrevet på bakgrunn av effektmålene i arbeidsgruppen og gjennom kartlegging av sentrale interessenter, både de i arbeidsgruppen og andre.

Metodikken med å beskrive tydelige krav til god løsning før man begynner å beskrive de alternative løsningene/konseptene i detalj, og før man låser seg for mye til ett av alternativene, har vært en god erfaring i arbeidsgruppen. Krav til god løsning har så vært benyttet til å analysere alternativene og gi anbefaling på valg av hvilke(t) alternativ som vil være gjennomførbare og tilfredsstillende målene både strategisk og organisatorisk.

Resultatmålene er de målene prosjektorganisasjonen skal styre mot og innfri, inndelt og prioritert i dimensjonene tid, kostnad og kvalitet. Resultatmålene settes etter at konseptet er valgt gjennom alternativanalysen.

Vi kan for eksempel beregne noen skjematiske økonomiske konsekvenser av de ulike alternativene ift tilrettelegging, stordriftsfordeler, konsekvenser av ulike organisasjonsformer og realistisk tidshorisonter for implementering av ulike tilbud.

4.1 Kort beskrivelse av de fire alternativene

Arbeidsgruppen har utviklet og analysert følgende fire alternativer:

0- alternativet = å fortsette som før

Kommunene etablerer og gir tjenester hver for seg, men med felles legevakt etter vertskommunemodellen. Osterøy og Gulen er p.t ikke med i denne ordningen, og har egen legevakt i kommunen.

Alternativ 1 = Helsehus med fokus på samlokaliserte tjenester mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innen både somatikk og psykisk helsearbeid og rus

Samlokalisering av kommunale tjenester som for eksempel legevakt, jordmorvakt, ambulante tjenester, døgntilbud med flerbrukssenger for øyeblikkelig hjelp, observasjon og behandling/rehabilitering før og etter sykehusopphold, inkl. utskrivningsklare pasienter som trenger mer spesialisert oppfølging og rehabilitering enn det som kommunene legger opp til. Desentraliserte spesialisthelsetjenester; Psykiatrisk poliklinikk for barn, unge og voksne, DPS, røntgentjenester, avtalespesialister, satellitt-tjenester som dialyse, hørselsomsorg mm. Friskliv og mestringstjenester, kompetanseutviklingssenter, samordnet folkehelsearbeid mm.

Alternativ 2 = Intermediærenhet tilknyttet korttidsenhet i eksisterende sykehjem.

Dette alternativet beskriver en forsterket korttidsenhet i sykehjem. Døgnplasser med økt tilgang på kompetanse ved behov for øyeblikkelig hjelp, observasjon, behandling/rehabilitering før og etter opphold i sykehus, lokalisert i korttidsenhet i eksisterende sykehjem. Sykehjem i tett nærhet til interkommunal legevakt er lagt til grunn for dette alternativet.

Alternativ 3 = Forsterket korttidsenhet samlokalisert med legevakten.

Døgnplasser lokalisert sammen med legevakt med økt tilgang på kompetanse ved behov for øyeblikkelig hjelp, observasjon, behandling/rehabilitering før og etter opphold i sykehus

4.2 Konseptvalg - alternativanalysen

Bakgrunnen for arbeidsgruppens score av alternativene i oversikten nedenfor er:

Alternativet oppfyller kravet i stor grad	
Alternativet oppfyller kravet delvis	
Alternativet oppfyller kravet i liten grad	

Arbeidsgruppen ønsker å understreke at rød score ikke er et signal om at tilbudet ikke fungerer bra ut i fra dagens forutsetninger, men at alternativet etter arbeidsgruppens vurdering ikke møter framtidens krav til god løsning.

Krav – klassifisering	Krav til god løsning	0 –alternativ «fortsette som før»	Alternativ 1 Helsehus med samlokaliserte tjenester	Alternativ 2 Intermediær enhet tilknyttet korttidsenhet i eksisterende sykehjem	Alternativ 3 Forsterket korttidsenhet sam-lokalisert med legevakt
Absolutt-krav A	Legevakt lokalisert i nærheten				
Absolutt-krav A	Sentral lokalisering i Nordhordland (= Knaresund eller Flatøy)				
Absolutt-krav A	Faglig forsvarlig - kompetanse/ressurser/synergi-effekter				
Absolutt-krav B	Gode offentlige transportmuligheter				
Absolutt-krav B	2-bemannet legevakt				
Absolutt-krav B	Forsvarlig driftsøkonomi (døgnbemanning/kost per plass)				
Absolutt-krav B	Finansiering ift samhandlingsreforma, Husbanken				
Bør-krav A	Samlokalisering med legevakt				
Bør-krav A	Fleksibilitet i behandlingstilbud				
Bør-krav B	Samlokalisering eksisterende korttidsavdeling				
Bør-krav B	Rekruttering - attraktiv arbeidsplass				
Bør-krav B	Framtidige utbyggingsmuligheter				
Bør-krav B	Kapasitet på senger Framskrivning av behov				
Bør-krav C	Tilrettelagt telemedisin				

Tabell 20. Alternativanalysen sortert etter kravklassifisering

4.3 Krav til god løsning – nærmere begrunnelse

Utledelede krav er ment å sikre at valgt alternativ oppfyller de nødvendige grunnleggende behovene til brukerne og samfunnet. Kravene til god løsning er klassifisert av arbeidsgruppen og sortert etter viktighet med absolutt krav, kategori A først og bør-krav, kategori C helt sist.

Arbeidsgruppen har som mandatet tilsier tatt hensyn til eksisterende legevaktstjeneste og lokalisering av den når lokalisering av andre døgnbaserte helsetjenester er blitt vurdert. Det er et krav i mandatet at flere tjenester må være **lokalisert i nærheten av eller i samme bygg som legevakten**. I nærheten av, er i denne sammenheng blitt definert til en avstand til legevakten på opptil 1 km. Alle tre alternativ oppfyller dette kravet i stor grad under forutsetning av at tilbudet skal ligge sentralt i Knarvik eller på Flatøy.

Dagens legevakt er lokalisert i Knarvik, vegg i vegg med ambulansestasjonen. Lokaliseringen i Knarvik sentrum er sentral i regionen og både legevakten og ambulansestasjonen er fornøyd med beliggenheten og ønsker i utgangspunktet ikke en annen lokalisering i regionen.

En av årsakene til dette er gode offentlige transportmuligheter og god tilgang på apotekstjenester, som er en viktig forutsetning både for pasienter, pårørende og de ansatte. Knarvik er et trafikk-knutepunkt for hele regionen og rutebilstasjonen ligger i gangavstand til dagens legevakt. Flatøy har også gode transportmuligheter, men er per i dag ikke samme trafikk-knutepunkt for hele regionen.

Styrking av dagens legevaktsordning er satt på dagsorden i forbindelse med innføringen av Samhandlingsreformen. **2-bemannet legevakt** er allerede et sterkt ønske og ambisjon for dagens legevaktstjeneste for å sikre faglig forsvarlighet, kapasitet og tilgjengelighet. Dagens legevaktstilbud har med nåværende organisering ikke kapasitet til flere arbeidsoppgaver, slik som et døgnbasert helsetilbud i nærheten av legevakten legger opp til. To leger på vakt på legevakten vil derimot kunne styrke dagens behandlingstilbud, skape rom for flere hjemmebesøk i tillegg til å kunne gi mulighet for å være medisinsk faglig ansvarlige for de nye døgnbaserte helsetjenestene. For å sikre mest mulig effekt av legeressursene på legevakten, mener arbeidsgruppen at alternativene med samlokalisering av legevakten scorer bedre enn å fortsette som i dag eller etablere en «intermediærenhet tilknyttet korttidsenhet i eksisterende sykehjem».

Et sentralt krav til god løsning er at helsetilbudet skal være **faglig forsvarlig i forhold til kompetanse, ressurser og gjennom dette skape synergieffekter**. Arbeidsgruppen vurderer at det kun er alternativ 1, med et robust helsehustilbud, som oppfyller kravet i stor grad. Alternativ 2 og 3 oppfyller kravet delvis gjennom at de er faglig forsvarlige, men ikke skaper så mange faglige og ressursmessige synergieffekter som kan være ønskelig. 0-alternativet, å fortsette som før, oppleves av arbeidsgruppen som et sårbart alternativ som oppfyller kravet i liten grad.

Forsvarlig driftsøkonomi (døgnbemanning/kost per plass) er klassifisert som et absolutt-krav B og er viktig for at behandlingstilbudet skal være økonomisk bærekraftig og levedyktig over tid. Den dyreste delen av driftskostnadene er lønnskostnader og da spesielt kostnader for å opprettholde en døgnturnus. Et døgnbasert tilbud bør minimum ha 8-10 senger for å gi en bærekraftig døgnturnus og dermed konkurransedyktig kostnad p.r plass sammenlignet med andre døgnbaserte kommunale tilbud.

Finansiering i forhold til samhandlingsreformens - og Husbankens støtteordninger er også klassifisert som et absoluttkrav. De økonomiske incentivene i samhandlingsreformen er tredelt og er beskrevet mer i detalj i eget avsnitt under kapittel 2 i rapporten. Husbanken ser i disse dager på nye finansieringsordninger og har åpnet for å tilby støtteordninger for leiekostnader til formålsbygg.

Samlokalisering av et nytt døgnbasert helsetilbud med en eksisterende korttidsavdeling er av arbeidsgruppen satt opp som ett bør-krav. Utgangspunktet for dette er at en slik samlokalisering vil skape flere synergieffekter ift stordriftsmuligheter og økonomi, faglig forsvarlighet, kompetansebygging og rekruttering. Dette vil gagne både det interkommunale tilbudet og selvsagt vertskommunens eksisterende korttidsavdeling. Det er naturlig nok kun alternativ 2 som scorer grønt her. En mulighet ved alternativ 1, som er forsøkt ved flere andre lokalmedisinske senter, er at «vertskommunen» flytter sine eksisterende korttidsplasser inn i et framtidig interkommunalt helsehus.

Krav til god løsning inkluderer i analysen å være en **attraktiv arbeidsplass** med faglige utviklingsmuligheter og spennende arbeidsoppgaver som sikrer god rekruttering. Dette er satt opp som et bør-krav og blir viktig i årene som kommer i forhold til at etterspørselen etter kvalifisert arbeidskraft allerede er større enn tilgangen. Ifølge Regional helse- og omsorgsplan vil kommunene i Nordhordland få en stor utfordring når det gjelder tilgjengelighet på helsepersonell de kommende 10–20 årene. Statistiske data tilsier at det er viktig at kommunene snarest mulig iverksetter tiltak for å møte framtidige rekrutteringsutfordringer. **Rekruttering** av kvalifisert arbeidskraft vil være avgjørende for å klare å skape gode heldøgnsbaserte tjenester framover, før – i stedet for og etter behandling på sykehus. Arbeidsgruppen mener at det generelt sett vil være lettere å rekruttere nødvendig kompetanse til et allsidig helsehus enn til de andre alternativene. Alternativet med å fortsette som før oppfyller dette kravet i liten grad og vil føre til økt risiko for lekkasje av nødvendig kompetanse ut av regionen (for eksempel til sykehusene i Bergen).

Fleksibilitet i behandlingstilbud er klassifisert som et viktig bør-krav av arbeidsgruppen. Det er mange usikkerhetsmomenter i forhold til hvilke pasientgrupper det vil være hensiktsmessig å behandle ved en slik interkommunal døgnbasert helsetjeneste. Kompetanse, økonomi og framtidig organisering av behandlingstilbudet i de enkelte kommunene og ved sykehusene i regionen, vil være avgjørende. I tillegg har arbeidsgruppen i løpet av prosessen og med kjennskap til erfaringer fra andre lignende behandlingstilbud, mer og mer opptatt av et døgntilbud med flerbrukssenger som kan benyttes både til øyeblikkelig hjelp, observasjon og behandling/rehabilitering før og etter sykehusopphold, inkl. utskrivningsklare pasienter som trenger mer spesialisert oppfølging og rehabilitering enn det som kommunene legger opp til. En slik fleksibilitet vil være avgjørende for at sengene skal kunne brukes optimalt. Arbeidsgruppen vurderer at alternativ 1 og 3 oppfyller kravet om fleksibilitet i høy grad. Alternativ 2 oppfyller kravet delvis avhengig av legebemannning og avstand til legevakst. «Å fortsette som før» er en dårlig løsning for å ivareta en slik fleksibilitet i behandlingstilbudet.

Kravet om framtidige **utbyggingsmuligheter** dreier seg også om fleksibilitet, men nå spesifikt i forhold til bygningsmassen. Med utgangspunkt i at vi er på vei inn i en ny stor helsereform og at det derfor kan være ekstra vanskelig å forutse framtidig behov for heldøgns helsetilbud i regionen, er en slik fleksibilitet viktig i planleggingsfasen. Dette bør-kravet (B) fokuserer på i hvilken grad løsningen/alternativet har lagt til rette for at man på et senere tidspunkt kan bygge ut eller omdisponere areal ved vekst i behov eller ved nye framtidige behov som man ønsker og inkludere i tilbudet.

Kapasitet på senger i regionen er de nest siste bør-kravet i alternativanalysen. Regionrådet og de enkelte kommunene har gjort ulike beregninger som viser at dersom man framskriver dagens dekningsgrad og praksis på heldøgns plasser og korttids plasser på institusjon, vil det i flere av kommunene i regionen, være behov for mange flere plasser enn det som legges opp til at skal bygges i framtidige kommunedelplaner. Disse interkommunale heldøgns-sengene vil kunne skape en bufferkapasitet, spesielt i forhold til raskt å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter dersom kommunene i perioder mangler kapasitet på sine korttids plasser til å klare dette selv.

Tilrettelagt for telemedisin er det siste bør-kravet som arbeidsgruppen har brukt i sin analyse. Alle nye formålsbygg som settes opp, er spesielt tilrettelagt for telemedisin, mens en utbygging av eksisterende legevakt eller korttidsavdeling sannsynligvis vil kunne legge til rette for dette.

4.4 Oppsummering av alternativanalysen

0- alternativet som går ut på å fortsette som før hvor kommunene etablerer og gir tjenester hver for seg, men med felles legevakt etter vertskommunemodellen, er det alternativet som scorer dårligst. Dette alternativet oppfyller etter arbeidsgruppens mening ingen av de viktigste absolutt kravene. Arbeidsgruppen anbefaler ikke at Helseutvalget i Regionrådet går videre med utredning av dette alternativet.

Alternativ 1 som beskriver et omfattende helsehustilbud, med fokus på samlokaliserte tjenester innen både somatikk og psykisk helsearbeid og rus, er etter arbeidsgruppens analyse det beste alternativet og scorer best i forhold til alle kravene løsningen skal/bør inneha. Realisering av et slikt helsehus er det alternativet arbeidsgruppen i mandatet er blitt bedt om å utrede om kan være et realistisk alternativ for Nordhordland. Arbeidsgruppens konklusjon er med bakgrunn i denne analysen en klar anbefaling om at dette alternativet bør utredes nærmere. Et slikt helsehus skaper flest samlokaliseringssynergier mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vil etter arbeidsgruppens oppfatning gi et robust og kvalitetsmessig godt behandlingstilbud for innbyggerne i regionen.

Alternativ 2 med en intermediærenhet tilknyttet korttidsenhet i eksisterende sykehjem er det alternativet som totalt sett scorer nest dårligst i arbeidsgruppens analyse. Hovedårsaken til dette er at dette alternativet gir noe færre synergieffekter med legevakten og arbeidsgruppen mener at dette er en viktig forutsetning for å oppnå effektene med mer behandling før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse. Denne rangeringen underbygges også av at døgnplassene som Bjørgvin DPS beskriver, har som en klar forutsetning samlokalisering med legevakten. Det er etter arbeidsgruppens mening også kun Knarvik sykehjem som eksisterende bygg som er lokalisert sentralt nok i regionen i forhold til kravet om nærhet til legevakten.

Alternativ 3 med en forsterket korttidsenhet samlokalisert med legevakten får ganske lik score totalt sett som alternativ 2 av arbeidsgruppen. Døgnplasser lokalisert sammen med legevakt for kommunale øyeblikkelig-hjelp-plasser, observasjon og utskrivningsklare pasienter, har noe bedre forutsetning for å kunne gi et faglig robust tilbud til innbyggerne i regionen enn alternativ 2. Alternativ 3 forutsetter en styrking av legevaktstjenesten med en to-bemannet legevakt. Alternativet har en dårligere score på driftsøkonomi enn alternativ 2, fordi man sannsynligvis kan få flere stordriftsfordeler med å legge nye døgnplasser til en eksisterende døgnenhet.

Arbeidsgruppen mener at for å følge opp lovkrav om kommunale døgnplasser til øyeblikkelig hjelp kan det vurderes en mulig kortsiktig løsning i eksisterende sykehjem (alternativ 2) eller legevaktlokaler (alternativ 3). Men dersom en på lengre sikt ser at dette er døgnplasser som utgjør en del av en mer fleksibel ordning med tilbud om døgnplasser til pasienter som har vært til avklaring/behandling i sykehus må det planlegges for nybygg eller utbygging av eksisterende bygg.

5 Interessentanalysen

I en av de første workshopene i arbeidsgruppen, gikk vi felles igjennom potensielle innholdsinteressenter/aktørene i et helsehus. Arbeidsgruppen har gitt de ulike interessentene score ut i fra de forutsetninger den kjenner til i forhold til de ulike alternativene vist i de neste to tabellene nedenfor.

Nivå	Innholdsinteressent	0 – alternativ «fortsette som før»	Alternativ 1 Helsehus med samlokaliserte tjenester	Alternativ 2 Intermediær enhet tilknyttet korttidsenhet i eksisterende sykehjem	Alternativ 3 Forsterket korttidsenhet samlokalisert med legevakt
Inter-kommunalt	Legevakt				
	Døgnplasser for ØH, observasjon, utskrivningsklare pas.				
	Forsterket rehabilitering				
	Friskliv og mestringstjenester				
	Jordmorvakt/Jordmortj.				
	Koordinator kompetansebygging				
Kommunalt nivå	Korttidsavdelinger i kommunene				
Avtale-spesialister	Hud				
	Øye				
	ØNH				
	Indremed (Hjerte, lunge)				
	Psykisk helsevern og rus - privatpraktiserende spesialister				

Tabell 21 Interessentanalysen - kommunalt nivå og avtalespesialister

5.1 Interessentanalysen – spesialisthelsetjenesten

Nivå	Innholdsinteressent	0 – alternativ «fortsette som før»	Alternativ 1 Helsehus med samlokaliserte tjenester	Alternativ 2 Intermediær enhet tilknyttet korttidsenhet i eksisterende sykehjem	Alternativ 3 Forsterket korttidsenhet samlokalisert med legevakt
Spesialist- helse- tjenesten	Psykisk helsevern og rus - Bjørgvin DPS - døgn				
	Psykisk helsevern og rus – poliklinikk				
	Dialyse-satellitt				
	Høresentral				
	Ambulansestasjon				
	Lærings- og mestringssenter				
	Ambulerende røntgen – lokal basestasjon				
	Satellitt-spesialister (potensielle: hud, hjerte, ortoped, indremed-lunge)				
	Haraldsplass: Røntgensatellitt; enkelt stasjonært røntgen				
Bufetat	Familievernkontor				
Hjelpemiddel-sentralen	Regionalt lager: Tekniske hjelpemidler, behandlingshjelpemidler				

Tabell 22 Interessentanalysen spesialisthelsetjenesten

5.2 Konklusjoner fra interessentanalysen

Summerer vi opp hva arbeidsgruppen mener at potensielle innholds-interessenter i et helsehus/lokalmedisinsk senter totalt sett synes om de ulike alternativene, finner vi flere interessante funn og klare styringssignaler.

Alternativ 1 mener arbeidsgruppen at alle interessentene vil ønske seg og gir Helsehus med samlokaliserte tjenester innen både somatikk og psykisk helsevern og rus, full score som det foretrukne alternativet.

Systematiserer vi de andre alternativene ved å la alle interessentene ha lik stemme og scorer grønn som 3 poeng, oransje som 1 poeng og rødt som 0 poeng, får vi følgende resultat:

- alternativ 3 «Forsterket korttidsenhet samlokalisert med legevakt» som kommer best ut av de andre alternativene med 21 poeng (inkludert 3 grønne interessenter og færrest røde)
- 0-alternativet «Å fortsette som før» får 15 poeng
- alternativ 2 «Intermediær enhet tilknyttet korttidsenhet i eksisterende sykehjem» får dårligst score med 11 poeng

Ser vi på kun på interessentene i spesialisthelsetjenesten, er konklusjonen den samme. Et helsehus samlokalisert med legevakten er alle positive til. Aktørene i spesialisthelsetjenesten er noe mer positive til alternativ 3 som er det andre alternativet med samlokalisering med legevakt i forhold til de andre to alternativene som totalt sett kommer dårlig ut. Ut i fra dette vil ikke 0-alternativet eller alternativ 2 kunne anbefales å gå videre med sett fra spesialisthelsetjenestens synsvinkel.

Helse Bergen – psykiatrisk divisjon: Egen vurdering av alternativene

Det er lagt fram fire alternative modeller. Modellene har ulike implikasjoner knyttet til utvikling av den psykiatriske spesialisthelsetjenesten i Nordhordland. 0-alternativet, å fortsette som før, vil føre til at vi må vurdere en alternativ lokalisering av døgntilbudet, og et alternativ er å plassere dette på Tertnes. Alternativ en til tre har alle i seg potensiale for sambruk av både areal, personell og kompetanse. Fra vår side er tett kobling mot legevakt en viktig premiss. Uten en slik samlokalisering vil driften bli for sårbar. Alternativ 1 – helsehusalternativet - er selvsagt en tiltalende modell, men kan være vanskelig å få realisert, i alle fall på kort sikt. Alternativ 3 vil delvis ivareta våre behov, men forutsetter at vi kan gå inn i et sambruk. Alternativet forutsetter at kommunene ønsker en interkommunal løsning. Det er mulig å ha modell 1 som langsiktig mål, med en delutbygging underveis. En gradvis utbygging vil redusere usikkerhet både knyttet til finansiering og drift.

6 Modell for innhold i et framtidig helsehus

Kommunalt samarbeid Før - i stedet for - etter	Spesialisthelsetjenesten/avtale- spesialister - somatikk Haraldsplass/Helse Bergen	Spesialisthelsetjenesten Psykisk helsevern og rus Helse Bergen HF	Andre interessenter	Vertskommune Før - i stedet for - etter		
Legevakt Jordmorvakt	Ambulansestasjon	Samlokalisering av tjenester innen psykisk helsevern og rus - døgnplasser - poliklinikk, - ambulant team - avtalespesialister mm	Andre mulige interessenter: - Apotek - Kafè - Treningssenter - Fysioterapi/kiropraktor - Omsorgsboliger - Familievernkontor - Legekantor	Korttidsplasser - utskrivningsklare pasienter - rehabilitering		
Døgntilbud - flerbrukssenger - øyeblikkelig hjelp - observasjon - etterbehandling/rehab.	Satellitt-tjenester: - dialysebehandling - hørselsomsorg - røntgensatellitt (Haraldsplass)			Omsorgsboliger		
Ambulante tjenester (f.eks. psykisk helse, rus, diabetes, geriatri, palliasjon, rehab)	Avtalespesialister: - Øye - Hud - ØNH - Indremedisin mm			Hjemmetjenester/ Ambulante tjenester		
Lab., diagnostiske verktøy				Psykisk helse- og rusarbeid for barn og voksne		
Folkehelsearbeid/ samfunnsmedisin				PP-tjenesten/Helsestasjon		
Friskliv og mestringstjenester						
Rehabiliteringstilbud						

Figur 23 Helsehusmodell

Hovedelementene i denne modellen ble utviklet av samhandlingskoordinator i Regionrådet i forkant av dette forprosjektet. I løpet av prosjektfasen høsten 2011 er den så komplettert og justert slik arbeidsgruppen mener at den gir et mer helhetlig bilde på omfanget og potensialet et framtidig helsehus kan ha. Dette er i tillegg mer konkret beskrevet i kartleggingen av arealbehovet senere i dette arbeidsnotatet.

Gjennom arbeidet med Regional helse- og omsorgsplan og vurdering av kommunale døgnplasser til øyeblikkelig hjelp, kan det se ut som det er grunnlag for å etablere 10 -12 flerbrukssenger i Nordhordland, men at dette må være en satsing og oppbygging som må skje over tid. Siden det ikke er avsatt friske midler gjennom statsbudsjettet til å etablere døgnplasser annet enn til øyeblikkelig hjelp må det vurderes en gradvis etablering av interkommunale døgnplasser. Det kan se ut som om det er grunnlag for anslagsvis 4 – 6 døgnplasser som kan være mulig å realisere gjennom en finansieringsordning slik det er skissert i kapittel 16 i ny Helse- og omsorgslov.

Et viktig moment som gjør at arbeidsgruppen anbefaler en videre utredning av et helsehus med aktørene som beskrevet, er mulighetene/behovene spesialisthelsetjenesten har for samlokaliserte lokaler med legevakt og andre heldøgnsbaserte tilbud. Helse Bergen ønsker å samlokalisere alle sine tjenestetilbud innen psykisk helsevern i Nordhordland og vil blant annet kunne tenke seg samlokalisering av døgnplasser på DPS-nivå med legevakten og interkommunale somatiske flerbrukssenger eller øyeblikkelig-hjelp senger.

6.1 Helse Bergen, psykiatrisk divisjon, sine tanker om løsninger

6.1.1 Helse Bergen, psykiatrisk divisjon sin virksomhet i Nordhordland

Knarvik:

- **Bjørgvin DPS:** Poliklinikk, ambulant team, dagbehandling
- **Psykisk helsevern for barn og unge (PBU):** Poliklinikk

Manger:

- **Bjørgvin DPS:** Døgnerhet med 8 plasser. Tett samarbeid med poliklinikk i Knarvik, psykiatritjenesten, legevakt og sykehus

Samarbeidsprosjekt

- **Prosjekt 16-23:** Samarbeidsprosjekt mellom VOP og BUP i Nordhordland, Knarvik videregående skole og Lindås kommune.
- **Akuttprosjektet:** Samarbeidsprosjekt mellom psykiatritjenesten i kommunene, Nordhordland legevakt og Bjørgvin DPS/Helse Bergen

6.1.2 Helse Bergen, psykiatrisk divisjon har presentert følgende ønsker i arbeidsgruppen:

- Å samlokalisere tjenestene
- Å leie nye lokaler til virksomheten som i dag er etablert i Knarvik og på Manger
Antall og type døgnplass må avklares nærmere
- At interkommunal legevakt blir lokalisert i samme bygg
- At det blir lagt til rette for at spesialister med avtale kan etablere seg i same bygg

6.1.3 Helse Bergen, psykiatrisk divisjon ønsker å etablere seg i et nytt Helsehus fordi det legger til rette for:

- Tett samspill mellom 1. og 2. linje-tjenesten
- Samhandling og gode overganger mellom BUP og VOP
- Kompetanseutveksling mellom nivå og fagfelt
- Tilgjengelige tjenester for befolkningen i området

6.2 Kartlegging av arealbehov

Arbeidsgruppen har gjort en foreløpig kartlegging av arealbehovet til de ulike innholdsinteressentene/aktørene i et helsehus. Resultatet er presentert i tabellen nedenfor og mer detaljerte utdrag i forhold til arealbehov i de neste to tabellene.

Oversiktstabellen viser i tillegg til nivå på tjenesten:

- kort beskrivelse av "Innholds-interessentene"
- foreløpig klassifisering av aktørene,
- kort beskrivelse av omfang og behov
- foreløpig kartlegging av dagens arealbruk i m2
- grovestimat av arealbehov i m2
- detaljerte kommentarer
- Tidshorisont for ønsket forandring

Arealbehovet er et foreløpig estimat fra de mest sentrale aktørene som er kartlagt. En mer detaljert oppfølging av denne arealkartleggingen sammen med en videre kartlegging av dagens arealbruk og dagens leiekostnader anbefales utredet av arbeidsgruppen i neste fase dersom man ønsker å gå videre i forhold til videre utredning av et helsehus i regionen. Arealestimatene som er merket med gult viser hvilke arealbehov som må kvalitetssikres ytterligere i neste fase.

Nivå	"Innholds-interessent" i et helsehus i Nordhordland	Klassifisering av interessenten	Behov (25.10.11)	Dagens areal m2	Behov areal m2	Kommentarer (25.10.11)	Tidshorisont
Interkommunalt	Legevakt	A	Økt behov for areal ift dagens situasjon og 2 leger på vakt (80 m2 er undervisningsrom)	421	520	Forutsetning for utvidede arbeidsoppgaver	
	Forsterket korttid, obs senger, buffer, utskrivningsklare pasienter, "avdeling for observasjon og etterbehandling"	A	6-10 senger		400	Enerom 20-25 m2 inkl bad + fellesareal, robust tumus 8-12 senger	
	Spesialisert rehabilitering	A	Lite utbygd i regionen, behov for ca 6 senger		200	Kommunal medfinansiering	
	Friskliv og mestringstjenester	A	Møterom + kontor, avhengig av gode transportmuligheter		100		
	Jordmorvakt (Helseforetak har ansvaret for følgetjenesten)	A	Kontor på legevakten, "jordmor tidlig heim"			Avklares med helseforetaket	
	Koordinator kompetansebygging	A	Kontor, samme modell som for skole og barnehage		20		
Kommunalt nivå	Korttidsavdelinger i kommunene	A	Forsterke eksisterende korttidsavdeling i vertskommunen			Gir mulighet for å skape en robust tumus	
Arealbehov				421	1 240		
Spesialist-helsetjenesten	Psykisk helsevern og rus - Bjørgvin DPS - døgn	A			2 250	Må avklares snart mulighet for senger	Vedtak innen juni 2012
	Psykisk helsevern og rus-poliklinikk	A					Vedtak innen juni 2012
	Dialysesatellitt	A	5 pasienter fra Nordhordland i dialyse per i dag + potensielt Åsana, Arna	72	70	Fjell: 5 stoler, får dialyse 3g/uke, prosjektet i Vest skal evalueres	Haster med avklaring rundt en konkret dialysepasient
	Høresentral	A	Kan holde oppe 5g/uke, lydtett rom + kontor		50	Snarlig	
	Ambulansesasjon	A	Samløkalisert, garasje, overnattingsrom	150	250	Trange forhold i dag, akuttmed seksjon - Helse Bergen, Ingebjørg Halstensen sjekker	
	Lærings- og mestringssenter	A	Samarbeidsutvalget har igangsatt et prosjekt Haraldsplass (Prosjekt Bergen kommune, spesielt mot sykehjem)			Status samarbeidsprosjekt?	
	Ambulerende røntgen - base	B					
	Ambulerende spesialister (psykisk helse, hud, potensiale ortoped, indremed-lunge, hjerte)	C	Fungerer idag ift psykologspesialist og legevakten			Idè: Attraktive seniorstillinger for overleger,	
Haraldsplass	Røntgensatellitt, stasjonært røntgen (enkelt - ikke CT/MR)	A	Haraldsplass - trenger en radiografstilling		50	Be om spesifikasjon fra Haraldsplass	
Arealbehov				222	2 670		
Avtale-spesialister	Hud	A	Klinikksef videre drift av hudklinikk i Knavik?	60	80	Må avklares med Helse Bergen	
	Øye	A	Operasjonsstue, klar når helsehuset er klart!, driftsgrunnlag for 2 øyeleger, 1 optiker	250	250	Ikke aktuelt å flytte fra Knavik per i dag	Klar når helsehuset er klart!
	ØNH	C	Ikke utredet enda				
	Indremed (Hjerte, lunge)	C	Ikke utredet enda				
	Psykisk helsevern og rus - privatpraktiserende spesialister	A	Ønske om samløkalisering med psykisk helsevern og rus		250		
Arealbehov				532	3 250		
Bufetat	Familievernkontor?	B	Ingen konkrete planer, men interessert i videre dialog				
Statoil/Mongstad	Beredskap, legevakt	C	Gjestarbeidere, samarbeid med høresentralen				
NAV	Arbeid og trygd, ruskonsulenter	C					
Apotek		C	Ligger to i nærheten av dagens legevakt				
Tannhelse	Fylkeskommunen	C	Knavik - overtanlegen har kontor				
Hjelpemiddel - regionalt lager	Tekniske hjelpemidler, behandlingshjelpemidler	C					
Totalt areal				953	4 490		

Kartleggingen viser at det er stor interesse spesielt fra spesialisthelsetjenesten og fra flere avtalespesialister i forhold til samlokalisering av tjenester med legevakt og heldøgns sengeplasser i kommunene i regionen. Foreløpige estimat viser at ca 3250 m² (eller ca ¼ av total bygningsmasse) av arealet i et framtidig helsehus vil kunne leies ut til spesialisthelsetjenesten og til ulike avtalespesialister, mens det interkommunale behovet foreløpig kun ser ut til å være ca 1250 m².

Nivå	"Innholds-interessent" i et helsehus i Nordhordland	Behov (25.10.11)	Behov areal m ²
Interkommunalt	Legevakt	Økt behov for areal ift dagens situasjon og 2 leger på vakt (80 m ² er undervisningsrom)	520
	Flerbrukssenger: Forsterket korttid, obs senger, buffer, utskrivningsklare pasienter, "avdeling for observasjon og etterbehandling"	6-10 senger	400
	Spesialisert rehabilitering	Lite utbygd i regionen, behov for ca 6 senger	200
	Friskliv og mestringstjenester	Møterom + kontor, avhengig av gode transportmuligheter	100
	Jordmorvakt (Helseforetak har ansvaret for følgetjenesten)	Kontor på legevakten, "jordmor tidlig heim"	
	Koordinator kompetansebygging	Kontor, samme modell som for skole og barnehage	20
Kommunalt nivå	Korttidsavdelinger i kommunene	Forsterke eksisterende korttidsavdeling i vertskommunen	
Arealbehov estimert			1 240

Nivå	"Innholds-interessent" i et helsehus i Nordhordland	Behov (25.10.11)	Behov areal m ²
Spesialisthelsetjenesten	Psykisk helsevern og rus - Bjørgvin DPS - døgn		2 250
	Psykisk helsevern og rus-poliklinikk		
	Dialysesatelitt	5 pasienter fra Nordhordland i dialyse per i dag + potensielt Åsana, Arna	70
	Høresentral	Kan holde oppe 5g/uke, lydtett rom + kontor	50
	Ambulansestasjon	Samlokalisert, garasje, overnattingsrom	250
	Lærings- og mestringssenter	Samarbeidsutvalget har igangsatt et prosjekt	
	Ambulerende røntgen - base	Haraldsplass (Prosjekt Bergen kommune, spesielt mot sykehjem)	
	Ambulerende spesialister (psykisk helse, hud, potensiale ortoped, indremed-lunge, hjerte)	Fungerer idag ift psykologspesialist og legevakten	
Haraldsplass	Røntgensatelitt, stasjonært røntgen (enkelt - ikke CT/MR)	Haraldsplass - trenger en radiografstilling	50
Arealbehov estimert			2 670
Avtale-spesialister	Hud	Klinikkjef videre drift av hudklinikk i Knavik?	80
	Øye	Operasjonsstue, klar når helsehuset er klart!, driftsgrunnlag for 2 øyeleger, 1 optiker	250
	ØNH	Ikke utredet enda	
	Indremed (Hjerte, lunge)	Ikke utredet enda	
	Psykisk helsevern og rus - privatpraktiserende spesialister	Ønske om samlokalisering med psykisk helsevern og rus	250
Arealbehov estimert			3 250

Modellen nedenfor viser interessentene i et helsehus i forhold til nivå på helsetjenesten med grovestimatet i forhold til arealbehov. I denne modellen er det også inkludert andre potensielle aktører/interessenter i et slikt interkommunalt og samlokalisert helsetilbud. En videre kartlegging av denne type aktører, vil kunne gi ytterligere økonomisk og samfunnsmessig bærekraft inn i en slik helsehusmodell. Innhold, omfang og arealbehov som vertskommunen har i et slikt helsehus, må også utredes så snart lokaliseringen av et framtidig helsehus er bestemt.

Kommunalt samarbeid Før - i stedet for - etter	Spesialisthelsetjenesten/avtale- spesialister - somatikk Haraldsplass/Helse Bergen	Spesialisthelsetjenesten Psykisk helsevern og rus Helse Bergen HF	Andre interessenter	Vertskommune Før - i stedet for - etter		
Legevakt Jordmorvakt	Ambulansestasjon	Samlokalisering av tjenester innen psykisk helsevern og rus - døgnplasser - poliklinikk, - ambulant team - avtalespesialister mm	Andre mulige interessenter: - Apotek - Kafè - Treningssenter - Fysioterapi/kiropraktor - Omsorgsboliger - Familievernkontor - Legekontor	Korttidsplasser - utskrivningsklare pasienter - rehabilitering		
Døgntilbud - flerbrukssenger - øyeblikkelig hjelp - observasjon - etterbehandling/rehab.	Satellitt-tjenester: - dialysebehandling - hørselsomsorg - røntgensatellitt (Haraldsplass)			Omsorgsboliger		
Ambulante tjenester (f.eks. psykisk helse, rus, diabetes, geriatri, palliasjon, rehab)	Avtalespesialister: - Øye - Hud - ØNH - Indremedisin mm			Hjemmetjenester/ Ambulante tjenester		
Lab., diagnostiske verktøy				Psykisk helse- og rusarbeid for barn og voksne		
Folkehelsearbeid/ samfunnsmedisin				PP-tjenesten/Helsestasjon		
Friskliv og mestringstjenester						
Rehabiliteringstilbud						
1250 m2 ++	750 m2 ++	2500 m2	? m2	1000 m2		

Figur 24 Helsehusskisse med grovestimat ift arealbehov

6.3 Lokalisering

Når det gjelder spørsmålet om lokasjon har arbeidsgruppen forholdt seg til mandatet til prosjektet som slår fast at et helsehus/lokalmedisinsk senter må ligge sentralt i regionen i nærheten av legevakten. I følge arbeidsgruppen er det Knarvik og Flatøy som er vurdert som de mest aktuelle lokasjonene for en interkommunal legevakt ut i fra kravene i mandatet, med dagens lokasjon i Knarvik som det foretrukne alternativet.

Nordhordlandskommunene opplever at det pr. i dag er vanskelig å se muligheter for å samlokalisere nye tjenester i eksisterende bygg i regionen, som samtidig følger opp krav om nærhet til legevaktstjenesten. For å følge opp lovkrav om kommunale døgnplasser til øyeblikkelig hjelp kan det vurderes en mulig løsning i eksisterende sykehjem eller legevaktslokaler. Men dersom en på lengre sikt ser at dette er døgnplasser som utgjør en del av en mer fleksibel ordning med tilbud om døgnplasser til pasienter som har vert til avklaring/behandling i sykehus må det planlegges for nybygg eller utbygging av eksisterende bygg.

For å klargjøre hvilke muligheter som finnes og hvilke planene Lindås og Meland kommune har framover, har begge kommunene fått presentere sine planer for arbeidsgruppen. Lindås har laget en egen presentasjon til arbeidsgruppen som beskriver deres forslag og løsninger for et slikt tilbud hvor utdrag av dette er beskrevet nedenfor.

Eksisterende døgnplasser i Lindås, totalt 121 – fordelt slik:

- Knarvik sjukeheim, 74 plasser
- Såta bu- og servicesenter, 22 plasser
- Lindås bu- og servicesenter, 25 plasser

Planer for nye kommunale døgnplasser – helse og omsorg

- Ostertunet III: 10 plasser, ferdigstilt i 2013
- Lyngtunet: 21 plasser, ferdigstilt i 2016 (?)

Ostertunet III blir et tilbud for somatiske eldre brukere. Lyngtunet blir et tilbud for demente. Det var i november 2011 bred politisk enighet om at Lyngtunet skal bli realisert, men lokalisering er ikke endelig besluttet.

Alternativ plassering av døgnplasser tilknyttet et helsehus/lokalmedisinsk senter, lokalisert til Knarvik:

- Plasser på Knarvik sjukeheim kan bli frigjort til formålet, ved å bygge ut tilsvarende antall plasser ellers i kommunen.
- Lyngtunet, ved lokalisering til tidligere BKK-tomt i Knarvik
- Nybygg bygd på tomt som Knarvik Industrier eier, og som ligger tett inntil Nordhordland legevakt

6.4 Anbefalinger for videre kartlegging av en eventuell helsehusinvestering

Beskrive aktørenes og interessentenes interesse og holdning til investeringen

- Avklar hvilken rolle aktørene/interessentene kommer til å ha i prosjektet. Med dette så menes det at det skal avklares hva som vil være hovedfokus for aktøren/interessenten
- Aktørenes og interessentenes forventede holdning til prosjektet bør også avklares ved for eksempel å bruke en skala fra +3 (positiv) til -3 (negativ) – se eksempel nedenfor
- Utarbeidelse av interessentenes behov utdypes
- Avklare andre aktuelle interesser
- Avklare nærmere de enkelte kommunenes behov og interesse i et framtidig helsehus, med spesielt fokus på vertskommunenes behov for samlokalisering av sitt tjenestetilbud

Aktør	Klassifisering av aktøren	Interesse i investeringen	Holdning til investeringen	
			+	-
Undervisningsbygg	A	Ønsker et konsept som skaper god konkurranse i markedet	1	
Utdanningsetaten	A	Ønsker et bygg med lavest mulig levetidskostnader	3	
...				

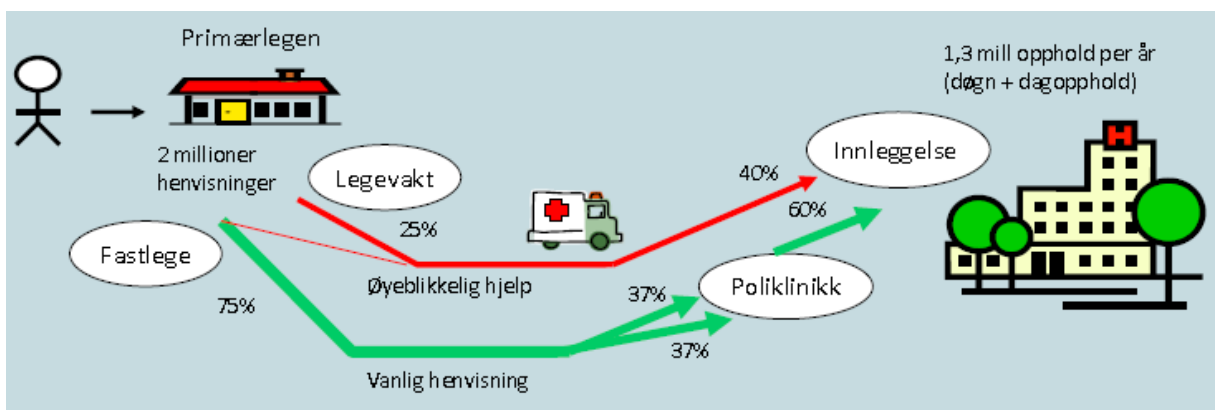
Eksempel 1: Klassifisering av aktørene ved bygging av ny skole (ikke uttømmende)

Kilde: Veileder for konseptvalgutredninger i Oslo kommune

7 Prinsipper for organisering og finansiering

7.1 Prinsipper for organisering i forhold til pasientflyt og behandlingsforløp etter BEON-prinsippet

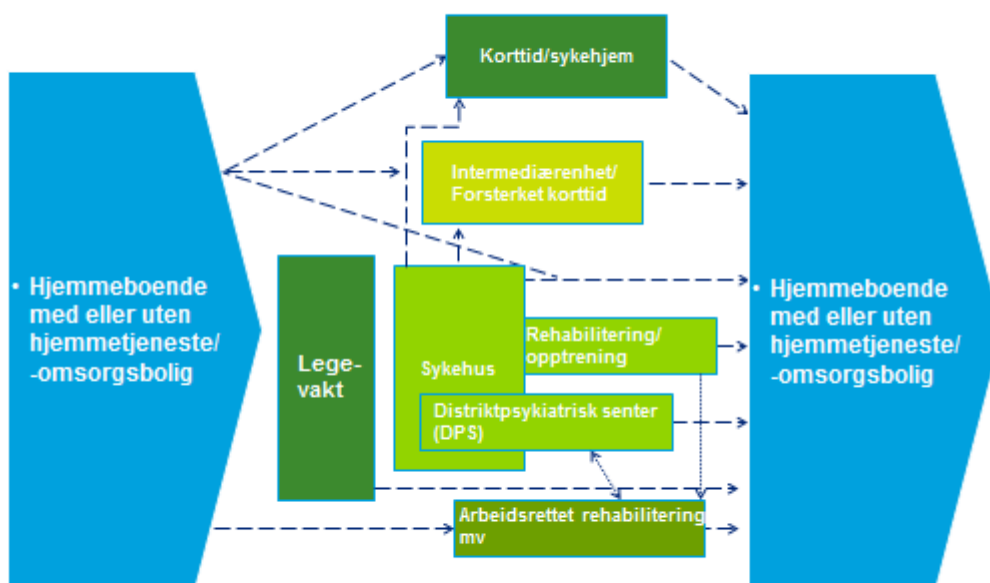
Legevakten står svært sentralt for å nå målene om å hindre unødige innleggelser. 70-90 % av ø-hjelp pasientene legges inn av legevakt, andre sykehus eller direkte via AMK/LVS.



Kilde: Anders Grimsmo – notat 03.05.09

Arbeidsgruppen har i sine vurderinger tatt hensyn til at et eventuelt fremtidig helsehus skal tilpasses Samhandlingsreformens forutsetninger og prinsipper og at tjenester skal prioriteres etter *Beonprinsippet* (Beste effektive omsorgsnivå).





© 2011 Deloitte AS

Denne modellen er blitt utviklet av Deloitte for å synliggjøre utfordringene med å skape helhetlige og sammenhengende pasientforløp med mange involverte aktører. Et nytt interkommunalt heldøgnstilbud vil utfordre dagens behandlingsforløp ytterligere. Organiseringen i forhold til å skape helhetlige behandlingsforløp med klar tildelingsmyndighet og kriterier mellom ulike plasser i korttidsavdelinger i kommunene og forsterkede flerbrukssenger i interkommunal regi, må utredes nærmere dersom helseutvalget anbefaler videre utredning av realiseringen av et helsehus.

7.2 Nye samarbeidsavtaler mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Innen 31. 01.2012 skal samarbeidsavtaler som omfatter følgende punkter være klare:

- Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for, og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
- Retningslinjer for innleggelse på sykehus.
- Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
- Samarbeid om omforente beredskapsplaner
- Samarbeid om planer for den akuttmedisinske kjede

Innen 01.07.12 skal samarbeidsavtalene som helhet være inngått.

- **Avtalene skal da i tillegg til avtalene ovenfor som minimum inneholde:**
- Beskrivelse av kommunen sitt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp
- Retningslinjer for:
 - samarbeid om utskrivningsklare pasienter som en regner med trenger kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon
 - gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling for faglige nettverk og hospitering
- Samarbeid om:
 - forskning, utdanning, praksis og læretid.
 - jordmortjenester
 - IKT-løsninger lokalt
 - forebygging
- **Øvrige temaer det anbefales å lage avtale på**
 - Samarbeid om lokalmedisinske sentre
 - Samarbeid om kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
 - Rutine for håndtering av avvik og etablering av tilbakemeldings- og evalueringssløyfer
- **Øvrige temaer det kan lages avtale på**
 - Fastleger og avtalespesialister
 - Samarbeid med andre aktører, ikke minst NAV

7.3 Prinsipper for stordriftsfordeler i forhold til døgnbemanning

En grunnenhet oppnår stordriftsfordeler når den er over en størrelse på 13–14 årsverk. Når gruppen blir større enn dette, vil stordriftsfordelene forsterkes parallelt med økning i størrelsen på ansattgruppen. Når ansattgruppen kommer opp i et nivå mot 20 årsverk, er det i langt større grad driftsnøytralitet knyttet til videre økning. Den kritiske faktoren på størrelsen ut over dette henger sammen med intern organisering av ansatte, grensene for det anbefalte lederspennet og ledernes mulighet for å følge opp ansatte.

Enheter og grupper på størrelser under 8-10 årsverk ofte har smådriftsulemper knyttet til turnusgruppene. Dette gjelder i forhold til ansatte pr. årsverk, pleiefaktor og i forhold til bemanningen på natt og tilgangen på sykepleiekompetanse eller annen høgskolekompetanse på kveld, helg og natt.

Arbeidsgruppen anbefaler at man i en eventuell videre utredning må se nærmere på organiseringen av døgnbemanningen, hvor mange sengeplasser og hvor stor turnusgruppen må være for å skape en bærekraftig driftsøkonomi i et framtidig heldøgns behandlingstilbud.

7.4 Finansieringsmodeller for interkommunalt helsehus

Nordhordland har gjennom felles legevaktstjeneste erfaring fra finansiering av et interkommunalt samarbeidstiltak. Finansieringsmodellen med Lindås kommune som vertskommune og fordeling av kostnader ut i fra en egen fordelingsnøkkel, kan være et godt erfaringsgrunnlag å ta utgangspunkt i for å utarbeide finansieringsmodell for et interkommunalt samarbeidstiltak i nytt helsehus/lokalmedisinsk senter.

Fire aktuelle modeller for finansiering og fordeling av driftskostnader som det vil være fornuftig å utrede videre i neste fase er:

- Modell 1 - Fordeling av kostnadene i forhold til bruk av plassene
- Modell 2 - Fordeling av kostnadene i forhold til innbyggere i kommunene
- Modell 3 - Fordeling av kostnader etter relevante innbyggere
- Modell 4 - Fordeling av kostnadene fordelt 50% flatt og 50% etter relevante innbyggere

Disse modellene må inkludere estimer på lønnskostnader, andre driftsutgifter, samt leie- og driftskostnader av lokaler.

8 Kommunalt samarbeid

8.1 Utgangspunkt for valg av samarbeidsmodell

Utfordringsbildet og de erfaringer som er gjort i Nordhordland tilsier at det er behov for et videre og muligens et mer formalisert/tett samarbeid mellom kommunene. Det er gjennomført ulike kartlegginger for regionen og flere har pekt på at det er muligheter for kompetanseheving, kvalitetsforbedring og bedre ressursbruk gjennom interkommunalt samarbeid.

Jamfør utkast til den regionale helse- og omsorgsplanen (desember 2011) er sentrale element i et slikt helsehus aktuelle tjenesteområder en regionalt skal samarbeide om, jamfør tjenester før, i stedet for eller etter sykehusinnleggelse:

- Døgnplasser før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse
- Rehabilitering, der pasienten har rehabiliteringsbehov som stiller særlig krav til kompetanse og tverrfaglig samarbeid
- Lærings- og mestringstjenester; oppfølging og opplæring til pasient og pårørende

Vertskommuneregelverket i §28 i kommuneloven gir i dag hovedreglene for samarbeid om lovpålagte oppgaver som innebærer offentlig myndighetsutøvelse. Regelen tilsier at myndighet kun kan delegeres til en vertskommune, enten til rådmannen (administrative saker) eller til en felles folkevalgt nemnd (politiske saker) som del av vertskommunen som rettssubjekt. For å ivareta blant annet rettsikkerhet for innbyggerne må kommunene må gjennom avtale følge bestemte regler i kommuneloven. Dette løses i stor grad ved at vertskommunen har arbeidsgiveransvar for alt fagpersonell som inngår i samarbeidet. I denne form for samarbeid kan kun kommuner delta.

Samkommuneregelverket som er foreslått lovregulert er tiltenkt et bredt samarbeid om lovpålagte oppgaver og er ment som et alternativ til vertskommuneorganisering. Etter nye lovforslag skal det være et samkommunestyre som utøver myndighet og er ansvarlig for alle politiske, administrative og

faglige avgjørelser innen de områder hvor samkommunen har fått overført ansvar fra kommunene. Valg av samkommunestyret er fra kommunestyrenes medlemmer og føringen tilsier at hver kommune skal minimum være representert med tre representanter. En samkommune har egen administrasjon og egne fagenheter.

Samkommunen har arbeidsgiveransvar og er et eget rettssubjekt, på linje med kommunene. Det er meningen at det kun er kommuner som kan delta i en samkommune. Kommunelovens §27 legger føringer for at samarbeid som organiseres på denne måten er beregnet for driftsoppgaver og kan brukes for strategiske samråd uten selvstendig beslutningsmyndighet på lovpålagte områder. Kommuner og fylkeskommuner kan delta i samarbeidsorganet som kan være politisk eller administrativt sammensatt.

8.2 Vertskommune- eller samkommunemodell

Kommunene står frie i valg av juridisk tilknytningsform og organisasjonsløsning når det gjelder frivillige oppgaver. Det gjelder også om tiltaket er et rent kompetansesamarbeid om lovpålagte oppgaver uten myndighetsoverføring. Kommunene kan velge å legge slike oppgaver legges inn i samarbeidsmodellen eller holde dem utenfor.

Eksempel på hvilke tiltak dette kan være er:

- Samarbeid om fagteam eller spesialkompetanse knyttet til demens, kreftomsorg, psykiatri mv.
- Drift av rehabiliteringsinstitusjoner, lokalmedisinsk senter mv.
- Samarbeid om kompetanseutvikling, lederutvikling mv.
- Samarbeid om servicekontor

Etablering av forpliktende interkommunalt samarbeid har en del umiddelbare konsekvenser:

- En må vurdere hva som er en rasjonell og hensiktsmessig samarbeidsregion
- Oppgave- og myndighetsfordelingen mellom kommunen og det interkommunale organet må gjennomgås og fastlegges
- Det må tas stilling til politisk organisering og systemer for å sikre politisk styring
- Det må tas stilling til administrativ ledelse, organisering og finansiering
- Samarbeidsordningen må dimensjoneres og gis nødvendige budsjetter og virkemidler
- Det må etableres systemer for styring og rapportering i forhold til eierkommunene
- Etableringen må følge lovregulerte krav som avhenger av hvilken tilknytningsform som velges

8.2.1 Vertskommunemodellen

Fram til 2007 var det nødvendig med hjemmel i den enkelte særlov for at kommunene kunne samarbeide om utøvelse av offentlig myndighet. I 2007 fikk vi en generell hjemmel i kommuneloven (§§ 28 a-k, vertskommunemodellen) som åpnet for interkommunalt samarbeid om slike oppgaver. Bakgrunnen for innføringen av vertskommunemodellen var særlig å gjøre det mulig å bygge opp velfungerende fagmiljøer der den enkelte kommune hver for seg kan ha vansker med å skaffe seg den kompetansen som kreves for å utføre hele registeret av oppgaver som de er pålagt.

I vertskommunemodellen er det lagt særlig vekt på å sikre rettssikkerheten der myndighet blir delegert til en annen kommune (vertskommune) gjennom å klargjøre systemet for forvaltningsklage

og lovlighetskontroll. Modellen inneholder også elementer som styrker den enkelte kommunes muligheter til å påvirke eller selv å treffe vedtak i saker som kun angår den enkelte kommune eller dennes innbyggere. Vertskommunesamarbeid innebærer at det blir delegert beslutningsmyndighet til en annen kommune (vertskommune). Til grunn for samarbeidet skal det ligge en samarbeidsavtale. Loven stiller nærmere krav til hva en slik avtale skal inneholde, men gjennom avtalen kan kommunene også regulere andre forhold enn det som er obligatorisk.

Kommunal og Regional Departementet (KRD) fikk høsten 2009 gjennomført en kartlegging av bruken av vertskommunemodellen. Undersøkelsen ble gjennomført av Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)¹. Et flertall av kommunene som svarte på undersøkelsen sier de er fornøyd med vertskommunemodellen, og flertallet stiller seg positive til effekten av denne. Det blir fra flere pekt på at samarbeidsmodellen er spesielt viktig for mindre kommuner. Hovedbildet er at modellen er ganske utbredt gitt den korte perioden den har vært tilgjengelig som lovfestet modell i kommuneloven².

8.2.2 Samkommunemodellen

Både vertskommunemodellen og samkommunemodellen er utformet for å gjøre det forsvarlig for kommunene å overlate kommunale kjerneoppgaver, herunder innbyggerrettet tjenesteyting og myndighetsutøvelse, til andre kommuner (vertskommunemodellen) og til egne interkommunale enheter (sammkommunemodellen). En kan således si at begge modellene fyller det samme formålet.

En sammkommune vil være et nytt interkommunalt samarbeidsorgan – en egen juridisk enhet – med et sammkommunestyre som øverste styringsorgan, som er valgt av og blant kommunestyrene i deltakerkommunene. Samkommunemodellen skiller seg fra vertskommunemodellen ved at den har en selvstendig administrasjon med egen administrasjonssjef. En ikke ubetydelig del av sammkommunens administrative ressurser vil i praksis kunne hentes fra deltakerkommunenes administrasjoner. Samkommunestyret er det øverste politiske organet i sammkommunen, med minst tre representanter fra hver deltakerkommune. Etter sammkommunemodellen kan sammkommunestyret opprette underordnede folkevalgte organer i sammkommunen (ikke mulig i vertskommunemodellen), for eksempel for de ulike sektoroppgavene som er lagt til sammkommunen. Samkommunen har også et eget kontrollutvalg, egen revisjon og eget budsjett. Samkommunemodellen er utformet med sikte på at en sammkommune skal kunne få delegert en omfattende og tverrsektoriell oppgaveportefølje fra deltakerkommunene.

Vertskommunemodellen har ikke vært tilpasset samarbeid der det i betydelig grad delegeres beslutningsmyndighet i saker på et bredere oppgavefelt. Det antas at det ikke vil være aktuelt for kommuner å overlate betydelige deler av sine ressurser og oppgaver til en annen kommune i et vertskommunesamarbeid. For omfattende samarbeid har det derfor vært nødvendig å opprette en egen selvstendig politisk og administrativ enhet; sammkommunen. Dette er bakgrunnen for ny lov om en ny modell for interkommunalt samarbeid i form av en sammkommune³.

8.2.3 Valg av modell

Dagens omfang på samarbeid mellom kommuner om lovpålagte oppgaver er begrenset. Målet med å organisere tjenestene gjennom en vertskommune eller sammkommunemodellen er å gjøre det

¹ NIBR-notat 2010:105

² Kilde Kommuneproposisjonen 2011

³ Kilde Kommuneproposisjonen 2011

forsvarlig å overlate beslutningsmyndighet til andre kommuner(vertskommune) og til selvstendige interkommunale enheter(samkommune). Det er imidlertid store muligheter for kompetanseheving, kvalitetsforbedring og bedre ressursbruk gjennom samarbeid mellom kommuner. Samtidig vil et omfattende samarbeid om kjerneoppgaver reise spørsmål om politikernes styringsmuligheter, og valg av styringsmodeller.

Vertskommunemodellen vil si at flere kommuner delegerer myndighet til en vertskommune, som utfører en tjeneste for dem alle. Ofte er det her snakk om et administrativt samarbeid, men det er også mulig å styre samarbeid og myndighetsutøvelse politisk med en felles folkevalgt nemnd.

- Modellen stiller kommunene overfor mange valg i forhold til deltakelse, organisering og styring
- Politisk styring og samordning må ivaretas av kommunestyrene, politiske nemnder og eventuelt et regionråd
- Politisk og administrativt styringssystem må utvikles
- Modellen gir mulig kapasitetsbegrensning i forhold til tilføring av oppgaver av ulik art

Samkommunemodellen vil si at det her legges til rettet for at kommunene kan samarbeide på tvers av mange sektorer og om ulike oppgaver under et felles folkevalgt samkommunestyre.

- Betyr innføring av et nytt lovregulert styringssystem med fast deltakelse og samme politiske og administrative organisering som i kommunene
- Politisk styring ivaretas av samkommunestyret og kommunestyrene
- Framstår som enklere og mer i tråd med ordinære kommunale organisasjons- og styringsprinsipper, og kan være første steg i retning av kommunesammenslåing
- Har ikke kapasitetsbegrensning på tilsvarende måte som vertskommunemodellen i forhold til tilføring av oppgaver

Forskjellene ved modellene vil være større jo mer krevende oppgaver som skal løses og jo mer helhetlig samarbeid det legges opp til. Begge modellene medfører indirekte demokrati.

Vertskommunemodellen kan medføre asymmetrisk demokrati, mens en samkommune gir større sannsynlighet for symmetrisk demokrati. Med asymmetri tenkes det her på at vertskommunemodellen baserer seg på ulik oppgave- og myndighetsfordeling mellom kommunene, mens en samkommune mottar likelydende oppgaver og myndighet fra alle kommunene. Ved å legge hele helse- og omsorgstjenesten inn i en samkommune vil det kunne få konsekvenser for fleksibiliteten i en kommune. Eksempel på dette er helsesøstertjenesten som brukes både innenfor helseområdet, men også innenfor skole og barnehage. Valg av samarbeidsmodell i Nordhordland vil avhenge av hvilke tiltak det skal samarbeides om. Dersom det kun er lokalmedisinske tjenester det skal samarbeides om vil det trolig være mest hensiktsmessig å benytte en vertskommunemodell. Dersom samarbeidet også skal innebefatte helse- og omsorgstjenestene i kommunene bør en trolig heller velge en samkommunemodell.

9 Muligheter for offentlig privat samarbeid (OPS)

OPS er et samarbeid mellom offentlig- og privat sektor om et utviklingsprosjekt med tilhørende drift av eksempelvis et bygg og/eller en tjeneste. Samarbeidspartneren velges etter konkurranse og er organisert rundt behovet om å løse en oppgave for en eller flere kommuner, fylkeskommune eller et statlig organ. OPS-prosjekter har vært brukt i forbindelse med veier, skoler, helsehus, sykehus, jernbane, idrettsanlegg, boligreisning for vanskeligstilte etc. Samarbeidsprosjektene omfatter som regel bygging, finansiering, vedlikehold og i noen tilfeller drift av den tjeneste som leveres til brukerne. OPS kan defineres som:

”En offentlig tjeneste som utvikles og/eller drives av private (eller sammen med det offentlig) etter forespørsel fra det offentlige, og der risiko fordeles mellom privat og offentlig sektor.”

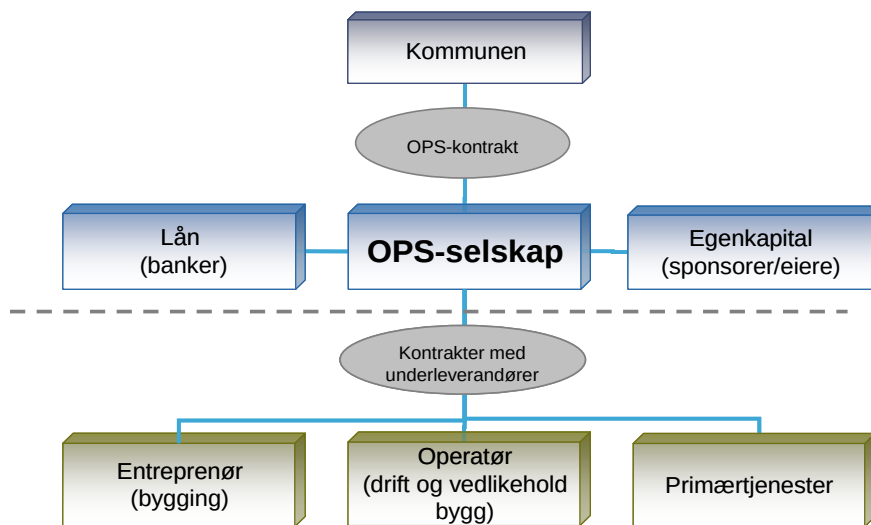
I dette tilfellet vil kommunene/bestillerselskapet beskrive oppgaven som skal løses, og definerer hvilke standarder og kvaliteter som ønskes levert. Innenfor disse rammene gis den private aktøren frihet til å planlegge og gjennomføre investeringsprosjektet på en mest mulig hensiktsmessig måte.

9.1 Kontraktsstruktur

Figuren under viser kontraktstrukturen i en OPS-kontrakt. Kommunene eller bestillerselskapet har bare en kontrakt og en kontraktspart i hele kontraktens levetid (20-30 år). Den valgte leverandøren/OPS-selskapet inngår på sin side flere kontrakter med underleverandører om entrepriser og drift- og vedlikeholdsaktiviteter for å løse oppgaven som selskapet har påtatt seg.

Kontraktsstrukturen i seg selv er disiplinerende for alle aktørene:

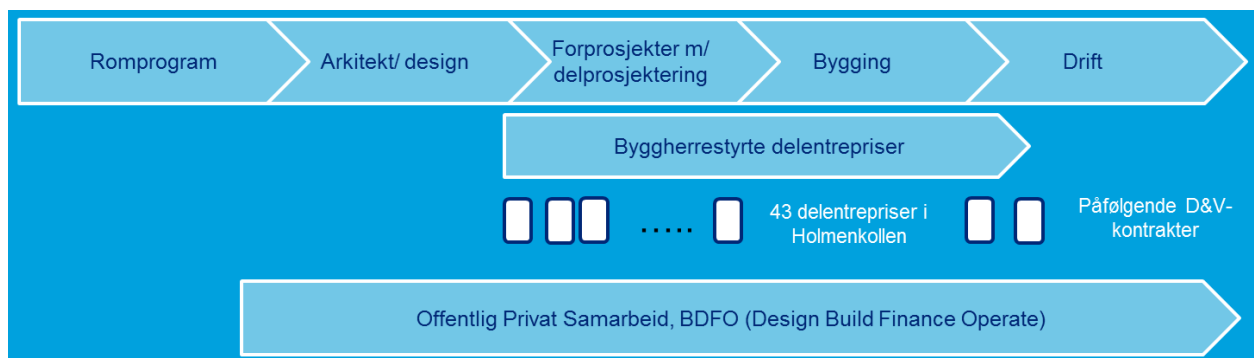
- Kommunene vil være interessert i at selskapet leverer i henhold til bestilling, siden kommunens interesse er brukernes tilgjengelighet til bygget.
- OPS-selskapet ønsker å levere sine forpliktelser med god kvalitet billigst mulig. Siden betalingen kan holdes tilbake hvis kvaliteten ikke er som avtalt, vil OPS-selskapet legge stor vekt på at bygget skal være av god kvalitet også etter 20 år.
- Selskapets eiere og långivere vil ha felles interesse i at OPS-selskapet leverer tjenester i henhold til bestillingen siden dette er grunnlaget for at selskapet skal få betalt og derigjennom betjene gjeld og gi avkastning på egenkapital.
- Underleverandørene er interessert i å få best mulig betalt for de tjenester de utfører for OPS-selskapet.



9.2 Hensiktsmessig risikofordeling for begge parter

Fordeling av risiko mellom den offentlige og private parten og hvordan insentivene i kontrakten legges opp, har særlig stor innvirkning på mulighetene for innsparing ved OPS for kommunen.

Figuren under viser faser i et utbyggingsprosjekt med en OPS-gjennomføring sammenlignet med tradisjonelle entreprisformer. I et OPS-prosjekt er fire faser samlet i en kontrakt, og kommunene unngår da å ta risiko for gråsoner mellom de ulike fasene. OPS-selskapet tar ansvar og risiko for hele prosjektet fra kontraktinngåelse via bygging og driftsperiode til eventuell overlevering av bygget til kommunene etter 20-30 år.



I et OPS-prosjekt anbefales det at kommunen tar ansvar for risiko som utbygger i liten eller ingen grad har mulighet for å påvirke. Hvis man legger prinsippet til grunn om at risiko plasseres hos den part som best kan håndtere den, vil oppdragsgiver i dette tilfellet (kommunene) bære risiko for all planlegging og forberedelse av prosjektet frem til godkjente reguleringsplaner og vedtatt budsjett frem til kontraktsinngåelsen. Videre tar oppdragsgiver risiko for lovendringer og andre offentlige pålegg som har innvirkning på ytelsen og kostnader forbundet med dette. Etter samme prinsipp vil OPS-selskapet håndtere risikobegivenheter ved detaljplanlegging, prosjektering, finansiering, bygging, drift og vedlikehold i hele kontraktsperioden.

9.3 Betaling

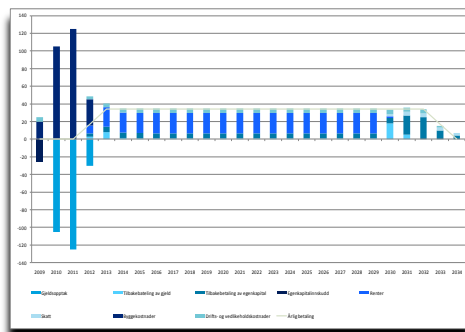
I OPS-prosjektet tar den private samarbeidspartneren normalt ansvaret for finansiering av prosjektet. Det private selskapet finansierer utbyggingen med lån og egenkapital, og får betalt gjennom årlige vederlag fra det offentlige (som en årlig husleie). Tilbakebetalingen kan skje gjennom brukerbetaling eller avtalt offentlig leiepris. I de fleste tilfeller tilbakeføres bygningsmassen til de offentlige etter kontraktens utløp. En OPS-kontrakt strekker seg vanligvis over en lengre tidsperiode, ofte et sted mellom 20-30 år.

I figuren illustreres betalingsstrømmene i et tenkt eksempel. Eksemplet viser at kommunene ikke vil starte og betale det årlige vederlaget før bygget er ferdigstilt (årlig betaling illustrert med lyseblå strek), og at kostnadene deretter vil være relativt konstante for kommunen gjennom kontraktsperioden. Som det også fremgår av figuren, er det først i de siste årene av kontraktsperioden at OPS-selskapet får tilbakebetalt egenkapitalen. Dette gjør at kommunen har

mulighet til å holde tilbake betalingen dersom det har vært brudd på avtalen som berettiger dette. Dette er et klart insentiv for OPS-selskapet til å oppfylle sine kontraktsvilkår.

Det årlige vederlaget (husleien) vil kommunene i fellesskap måtte finansiere gjennom å betale sine bidrag i forhold til antall kvadratmeter og tjenester man benytter i bygget (kalt kommunal tjenesteproduksjon). Øvrig finansiering kan komme fra utleie av arealer til statlig virksomhet eller fra utleie av forretningsarealer til kommersielle aktører.

Eksempel på finansiering gjennom



årlige vederlag:

Eks. leietakere:

Kommunal
/inter-
kommunal
tjeneste-
produksjon

Husleie fra statlig
/fylkeskommunal
virksomhet

Kommersielle
inntekter

Døgnbasert
intermediært tilbud
Sykehjem - korttidsplasser
Legevakt
Omsorgsleiligheter
Björgvin DPS
Ambulansestasjon
Haraldsplass –
røntgensatelitt
NAV kontor
Tannlege
Avtalespesialister
Apotek
Kafe
Treningssenter

10 Konklusjon og anbefaling

10.1 Anbefaling av videre utredning av helsehus-alternativet

Dette forprosjektet har gjennom en konsekvensutredning av ulike alternativer og interessentanalyse i forhold til innhold og omfang, kommet fram til at det er god grunn til å gå videre med å konkretisere alternativet om å etablere et framtidig interkommunalt helsehus i Nordhordland samlokalisert med legevakten. Målet med samlokaliserte helsetjenester i et helsehus i regionen er å kunne tilby god og forsvarlig utredning og behandling før – i stedet for og etter sykehusopphold i tråd med samhandlingsreformens intensjoner og BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgsnivå).

Det er foreløpig for mange ubesvarte spørsmål knyttet til realiseringen av et slikt helsehus for at arbeidsgruppen skal kunne gi en endelig og konkret anbefaling for veien videre. Spesielt gjelder dette i forhold til lokalisering, finansieringsmuligheter, eie/leie, bygge nytt eller bygge ut eksisterende bygningsmasse, valg av finansieringsmodell og samarbeidsmodell for kommunalt samarbeid og forankring i de enkelte kommunene om hvilke behandlingstilbud som skal være kommunale og hva som bør skje interkommunalt. Dette anbefaler arbeidsgruppen at utredes nærmere i den videre prosjektfasen.

Arbeidsgruppen anbefaler at den får jobbe videre våren 2012 med mål om ha en endelig innstilling og politisk forankring i de enkelte kommunestyrene i forhold til realisering og innhold og omfang av et interkommunalt helsehus i løpet av september 2012.

Arbeidsgruppen har også i løpet av høsten sett at offentlig privat samarbeid gjør det mer sannsynlig å få realisert et nytt helsehus med forutsigbare leiekostnader og lav risiko. Dette anbefaler arbeidsgruppen at utredes mer konkret våren 2012 i form av en mulighetsstudie.

Anbefalinger hentet fra utkast til den nye regionale helse- og omsorgsplanen (desember 2011):

- Avklare realisering av Helsehus
- Avklare modell for kommunale øyeblikkelig hjelp – senger
- Avklare modell for kommunale døgnplasser etter behandling/avklaring i sjukehus

10.2 Lokalisering

Mandatet gir føringer for at dersom legevakten skal flyttes i framtiden, må dette skje til en sentral lokalisering i Nordhordland. I følge arbeidsgruppen er det Knarvik og Flatøy som er vurdert som de mest aktuelle lokasjonene for en interkommunal legevakt ut i fra kravene i mandatet, med dagens lokasjon i Knarvik som det foretrukne alternativet. Styringsgruppen og arbeidsgruppen mener at Knarvik, som regionsenter, er det eneste alternativet til lokalisering av et Helsehus i Nordhordland.

Nordhordlandskommunene opplever at det pr i dag er vanskelig å se muligheter for å samlokalisere nye tjenester i eksisterende bygg i regionen, som samtidig følger opp krav om nærhet til legevakttjenesten. For å følge opp lovkrav om kommunale døgnplasser til øyeblikkelig hjelp kan det vurderes en mulig løsning i eksisterende sykehjem eller legevaktslokaler. Men dersom en på lengre sikt ser at dette er døgnplasser som utgjør en del av en mer fleksibel ordning med tilbud om døgnplasser til pasienter som har vært til avklaring/behandling i sykehus må det planlegges for nybygg eller utbygging av eksisterende bygg.

10.3 Stor interesse for samlokaliserte tjenester i et helsehus

Flere av de sentrale interessentene i et helsehus, spesielt fra spesialisthelsetjenesten og fra flere avtalespesialister, viser stor interesse i forhold til samlokalisering av tjenester med legevakt og heldøgns sengeplasser i kommunene i regionen. Foreløpige estimat viser at ca 3250 m² (eller ca 3/5 av total bygningsmasse) av arealet i et framtidig helsehus vil kunne leies ut til spesialisthelsetjenesten og til ulike avtalespesialister med langvarige leieforhold. Det interkommunale behovet ser ut til å være ca 1250 m² og er i hovedsak areal til utvidet legevakt og et døgnbasert tilbud i form av flerbrukssenger. Vertskommunens behov for samlokalisering av sine tjenester i et helsehus og eventuelt arealbehovet til andre interessenter i et helsehus må utredes nærmere i den videre prosjektfasen.

Kommunalt samarbeid Før - i stedet for - etter	Spesialisthelsetjenesten/avtale- spesialister - somatikk Haraldsplass/Helse Bergen	Spesialisthelsetjenesten Psykisk helsevern og rus Helse Bergen HF	Andre interessenter	Vertskommune Før - i stedet for - etter
Legevakt Jordmorvakt	Ambulansesasjon	Samlokalisering av tjenester innen psykisk helsevern og rus - døgnplasser - poliklinikk, - ambulant team - avtalespesialister mm	Andre mulige interessenter: - Apotek - Kafé - Treningscenter - Fysioterapi/kiropraktor - Omsorgsboliger - Familievernkontor - Legekantor	Korttidsplasser - utskrivningsklare pasienter - rehabilitering
Døgntilbud - flerbrukssenger - øyeblikkelig hjelp - observasjon - etterbehandling/rehab.	Satellitt-tjenester: - dialysebehandling - hørselsomsorg - røntgensatellitt (Haraldsplass)			Omsorgsboliger
Ambulante tjenester (f.eks. psykisk helse, rus, diabetes, geriatri, palliasjon, rehab)	Avtalespesialister: - Øye - Hud - ØNH - Indremedisin mm			Hjemmetjenester/ Ambulante tjenester
Lab., diagnostiske verktøy				Psykisk helse- og rusarbeid for barn og voksne
Folkhelsearbeid/ samfunnsmedisin				PP-tjenesten/Helsestasjon
Friskliv og mestringstjenester				
Rehabiliteringstilbud				
1250 m2 ++	750 m2 ++	2500 m2	? m2	1000 m2

Figur 25 Helsehusskisse med grovestimat ift arealbehov

10.4 Valg av samarbeidsmodell for driften av et helsehus

Valg av samarbeidsmodell i Nordhordland vil avhenge av hvilke tiltak det skal samarbeides om. Dersom det kun er lokalmedisinske tjenester kommunene skal samarbeides om i et framtidig helsehus, anbefaler arbeidsgruppen å organisere driften av et helsehus etter en vertskommunemodell.

10.5 Helsehus kan være viktig for regional utvikling

Jamfør utkast til den regionale helse- og omsorgsplanen (desember 2011) er sentrale element i et slikt helsehus aktuelle tjenesteområder man regionalt skal samarbeide om:

- Døgnplasser før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse
- Rehabilitering, der pasienten har rehabiliteringsbehov som stiller særlig krav til kompetanse og tverrfaglig samarbeid
- Lærings- og mestringstjenester; oppfølging og opplæring til pasient og pårørende

Regional utvikling er et sentralt element i forhold til realisering av et helsehus i Nordhordland, blant annet fordi Helse Bergen, psykiatrisk divisjon (Bjørgvin DPS) står ved et veiskille i forhold til å samlokalisere sine tjenester i Nordhordland eller velge å sentralisere mer av sitt tilbud i sine lokaler på Tertnes.

Bjørgvin DPS og Helse Bergen trenger en avklaring på om de vil få tilbud om leie areal og samlokalisere sine behandlingstilbud med legevakt og somatiske døgnplasser i et helsehus i Nordhordland i løpet av

høsten 2012. De har en intensjon om at dersom et helsehus blir realisert i regionen, vil de ha behov for å leie 2500 m2 i et slikt helsehus i et lengre tidsperspektiv.

10.6 Interkommunalt døgntilbud med flerbrukssenger

I den grad det etableres et interkommunalt døgntilbud vurderer arbeidsgruppen, som vurderer organisering av kommunale akuttsenger i Nordhordland, det slik at kommunene og pasientene er mest tjent med å etablere det en kaller "flerbrukssenger". Med det menes døgnplasser som kan brukes til flere formål, som øyeblikkelig hjelp, observasjon og behandling før eller i stedet for innleggelse på sykehus, eller for pasienter som har vært til behandling på sykehus, men som trenger oppfølging /rehabilitering før de kan reise hjem.

Det er viktig å se kommunale døgnplasser til øyeblikkelig hjelp som første trinn mot realisering av et døgnbasert tilbud med flerbrukssenger til bruk før, istedenfor og etter sykehusopphold.

10.7 Anbefalinger for veien videre

Arbeidsgruppen anbefaler at den får jobbe videre våren 2012 med mål om ha en endelig innstilling og politisk forankring i de enkelte kommunestyrene i forhold til realisering og innhold og omfang av et interkommunalt helsehus i løpet av september 2012. Helsehuset blir i september meldt opp som felles sak til alle kommunestyrene for vedtak om videre arbeid/prosjektstart ihht konklusjon og tilråding fra arbeidsgruppen. Rapporten fra forprosjektet, som bygger videre på dette arbeidsnotatet, skal være klar for å sendes ut til alle kommunene til høring i løpet av juni 2012.

Helseutvalget vil i januar 2012 søke Fylkesmannen om midler til videre prosjekt- og utredningsarbeid av realiseringen av interkommunalt helsehustilbud, hvor det i søknaden vil særlig legges vekt på betydningen et framtidig helsehus vil ha for regional utvikling.

For å utarbeide en mulighetsstudie som tar for seg en mer konkret tilnærming til et helsehus i Nordhordland ser arbeidsgruppe behov for å knytte til seg ekstra ressurser og kompetanse på området. En slik mulighetsstudie vil da kunne bli utarbeidet etter at formål og tilnærningsmetode er nærmere avtalt.

Mulighetsstudien vil konkretisere ulike finansielle modeller, offentlige mål og visjoner for helsehuset og vurdere gjennomførbarhet og markedsmessig interesse for realisering av neste fase i prosjektet. Studien vil også komme med anbefalinger om videre prosess og utarbeide foreløpige finansielle estimer. I dette arbeidet vil det bli jobbet tett med representanter for kommunene og øvrige aktører og interessenter.

Avhengig av hvilke visjoner og mål kommunene har for helsehuset, og hva det er realistisk å gå videre med, vil det i en mulighetsstudie kunne etableres/utarbeides en realistisk plan for gjennomføring av prosjektet. Dette vil også kunne innebære en vurdering av finansieringsformer og anskaffelsesstrategi for det videre arbeidet.

Det kan være hensiktsmessig å innhente aktuelle eksempler fra andre interkommunale helsehus/ lokal medisinske senter for å lære av andres erfaringer og etablere «god praksis i forhold til f.eks. etablering, finansiering, drift, omfang og organisering osv. Dette må eventuelt kartlegges og utredes nærmere i den videre prosjektfasen.