

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

<b>Hovudprosjekt</b>		
<b>« Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss» 2014-2015</b>		
Styringsgruppa har vedteke at det i 2014-2015 skal arbeidast med 9 ulike oppgåver. <u>Prioriterte oppgåver:</u> Oppgåvene 1 - 5. <u>Andre oppgåver:</u> Oppgåvene 6 - 9		
<b>Prosjektoppgåve nr. 1</b>	Føra prosjektnettverket mellom folkehelsekoodinatorane over i eit fast etablert «Nettverk for folkehelse», der nettverksleiaroppgåva vert teke på omgang. Oppgåvene skal følgja dei mål, mandat og oppgåver som er føreslått i Prosjektrapport fase II	
<b>Nettverk for folkehelse</b>		
<b>Styringsgruppe:</b> <b>Prosjekteigar:</b> <b>Kontaktperson i prosjektleiinga:</b>	Rådmannsforum Leiv Vambheim Magne Vassenden	
<b>Leiar:</b>	Oppgåva som nettverksleiar skal delast mellom deltakarane	
<b>Samarbeidsgruppe:</b>	Harald Johnsen	Helse og sosialsjef Ulvik herad
	Nils Helge Kvamme	Folkehelsekoodinator Voss kom.
	Magnhild Branstveit	Ergoterapeut Granvin herad
	Sigrid Dagestad	Folkehelsekoodinator Ullensvang h.
	Thor Waldrop/Lisbeth Bygstad Celik	Folkehelsekoodinator Eidfjord herad/kultursjef
	Eldbjørg Hammer	Helsesøster Jondal kommune
	Reidun Braut Kjosås	Folkehelsekoodinator Kvam herad
	Rolf Bøen	Rådgievar Odda kommune
<b>Mål</b>	<b>Hovudmål:</b> Bidra til utvikling av folkehelsearbeidet i regionen i tråd med gjeldande lover og forskrifter <b>Delmål:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skapa ein regional arena for utveksling og deling av erfaringar innanfor folkehelsearbeid</li> <li>• Dela kompetanse og erfaringar med andre kommunar</li> <li>• Laga ein tiltaksbank som er tilgjengeleg for alle</li> <li>• Gjennomføra faste møtepunkt som vert prioritert av kommunane</li> </ul>	

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

	<p>som tek del</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablere eit samarbeidstiltak</li> <li>• Vera ei tydeleg stemme i partnarskapsarbeidet i Hordaland</li> </ul>
<b>Mandat</b>	<p>Nettverk for Folkehelse i Hardanger og Voss skal vera ein pådrivar for folkehelsearbeidet i regionen. Kvar kommune i nettverket skal setja av ressursar til arbeidet og prioritere å vera ein aktiv bidragsytar i nettverksarbeidet. Det skal gjennomførast ei evaluering av arbeidet etter 2 års drift (arbeidsmetode, måloppnåing og forslag til vegen vidare basert på erfaringar og gjeldande lover og forskrifter)</p>
<b>Oppgåve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utvikling av folkehelsefeltet i regionen</li> <li>• Dele erfaringar med andre i nettverket (aktiv bidragsyter)</li> <li>• Koma med innspel til fellestiltak</li> <li>• Bidra til å utvikla seg sjølv og andre</li> <li>• Følgja opp oppgåver mellom møta</li> <li>• Arrangera årlege seminar om folkehelse (eventuelt sjeldnare)</li> <li>• Gjennomføra årleg møte mellom samfunnsmedisinaren og MHV</li> </ul>
<b>Økonomi</b>	<p>Kvar kommune bidreg inn i Nettverket med stillingsressurs</p> <p>Tiltaka som prosjektgruppa legg fram skal legges vekt på effektivisering av eksisterande tjenester. Endringane skal ha ein positiv verknad på kvalitet, kompetanse og ressursbruk. Ved tiltak som krev auka ressursar, må prosjektet legge fram konkrete tal og døme på at den samla ressursråma vert lik eller mindre dagens nivå.</p>
<b>Merknade</b>	<p>Oppgåva som nettverksleiar ( i % - del felles stilling) skal vurderast på nytt i samband med budsjett 2016.</p>

## Sluttrapport: Prosjektoppgåve 1: Folkehelse

**Historikk:** Stortingets vedtak om Samhandlingsreforma utløyste initiativ frå kommunane i Hardanger og Voss. Prosjekt Folkehelse i Hardanger og Voss vart etablert.

Prosjektrapport I vart levert våren 2011. Samarbeidande kommunar vedtok å føre prosjektet over i eit hovudprosjekt. (Jfr. vedtak i rådmannsforum, 8 nov 2012) Resultat: Prosjektrapport II om Folkehelse i Hardanger og Voss. Hovudprosjektet vart avslutta 31.12.2013.

Det vart vedteke å vidareføre satsinga i nytt prosjekt med følgjande bestilling;

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Fase III: «Føra prosjektnettverket mellom folkehelsekoodinatorane over i eit fast etablert «Nettverk for folkehelse», der nettverksleiaroppgåva vert teke på omgang. Oppgåvene skal følgja dei mål, mandat og oppgåver som er føreslått i Prosjektrapport fase II.»

## Her følgjer kort oppsummert erfaringane frå arbeidet i 2014/2015:

«I 2014 har nettverk for folkehelse hatt 4 møter, 2015 2 møte. Ansvar for dei ulike møta har vore på omgang. To og to kommunar har hatt ansvar for eit møte om gangen.

Det er både fordelar og ulempe til denne organisering:

Fordelar:                      fleire har delteke i planlegging og gjennomføring av møter  
Ulemper:                      liten kontinuitet.

### Erfaringar frå arbeidet

Utskifting av fleire personar i nettverket i løpet av halvtanna år har vore ei utfordring. I 5 av 8 kommunar har eller vil det kome endringar i personar i nettverket. Det vert viktig å sikra gode rutinar for overføring av kunnskap og ansvar mellom dei som deltek i nettverket.

Pr i dag har kommunane organisert folkehelsearbeidet på ulike måtar og har ulike ressursar knytt til folkehelsefunksjonen. Her følgjer ein oversikt:

Odda – inkludert i rådgjevarstilling (saman med blant anna idrett og friluftsliv)

Ullensvang – 40% (Kombinasjonsstilling med helsestasjonsarbeid)

Eidfjord – 50% pt ingen folkehelsekoodinator men blir ivaretatt av kultursjef

Jondal – 25% stilling. Personen som innehar stilling skal ut i permisjon aug. 2015.

Granvin – inkludert i anna stilling

Voss – omlag 40% knytt til folkehelse (Kombinasjonsstilling med idrett og friluftsliv)

Ulvik – inkludert i anna stilling (lagt til Helse og sosialleiar)

Kvam – 100% stilling (i kombinasjon med andre oppgåver som idrett, friluftsliv og læring og mestring).

### Måloppnåing

I prosjektrapport fase II vart følgjande delmål fastlagt;

- Skapa ein regional arena for utveksling og deling av erfaringar innanfor folkehelsearbeid
- Dela kompetanse og erfaringar med andre kommunar
- Laga ein tiltaksbank som er tilgjengeleg for alle
- Gjennomføra faste møtepunkt som vert prioritert av kommunane som tek del
- Etablere eit samarbeidstiltak
- Vera ei tydeleg stemme i partnerskapsarbeidet i Hordaland

I høve desse kan ein seia at nettverket har hatt god måloppnåing. Når det gjeld målet om samarbeidstiltak er ikkje det gjennomført. Dette vil det verta arbeida vidare med for å få til i framtida.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## **Samarbeid med Hordaland fylkeskommune**

Nettverk for folkehelse har eit godt samarbeid med Hordaland fylkeskommune. Representantar frå fylket har delteke på enkelte møter og dei har styrka sine ressursar retta mot kommunane.

## **Samarbeid med helseføretaka**

Det er ikkje noko formalisert samarbeid mellom folkehelsenettverket og helseføretaka (Helse Bergen og Helse Fonna). Alle kommunane har samarbeidsavtalar med føretaka omkring førebyggjande arbeid (tenesteavtale 10) og på den måten ein link inn til føretaket.

Då nettverket held seg til to helseføretak og har to ulike avtalar er det ikkje heilt enkelt å ha dette som eit felles samarbeidsområde.

## **Konklusjon/Oppsummering**

Det er eit ønske frå nettverket og oppretthalda samarbeidet gjennom nettverk for folkehelse. Vårt forslag til vidare organisering og drift er at ein fortset slik ein har gjort i 2014 med nokre endringar. Leiaransvaret vert gjeve to og to kommunar som leiar nettverket for eit halvt år om gongen. Dette vil sikra betre kontinuitet i arbeidet, og kanskje også eit større eigarskap til arbeidet.

Målsettingane frå fase 2 vert vidareført, det same vert det gode samarbeidet med fylkeskommunane. I høve helseføretaka kan me sjå på samarbeidsavtale 10 og vurderer om kommunane som har same avtale skal etablera eit samarbeid i oppfølging av avtalen.

Her følgjer forslag til organisering og drift av nettverksgruppa for folkehelsekoordinatorane. Prosjektleiar har lagt inn visse endringar i mandat og oppgåver etter framlegging av rapport frå Riksrevisjonen om folkehelsearbeid i kommunane.

## **Mål**

### **Hovudmål:**

Bidra til utvikling av folkehelsearbeidet i regionen i tråd med gjeldande lover og forskrifter

### **Delmål:**

- Skapa ein regional arena for utveksling og deling av erfaringar innanfor folkehelsearbeid
- Dela kompetanse og erfaringar med andre kommunar
- Laga tiltaksbank som er tilgjengeleg for alle
- Etablere samarbeidstiltak
- Vera ei tydeleg stemme i samsamarbeidet med Hordaland fylkeskommune og helseføretaka

## **Mandat**

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Nettverk for Folkehelse i Hardanger og Voss skal vera ein pådrivar for folkehelsearbeidet i regionen. Kvar kommune i nettverket skal setja av ressursar til arbeidet og prioritere å vera ein aktiv bidragsytar i nettverksarbeidet. Det skal gjennomførast ei evaluering av arbeidet etter 2 års drift (arbeidsmetode, måloppnåing og forslag til vegen vidare basert på erfaringar og gjeldande lover og forskrifter)

## Oppgåver

- Utvikling av folkehelsefeltet i regionen tufta på systematisk folkehelsearbeid, med utgangspunkt i vedlagt styringsmodell for folkehelsearbeid.
- Sikre at folkehelse og folkehelseiltak er tilstrekkeleg kunnskapsbasert
- Ha fokus på at prosessar og tiltak er forankra i sektorar utanfor helse
- Dele erfaringer med andre i nettverket (aktiv bidragsyter)
- Koma med innspel til fellestiltak
- Bidra til å utvikla seg sjølv og andre
- Følgja opp oppgåver mellom møta
- Arrangera årlege seminar om folkehelse (eventuelt sjeldnare)

## Møteplan

Nettverket skal ha 4 møte årleg. Eitt av desse møta er felles med nettverk for kommuneoverlegane. (vår halvåret)

Møteplan vert laga for 1 år av gongen. Nettverket bestemmer møtestad frå gong til gong og roterer mellom kommunane.

## Prosjektlear sine vurderingar

Samhandlingsreforma vart presentert som ein retningsreform. Det var tverrpolitisk semje om følgjande; Tenestene er i for liten grad retta inn mot å begrense og førebyggje sjukdom og skade. Veksten i spesialisthelsetenesta er ikkje berekraftig.

Hovudstrategiane for å nå måla, som det og var tverrpolitisk semje om, la opp til at kommunane må;

- auke innsatsen innan helsefremjande og førebyggjande arbeid
- styrke innsatsen i sjukdomsforløpets tidlege fase og
- auka innsatsen innan rehabiliteringsfeltet

Meir involvering av brukarane og fokus på å gje tilbod til brukarane der dei bur var og viktige styringssignal i Samhandlingsforma.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Initiativet våren 2010 om å starte prosjekt «Folkehelse i Hardanger og Voss» og vidareføring av prosjektarbeidet viser at kommunane i regionen lojalt har følgd opp intensjonen om å rette fokus mot folkehelseperspektivet.

Prosjektleiaren er samd i vurderingane frå prosjektgruppa om at delmåla knytta til å etablere regional arena for utveksling/deling av erfaringar har vore nyttig. At dei som skal vere pådrivarar for folkehelsearbeidet lokalt har variert kompetanse er ein styrke for folkehelsesatsinga i regionen.

Samarbeidet med kommuneoverlegane er formalisert gjennom årleg felles møte og vert tilrådd som permanent ordning. På møtet vil oppdatering av kommunale folkehelseprofilar og lokalisering av felles satsingsområde vere fast punkt på agendaen. Oversiktsarbeidet skal inn i kommunanes planstrategidokument. Prosessmessig inneber dette at fellesmøte med kommuneoverlegane bør skje kvar vår, jfr. vedlagt mal for folkehelsearbeidet.

Nettverksgruppa har etablert konstruktivt samarbeid med fylkeskommunen.

*Prosjektleiaren er trygg på at permanent etablering Nettverk for folkehelse er rett konklusjon.*

*Nettverksleiarfunksjon - fast eller på omgang?* I mandatet står det at nettverksleiaroppgåva skal takast på omgang. Etter vedtak i styringsgruppa er det likevel bestemt at ein skal vurdere spørsmålet om 40 % stilling for nettverksleiar som lekk i budsjettprosessen for 2016.

Prosjektleiaren viser til hovudintensjonen med Samhandlingsreforma, som er å vri ressursbruken frå reparasjon til auka satsing på folkehelse og førebygging. Det krev aktiv innsats på alle nivå. Utøving av ein pådrivarfunksjon for endring av profilen på kommunal ressursbruk er krevjande. (frå reparasjon til førebygging) Det krev kompetanse og kontinuitet i arbeidet.

Prosjektleiaren er overtydd om at felles satsing på nettverksleiar for folkehelsesatsinga vil vere ein framtidsretta og lønsam investering. Nettverksleiar vil få eit overordna ansvar for å halde øvrige folkehelsekoordinatorar oppdatert på relevant forskning, statlege styringssignal, drifte nettside med tiltaksbank og vere støtte og rettleiar for deltakar kommunane. At 5 av 8 personar i nettverket er skifta ut i løpet av 1 ½ år illustrerer poenget om trongen for kontinuitet.

Felles ressurs som nettverksleiar vil og kunne sikre betre tilgang på prosjektmidlar frå eksterne kjelder til felles satsingsområde. Om kommunane skal lukkast med å følgje opp statlege og lokale målsettingar om reell styrking av folkehelsearbeidet krev det målretta innsats.

Riksrevisjonens undersøking av offentleg folkehelsearbeid vart levert til Stortinget 29 juni 2015.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Rapporten tek utgangspunkt i at folkehelseloven krev at folkehelsearbeidet skal vere systematisk og kunnskapsbasert og at kommunane har plikt til å setje i verk nødvendige tiltak for å betre folkehelsa.

Hovudfunna er;

- «De fleste kommunene har foreløpig ikke levert et systematisk folkehelsearbeid
- Det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet
- Arbeidet med folkehelse og folkehelseiltak er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert
- Folkehelsearbeidet er ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse»

Prosjektleiari sin vurdering er at kommunane i Hardanger og Voss har kome vesentleg lengre enn dei fleste kommunane etter ny folkehelselov vart vedtatt. Det er resultat av prosjektsatsinga som Hardanger og Voss tok initiativet til alt våren 2010.

Men heller ikkje her er vi i mål. Det er behov for kontinuerleg oppfølging av folkehelsearbeidet, sikre at tiltaka som er sett i verk er kunnskapsbasert og følgje opp forankring av folkehelsearbeidet utanfor helsesektoren.

Jamvel om hovudansvaret for oppfølging av loven ligg i den einskilde kommune, meiner prosjektleiari sjansen for å lukkast aukar med fast stillingsressurs for nettverksleiar.

## **Etter samla vurdering rår prosjektleiari til at det vert etablert 40 % stilling for nettverksleiar, folkehelse i Hardanger og Voss frå 01.01.2016**

*Alternativ løysing:* Om tilrådd løysing ikkje vert følgd, er prosjektleari samd i system for leiging av nettverksgruppa som skissert;

«Leiaransvaret vert gjeve to og to kommunar som leiar nettverket for eit halvt år om gongen. Dette vil sikra betre kontinuitet i arbeidet, og kanskje også eit større eigarskap til arbeidet. Leiaransvaret vert gjeve to og to kommunar som leiar nettverket for eit halvt år om gongen»

Mål, mandat, oppgåver og møteplan vert som skissert i rapporten.

*Økonomi:* Om konklusjonen vert oppretting av 40 % stillingsressurs for nettverksleiar vil det få økonomiske konsekvensar.

Hovudargumentet for oppretting av stillinga er at dette vil bidra til endra fokus i kommunane. Auka fokus/innsats i folkehelsearbeidet er – på lengre sikt - forventa å redusere veksten i utgifter til reparasjon.

Som kortsiktig effekt bør ein kunne forvente at stillingsressursen vil generere auka inntekter og styrka finansieringa av folkehelseprosjekt kommunane vel å gjennomføre. Det er relativt god tilgang på prosjektmidlar, både frå statlege og andre kjelder. Å skrive gode søknader krev både kompetanse og tid til disposisjon.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Prosjektleiari forventar at meirutgiftene for kommunane ved oppretting av 40 % stillingsressurs vert vesentleg lågare enn lønsutgiftene til stillinga. Det er likevel ikkje mogleg å garantere at «den samla ressursråma vert lik eller mindre enn dagens nivå»

Tilleggsponng: Prosjektet vert avslutta 31.12.2015. Kommunanes utgifter til nettverkstillinga vil bli vesentleg lågare enn det ein har nytta finansiering prosjekt folkehelse og samhandling dei siste 5 åra. (delvis omdisponering av frigjorte ressursar)

## **Lærings- og mestringsfunksjonen.**

Det har vore drøfta om oppfølging av lærings- og mestringsfunksjon, frisklivssentral m.v. skal forankrast i/samordnast med folkehelsearbeidet.

Desse oppgåvene er heimla i helse- og omsorgsloven og ikkje i folkehelseloven.

Oppgåvene er løyst særst ulikt i Helse Fonna og Helse Bergen. Tenesteavtalane som omhandlar samarbeid mellom kommunar og helseføretak på dette området er og forskjellig mellom helseføretaka.

Helse Bergen, saman med dei 23 kommunane som sokner til helseføretaket, gjennomførte i 2013- 2014 eit prosjekt med namn; Saman om kompetanseoppbygging.

- «En modell for samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten med fokus på opplærings- og formidlingsoppgaver overfor pasienter og pårørende»

Sluttrapport er utarbeidd. Samarbeidsrådet i Voss lokalsjukehusområde drøfta saka på møte 22.05.15 og fatta slikt vedtak: «Samarbeidsrådet tek saka til vitring.»

I Helse Fonna er lærings- og mestringsfunksjonen for helseføretak og kommunar lagt til Fousam. (FOU-eining for samhandling mellom Helse Fonna, Høgskulen Stord/Haugesund og 18 kommunar)

Ulike organisering i helseføretaka gjer at formalisert samarbeid innan lærings- og mestringsfunksjonen på tvers av helseføretaka vil vere problematisk.

*Konklusjon:* Prosjektleiari rår ikkje til at Lærings og mestringsfunksjonene vert forankra i nettverk for folkehelse.

Prosjektleiari er tydeleg på at systematisk samarbeid mellom kommunar og føretak i høve opplæring av pasientar og pårørende må vere sentralt fokusområde om intensjonane i Samhandlingsreforma skal lukkast.

Interkommunale løysingar vert vurdert som nødvendig for å etablere bærekraftige løysingar. Styringsgruppa må ta stilling til om 20 % stilling for læring- og mestringsoppgåver skal vidareførast etter oktober 2015.



# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og VOSS

Forslag til vedtak;

1. Nettverk for folkehelsekoordinatorane vert etablert som permanent ordning
2. Mål, mandat, oppgåver og møtefrekvens vert som skissert i vedlagt rapport
3. Det vert etablert 40 % stillingsressurs for leiing/koordinering av nettverket
4. Finansiering: Vert avklart av styringsgruppa

Alternativt pkt 3:

- Leiarfunksjonen i nettverket går på rundgang etter modell som skissert i vedlagt rapport

Bakrunnsinfo;

- For tidlegare rapportar vert det vist til [www.hardangerraadet.no](http://www.hardangerraadet.no) under Samhandlingsreforma. Elles vert det vist til
- Info frå helse- og omsorgsdepartementet, helsedirektoratet og [www.riksrevisjonen.no](http://www.riksrevisjonen.no) vedr. rapport datert 29.06.15 om folkehelsearbeidet

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og VOSS

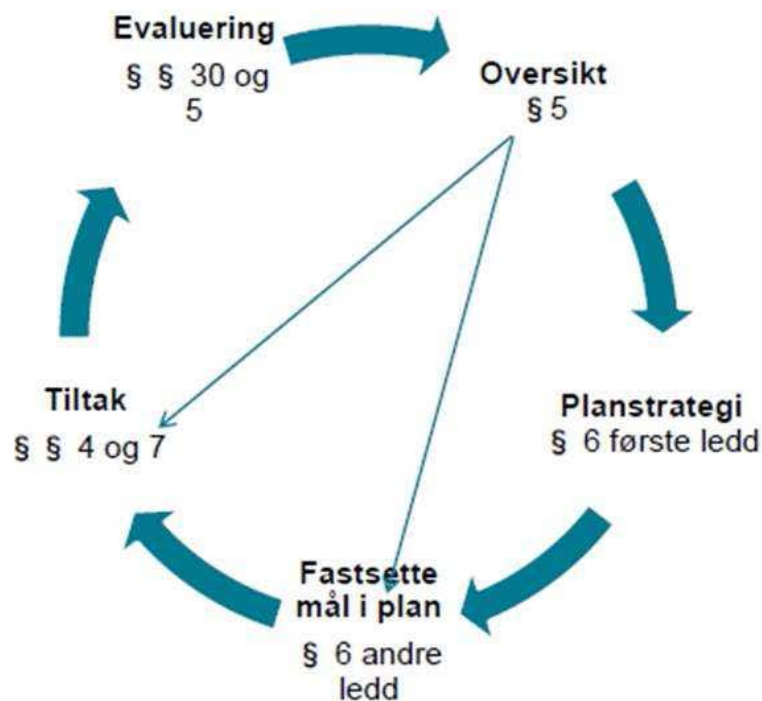
## Framtidig styringsmodell (Døme frå Voss kommune)

Kravet er at eit samla oversiktsdokumentet skal utarbeidast kvart 4. år. Det skal vere klart ved oppstart av arbeidet med kommunal planstrategi etter plan og bygningsloven § 10-1. Det inneber at arbeidet med neste oversiktsdokument vil starte våren 2015. Dokumentet skal vere klart innan utarbeiding av planstrategidokumentet starter. (hausten 2015)

Det er og krav om løpande evaluering/oppdatering av oversiktsdokumentet.

Folkehelsearbeidet skal fungere som illustrert i følgjande sirkel;

## Det systematiske folkehelsearbeidet



å sikre at lovpålagte krav vert følgd opp (lov om Internkontroll § 30) er Årshjulet til Voss kommune justert som følgjer;

- Folkehelsekoordinator har ansvar for at det i januar kvart år vert utarbeidd plan for oppdatering av data. Planen skal vere konkret på kven som har ansvar for kva og når oppdatert data skal vere tilgjengeleg.
- Tidspunkt for løpande oppdatering må tilpassast årleg rullering av økonomiplanarbeidet, slik at endra behov kan innarbeidast i årsbudsjettet
- Arbeidet med hovudoppdatering av oversiktsdokumentet starter i januar 2015.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## Hovudprosjekt

### « Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss» 2014-2015

Styringsgruppa har vedteke at det i 2014-2015 skal arbeidast med 9 ulike oppgåver. Prioriterte oppgåver: Oppgåvene 1 - 5. Andre oppgåver: Oppgåvene 6 - 9

<b>Prosjektoppgåve nr. 2</b> <b>Nettverk for kommunehelse og samfunnsmedisin</b>	Føra samarbeidet mellom kommuneoverlegane over i eit fast etablert «Nettverk for kommunehelse og samfunnsmedisin», der nettverksleiaroppgåva vert teke på omgang.	
<b>Styringsgruppe:</b> <b>Prosjekteigar:</b> <b>Kontaktperson i prosjektleiinga:</b>	Rådmannsforum  Leiv Vambheim  Hans Atle Soldal/Magne Vassenden	
<b>Leiar</b>	Kommuneoverlege Unni Solem	
<b>Samarbeidsgruppe</b>	Unni Solem	Kommuneoverlege i kommunane Ulvik, Granvin og Eidfjord
	Steinar Jacobsen	Kommuneoverlege Odda kommune
	Tora Lerfall Alvsåker	KO Jondal kommune
	Arne Aksnes	KO Kvam herad
	Klaus Melf/Cecilie Ellingsen/?	KO Voss kommune
	Daniela Bruhl	KO Ullensvang herad
<b>Mål</b>	Følgje opp og kome med forslag til å vidareutvikle vedtekne planar for samarbeid innan fagfeltet kommunehelse og samfunnsmedisin.	
<b>Mandat</b>	<p>Nettverket skal vera pådrivar for utviklinga av helsetenestene i regionen med utgangspunkt i vedtekne prosjektrapportar om legevakttilbodet og allmennlegetenestene, avtalt samarbeid om døgnbasert ØH-tilbod m.v.</p> <p>Leiarfunksjonen i nettverket går på omgang mellom deltakande kommunar. (Årleg skifte)</p> <p>Nettverket skal samarbeida med Nettverk for folkehelse.</p> <p>Det skal gjennomførast ei evaluering av arbeidet etter 2 års drift.</p>	

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

	(arbeidsmetode, måloppnåing og forslag til vegen vidare basert på erfaringar og gjeldande lover og forskrifter)
<b>Oppgåve</b>	<p>Det er vedtatt ny interkommunal legevaktordning og inngått samarbeidsavtalar om ØH-døgntilbod. Verts kommunane Odda og Voss har primæransvar for at inngåtte samarbeidsavtalar vert følgd opp.</p> <p>Nettverket for kommuneoverlegane bør i startfasen ha fokus på;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ny interkommunal legevakt. (følgje med funksjon og drift)</li> <li>2. System for samordning av nettverka for kommuneoverlegar og folkehelsekoordinatorar (konkret forslag)</li> </ol> <p>Andre område:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. ØH-senger (følgje med funksjon og drift når desse er etablert)</li> <li>4. Miljøretta helsevern: Oppgåve 8, jfr. Tiltak/tidsfrist matrise</li> <li>5. Allmennlegetenestene</li> <li>6. Medisinsk fagleg rådgjeving internt i kommunane (mot helsetenestene og andre kommunale avdelingar) og i samhandlinga med spesialisthelsetenesta, KS og statleg mynde.</li> <li>7. Beredskap i regionen i samarbeid med spesialisthelsetenesta (inkl. nødnett og øvingar)</li> <li>8. Smittevern i regionen</li> <li>9. Planarbeid i regionen</li> <li>10. Samarbeid om kompetanseheving og kursverksemd</li> </ol>
<b>Økonomi</b>	Tiltaka som prosjektgruppa legg fram skal leggje vekt på effektivisering av eksisterande tjenester. Endringane skal ha ein positiv verknad på kvalitet, kompetanse og ressursbruk. Ved tiltak som krev auka ressursar, må prosjektet leggje fram konkrete tal og døme på at den samla ressursråma vert lik eller mindre dagens nivå.
<b>Merknader</b>	<p>Oppgåva som nettverksleiar ( i % - del felles stilling) skal vurderast på nytt i samband med budsjett 2016</p> <p><u>Bakgrunnsinformasjon</u>; 3 delrapportar vart produsert. Hardanger kommunane har vedtatt alle. Voss nr 1 og 2. Folkehelse (1) + IKLV (2)+ ny organisering av allmennlegetenestene (3)</p>

## Sluttrapport: Prosjektoppgåve 2: Kommnehelse og samfunnsmedisin

Mål og mandat er tydeleg definert i bestillinga frå styringsgruppa. Nettverket «skal vere pådrivar for utviklinga av helsetenestene i regionen med utgangspunkt i vedtekte prosjektrapportar om legevakttilbodet og allmennlegetenestene, avtalt samarbeid om døgnbasert ØH-tilbod m.v.»

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

**Kort historikk:** Kommunestyra i Hardanger og Voss vedtok prinsippet om felles interkommunal legevakt september 2012.

Dei styrande dokumenta med relevans for folkehelse og samfunnsmedisin er;

- vedtekne rapportar om folkehelse og samfunnsmedisin, rapport I og II,
- inngåtte avtalar om ny interkommunal legevakt
- inngåtte avtalar omg etablering av øyeblikkeleghelp senger og
- rapport om allmennlegetenestene. I delprosjektet om allmennlegetenestene deltok ikkje Voss.

Særavtale om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp lokalisert til Voss vart signert av Helse Bergen og Voss kommune i februar 2013. Dato for oppstart var sett til 02.09.2013.

Voss kommune inngikk tosidige samarbeidsavtalar med Ulvik, Granvin, Eidfjord og Kvam (natt) om å dekke ØH-funksjonen for desse kommunane frå same tidspunkt.

Odda kommune inngikk særavtale med Helse Fonna om ØH-tilbod. Odda inngikk tosidige avtalar med Ullensvang og Jondal om å dekke ØH-funksjonen for desse kommunane.

- Styringsgruppa godkjende prosjektrapport om gjennomføring av prosjekta i møte 14.02.2014. Rapporten skisserte slik framdriftsplan for Interkommunal legevakt;

Voss interkommunale legevakt var planlagt etablert frå 01.01.2014. Etter vedtak i styringsgruppa vart planlagt oppstart utsett til 01.03.2014.

## **Om arbeidet i prosjektgruppa;**

Primæroppgåva var å kome med forslag til fast etablering av nettverk for kommuneoverlegane.

Problemstillinga har vore drøfta. Både faglege og kollegiale argument talar for slik løysing. Behovet for samarbeid om folkehelsearbeid og miljøretta helsevern forsterkar trongen for samarbeid på tvers av kommunegrensene. Det er full semje i prosjektgruppa om følgjande forslag til vedtak;

1. Nettverk for kommuneoverlegane vert etablert som permanent ordning.
2. Leiarfunksjonen vert teken på omgang med 1 års bolkar.
3. Mål, mandat, oppgåver og møtefrekvens vert som skissert i vedlagt notat.

----

Etter oppdraget frå styringsgruppa skulle nettverk for kommuneoverlegane ha fokus på ny interkommunal legevakt (ILKLV) og system for samordning av nettverka for folkehelsekoordinatorane og kommuneoverlegane i startfasen.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

*Fokusområde 1:* Ny interkommunal legevakt. Prosessen knytt til etablering av ny IKLV har vore særst utfordrande.

Prosjektgruppa med ansvar for å klargjere grunnlaget for ny IKLV leverte sin siste rapport 21.11.2013.

Alle kommuneoverlegane slutta seg til forslaget, både når det galdt bemanning, system for løn og tilrådinga om at ny IKLV måtte samordnast med ØH-sengene. Både faglege og økonomiske argument peika eintydig i retning av å kople legetilsyn med ØH-sengene og legevakttenesta.

Kommuneoverlegane var difor overraska over at forhandlingsutvalet på Voss frikopla IKLV og ØH-sengene, samt at stykkprisfinansiering var lansert som mogleg finansieringsmodell.

Kommuneoverlegane prøvde på ulike vis å få fram synspunkta til ansvarlege. (tenesteveg)

Situasjonen var komplisert ettersom kommunen var i ein forhandlingsituasjon.

Kommuneoverlegane erkjenner fullt ut at forhandlingane må gjennomførast administrativt/politisk innom økonomisk akseptable rammer.

Når det gjeld dei faglege premissa for drøftingane meiner prosjektgruppa det er nødvendig at faglege råd frå eit samla kommuneoverlegekorps vert høyrd og lytta til.

*Prosjektgruppa stiller seg fullt ut bak avtalen som no er signert mellom Voss kommune og legeforeninga om driftsføresetnadene for ny IKLV og legetenester til ØH-sengene.*

Prosjektgruppa meiner grunnlaget no er lagt for ei fagleg god og framtidsretta løysing både for IKLV og legetenestene til ØH-sengene.

Når det gjeld Legevakta for kommunane Odda, Ullensvang og Jondal vart denne etablert frå 02.04.2013. ØH-senger for dei same kommunane vart opna 02.12.2013. Ny legevaktstasjon i Kvam vart opna 15.09.2012.

Ei av dei viktigaste oppgåvene for det nye nettverket vert å følgje med på oppstart og drift av ny IKLV. Ny handbok og prosedyrar skal gjelde for heile legevaktdistriktet. Felles fagråd for dei 3 legevaktstasjonane er godt i gang med utarbeiding av handbok og prosedyrar, etter Kvam ein mal.

*Fokusområde 2: System for samordning av nettverka mellom kommuneoverlegane og folkehelsekoordinatorane.*

Det har vore fellesmøte mellom kommuneoverlegane og folkehelsekoordinatorane. Det er semje om konkret forslag til organisert samarbeidet mellom dei 2 nettverksgruppene, jfr. vedlagt notat om mål, mandat m.v for nettverket, samt rapport frå folkehelsekoordinatorgruppa.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

*Diverse;*

Når det gjeld miljøretta helsevern vert det vist til eigen rapport.

Det er igjen etablert prosjektgruppe som arbeider med etablering og drift av ØH-sengene på Voss. Planlagt start er 01.01.2016.

Erfaringar frå allereie etablerte ØH-senger viser at det er utfordrande å sikre stabil tilgang på pasientar til slike plassar. Nettverk for kommuneoverlegane må ha dette som sentralt fokusområde. Informasjon til og dialog med fastlegane vert sentralt for å sikre pasientgrunnlaget.

----

Her følger forslag til organisering og drift av nettverksgruppa for kommuneoverlegane;

## Nettverk for kommunehelse og samfunnsmedisin i Hardanger og Voss

### Mål

Nettverket er eit fagleg nettverk for legar i samfunnsmedisinsk arbeid. Det er ope for kommuneoverlegar og andre legar med samfunnsmedisinske funksjonar i kommunane i Hardanger og Voss. Legar frå tilgrensande kommunar som ikkje har noko anna fagleg nettverk, er også velkomne. (Dette kan t.d gjelda Vaksdal, Samnanger..)

Nettverket skal styrka fagmiljøet for samfunnsmedisin i området. Det skal bidra til å ta vare på dei personar som er i stillingane og ta imot nye samfunnsmedisinarar som kjem. Det er eit mål at nettverket skal verka rekrutterande til samfunnsmedisinske stillingar.

### Mandat

Nettverket har ikkje noko mynde eller mandat i det kommunale systemet. Kvar kommuneoverlege har definert sine funksjonar og mandat i eigen kommune. Nettverket er likevel etablert etter ønske frå og med støtte av Rådmannsforum, jfr prosjektet «Folkehelse og samhandling i Hardanger 2014-15». Det er altså kommunane sine ønske at samfunnsmedisinarane skal nytta ein slik samarbeidsmodell.

Eventuelle faglege råd og uttale frå nettverket må formidlast av den einskilde kommuneoverlege til eigen rådmann.

Leiaren i nettverket vert valt internt, oppgåva skal gå på omgang med 1-årsbolkar. Leiaren har ansvar for at det vert laga møteplan. Leiaren sender ut innkalling/ påminning før kvart møte og har ansvar for at tema for møtet er kjent av deltakarane.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## Oppgåver

- Nettverket skal vera ein møteplass, tenketank og ressursbase for legane. Ein skal dela kompetanse og arbeidsmetodar /arbeidsverktøy.
- Nettverket skal byggja opp ein ressursbase og dela t.d malar for sakshandsaming på ulike område innafor miljøretta helsevern, smittevern, psykisk helsevern og andre samfunnsmedisinske oppgåver.
- Nettverket kan trekka inn andre fagpersonar som arbeider med miljø og helse i nokre av samlingane sine.
- Nettverket skal bruka mest mogeleg tid på faglege drøftingar. Dette tyder at ein ikkje nyttar tid til å skriva formelle møtereferat eller rapportera om aktiviteten til kommunane.
- Nettverket har fokus på dei samfunnsmedisinske oppgåvene i kommunane. Medlemmene i nettverket er engasjert på kvar sine område og ivaretek mange av desse oppgåvene i andre samanhengar.
- Oppgåver å ha fokus på: Beredskap,- inklusiv interkommunal legevakt, prehospitale akutte tenester og Nødnett. Smittevernarbeid. Planarbeid. Miljøretta helsevern. Medisinskfagleg rådgjeving internt i kommunane mot helsetenestene og andre kommunale avdelingar (psykisk helsevern og rusarbeid, rehabilitering, pleie- og omsorgstenester, organisering av allmennlegetenester..). Funksjonen til ØH/KAD-sengene. Samarbeidet mot helseføretaka/ spesialisthelsetenesta.

## Møteplan

Nettverket skal ha 8 møte årleg. 1 av desse møta er felles med Folkehelsenettverket (vårhalvåret), og 1 møte er felles med Mattilsynet.

Møteplanen vert laga for ½-1 år om gongen.

Nettverket bestemmer møtestad frå gong til gong, roterer mellom kommunane.

## Prosjektleiar sine merknader;

Prosjektoppgåva er løyst, gjennom presentasjon av konkret forslag til korleis permanent nettverk for kommuneoverlegane kan fungere.

Prosjektleiar er overtydd om at dette er eit nødvendig og viktig nettverk for utvikling av helsetenestene i regionen.

----

Bestillinga frå styringsgruppa var at « Nettverket skal vera pådrivar for utviklinga av helsetenestene i regionen med utgangspunkt i vedtekne prosjektrapportar om legevakttilbodet og allmennlegetenestene, avtalt samarbeid om døgnbasert ØH-tilbod m.v.»



# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Som det går fram av rapporten frå prosjektgruppa har det vore store utfordringar i prosessen fram til etablert semje om faglege føresetnader for ny IKLV og etablering av ØH-sengene i Voss lokalsjukehusområde. Framdrifta i Helse Fonna regionen har blitt gjennomført som planlagt.

Dei faglege utfordringane er løyst, men det er framleis ein veg å gå før ny IKLV kan starte opp. Etter signert avtale skal dette skje frå 01.09.2015.

Det føreset at;

- Kommunestyra i Ulvik, Granvin, Ulvik, Eidfjord, Kvam, og Vaksdal godkjenner inngåtte avtale og oppsett driftsbudsjett i innan referert dato.
- Voss kommune får på plass medisinsk fagleg ansvarleg lege og legevaktsjef

I tillegg gjenstår framleis ein del arbeid knytt til utarbeiding av prosedyrar og handbok for den interkommunale legevakta.

Klargjering av driftsopplegg for ØH-sengene og tilsetning av nødvendig personell må og på plass.

Føresetnaden for at nettverket skal fylle rolla som «pådrivar og utviklar av helsetenestene» er at dei faglege råd vert lytta til i beslutningsprosessen.

Det at det no er tilsett legevaktsjef frå 01.08.2015 vil utvilsamt lette prosessen med oppstart av ny IKLV våren 2015.

Voss kommune har som uttrykt mål å utvikle Voss som regionsenter. Det er difor viktig at kommunen legg tilhøva godt til rette for å lukkast med samarbeidsprosjekta ny interkommunal legevakt og dei nye øyelikkeleghjelp sengene ved Voss sjukeheim.

*Økonomiske konsekvensar:* Drift av tilrådd nettverk vil ikkje føre til ekstra ressursar ut over etablert praksis. Som for folkehelsekoordinatornettverket har styringsgruppa vedtatt at «nettverksleiar (i % - del felles stilling) skal vurderast på nytt i samband med budsjett 2016.»

Etablering av felles ressurs for samfunnsmedisinsk arbeid ville utvilsamt vore positivt for innsatsen på fagområdet. Men - i motsetnad til for folkehelsenettverket - meiner prosjektleiar at nettverk for samfunnsmedisinarane vil kunne fungere godt utan fellesressurs for nettverksleiar.

*Oppfølging;*

Kommunelegen i Ulvik får ansvar for å kalle inn til første møte i nettverksgruppa etter at formelt vedtak er fatta.

MV

All relevant dokumentasjon som er omtalt i saka finst på [www.hardangeraadet.no](http://www.hardangeraadet.no) under samhandlingsreforma og på [www.saman.no](http://www.saman.no) og [www.fousan.no](http://www.fousan.no)

**Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i  
Hardanger og Voss**

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## Hovudprosjekt

### « Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss» 2014-2015

Styringsgruppa har vedteke at det i 2014-2015 skal arbeidast med 9 ulike oppgåver. Prioriterte oppgåver: Oppgåvene 1 - 5. Andre oppgåver: Oppgåvene 6 - 9

<b>Prosjektoppgåve nr. 3</b>	Gjennom samarbeid med spesialisthelsetenesta i arbeidgruppe for prehospitala tenester i Odda og Voss sjukehusområde evt. føreslå samarbeidstiltak som supplerande tilbod til ambulansetenesta og den interkommunale legevakta	
<b>Samarbeid om prehospitala tenester</b>		
<b>Styringsgruppe:</b>	Rådmannsforum for tiltak som gjeld kommunale oppgåver	
<b>Prosjekteigar:</b>	Leiv Vambheim	
<b>Kontaktperson i prosjektleiinga:</b>	Hans Atle Soldal/Magne Vassenden	
<b>Leiar</b>	Kommuneoverlege Arne Aksnes ( i samarbeid med ny legevaktsjef Klaus Melf)	
<b>Samarbeidsgruppe</b>	Arne Aksnes	Kommuneoverlege Kvam herad
	Unni Solem	Kommuneoverlege UGE
	Torbjørn Bjotveit	Kommunelege Eidfjord
	Tora Lerfall Alvsåker	Kommuneoverlege Jondal kommune
	Klaus Melf/Cecilie Ellingsen/?	Kommuneoverlege Voss kommune
	Daniela Bruhl	KO Ullensvang herad
	Steinar Jacobsen	KO Odda kommune
	Ole Thorseth	KO Vaksdal kommune
	Jan Olav Digranes	Odda sjukehus / Helse Fonna
	Jan Agdestein	Helse Bergen
	Olav Lødemehl	Voss sjukehus / Helse Bergen
Tone Dahltveit Mosevoll	Helse Bergen	

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

	Sigrid Bu	Brukarrepresentant
<b>Mål</b>	Å sikra god samhandling om pasientane og eit trygt og samanhengande pasientforløp i akuttsituasjonar i sjukehusområda.	
<b>Mandat</b>	«Med utgangspunkt i gjeldande lovverk og anna styrande dokumentasjon som gjeld både føretaka og kommunane skal arbeidsgruppa vurdere/drøfta og koma med synspunkt på organisering av – og innhald i dei prehospitale tenestene, for å sikra god samhandling om pasientane og eit trygt og samanhengande pasientforløp i akuttsituasjonar i sjukehusområda.  Arbeidet skal tuftast på ein ROS – analyse som gruppa utarbeider.»	
<b>Oppgåve</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Å utarbeida dokumentet «Hardanger og Voss legevaktsdistrikt. Prehospitale utfordringar»</li> <li>2. Følgja opp rådmennene si prioritering, jfr. tilrådingar 1-10 i kap. 9</li> <li>3. Føreslå ny / evt. revidera særavtale til tenesteavtale 11/12 mellom kvar kommune/kommunar i samarbeid og helseføretaket det skal gjerast avtale med</li> <li>4. På sikt vurdere om arbeidsoppgåvene kan overførast til oppfølging i Nettverk for kommunehelse og samfunnsmedisin, jfr. oppgåvebeskrivelse 2. Vel ein denne løysinga må ein supplere gruppa med representantar frå spesialisthelsetenesta når slike tema er oppe til drøfting.</li> </ol>	
<b>Økonomi</b>	<p>Tiltaka som prosjektgruppa legg fram skal leggje vekt på effektivisering av eksisterande tenester. Endringane skal ha ein positiv verknad på kvalitet, kompetanse og ressursbruk. Ved tiltak som krev auka ressursar, må prosjektet leggje fram konkrete tal og døme på at den samla ressursråma vert lik eller mindre dagens nivå.</p> <p>Ny kostnad er ny beredskap for akutthjelparfunksjonen og utrykning ved raud respons når ambulanse ikkje er tilgjengeleg. Organiseringa vil verta ulik i kommunane</p>	
<b>Merknader</b>	<p>Dokumentet «Hardanger og Voss legevaktsdistrikt. Prehospitale tenester» vert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. oversendt Styringsgruppa, som skal handsama forslag frå arbeidsgruppa om tiltak som kommunane har ansvar for</li> </ol>	

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

- |  |  |
|--|--|
|  | 2. oversendt UFAB i Voss samarbeidsområde og tilsvarande organ i Odda samarbeidsområde, jfr. oppgåvene i Tenesteavtale 11/12 |
|--|--|

## Prosjektgruppe 3: Prehospitale tenester

Prosjektgruppa leverte rapport til Styringsgruppa med tittel: «Hardanger og Voss legevaktdistrikt. Prehospitale utfordringar.» i samsvar med bestillinga.

### «Arbeidsgruppa tilrårde;

1. Det kan vurderast å etablera akutthjelpartenester for å sikra rask akutthjelp utover det helsetenesta kan bistå med. Dette vert opp til kvar kommune, i avtale med helseføretaket.
2. Det kan vurderast å etablera eit utrykkingsteam ved kvar legevaktstasjon som er samansett av medhjelpar og lege i eige merka køyretøy.
3. Det kan vurderast om etableringa og drifta av legebilen skal vera delt mellom legevakt og føretak?
4. Det kan vurderast å satsa på opplæring og kompetanseheving på førstehjelp i den generelle befolkninga. Det har truleg/vil ha større effekt i.f.t hjartestans og andre akutte tilstandar enn formaliserte akuttførstehjelparar. Hovudvinsten får den sjuke ved å ha kompetent hjelpar i umiddelbar nærleik når hendingar inntreff.
5. Det kan vurderast å utplassera aktuelt akuttutstyr (inkl. hjartestartar) i idrettsanlegg, kjøpesenter, cruisekai, større bedrifter eller andre etablissement med høg risiko og gjennomstrøyming av folk.
6. Det kan vurderast å søkja om midlar til prosjekt med føremål å læra opp flest moglege i legevaktdistriktet/sjukehusområda i HLR. (Føregangsdistrikt. Jfr. pkt.4)
7. Det kan vurderast i samarbeid med frivillige organisasjonar/røde kors/sanitetskvinnene/hjertelungeforeininga mfl. å plassera ut hjartestartarar i kommunane. Jfr 4 og 5
8. Det kan vurderast å etablera fast organiserte felles samtreningar og øvingar mellom samarbeidspartane prehospitalt. Helse - Fonna har lagt inn «Kommune – Best» i alle særavtalane.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og VOSS

9. Det kan vurderast etablera og systematisera samarbeid mellom føretak og kommune om bemanning av reservebilar ved samstundesutfordringar. (slik ordning eksisterer for så vidt i dag også)
10. Det er underskrive særavtalar til tenesteavtale 11/12 i begge føretaka. Rådmennene må be om revisjon av desse for å ta opp i seg endringane som vert bestemte.

Kostnadane vil variera avhengig av kva type ordningar som vert valt i dei ulike kommunane.

Når det gjeld kostnadar ved etablering av akutthjelpartenester, har vi fylgjande erfaringar: Samnanger har valt ei ordning knytt til lokalt brannvern og hadde i 2010 ein kostnad på 400 000 i beredskap og 200 000 i utrykking. Dei har valt ein modell der akutthjelparane er involverte i alle/dei fleste raude responsar.

I Kvam rykkjer vakthavande lege ut i nær 100 % av raude responsar. Akutthjelparane vert varsla etter vurdering av vakthavande lege, og det er eigen prosedyre for varslinga.

Kostnadane ved ordninga er estimert frå brannsjefen i Kvam til om lag 15000 kroner pr år. Det er ikkje rekna eigen beredskap for denne tenesta. Kommunen har pr. dato avtale med SNLA om opplæring, men vurderer overføring av denne ordninga til avtale med føretaket.»

**Prosjektleiars merknader:** Styringsgruppa vedtok at ein skulle kome attende til saka når akuttmedisinsk forskrift var vedtatt.

Regjeringa vedtok akuttmedisin forskrifta 20.03.2015.

Etter vedtak i rådmannsforum 05.06.15 skal rapport frå prosjektoppgåva om prehospitala tenester leverast innan 25.08.15.

Prosjektleiar drøfta mogleg framdrift med leiar i prosjektgruppa, Arne Aksnes 11.06.15.

Det vart konkluderte med at han skulle ta temaet opp til drøfting i møte i Akuttmedisinsk utval same dag.

Utvalet drøfta saka. Grunna ferieavvikling ligg det ikkje føre referat frå møtet. Har fått munnleg informasjon om at akuttmedisinsk utval meiner utfordringane knytta til prehospitala tenester kan følgjast opp i nyoppretta arbeidsgruppe med representantar frå dei 4 underutvala i akuttmedisin i Helse Bergen sitt føretaksområde.

----

Det ligg i mandatet at prosjektgruppa skal føreslå «samarbeidstiltak som supplerande tilbod til ambulansetenesta og den interkommunale legevakta.»

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Både ny interkommunal legevakt og ØH-senger på Voss, Odda og Kvam vil skape nye utfordringar for dei prehospitale tenestene.

Det er avgrensa ressursar til disposisjon. Prosjektleiar rår til at ein har fokus på å få ny IKLV og ØH-sengene i drift og at oppgåvene som låg til prosjektoppgåve 3, vert følgd opp i nyoppretta arbeidsgruppe i Helse Bergen sitt føretaksområde.

Arbeidsgruppa må ha dialog med dei som jobber med akuttmedisin og beredskap i Helse Fonna.

MV

Prosjektrapport «Hardanger og Voss legevakt-distrikt. Prehospitale utfordringar» er tilgjengeleg på [www.hardangerraadet.no](http://www.hardangerraadet.no) under Samhandlingsreforma.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

<b>Hovudprosjekt</b>		
<b>« Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss» 2014-2015</b>		
Styringsgruppa har vedteke at det i 2014-2015 skal arbeidast med 9 ulike oppgåver. <u>Prioriterte oppgåver:</u> Oppgåvene 1 - 5. <u>Andre oppgåver:</u> Oppgåvene 6 – 9		
<b>Prosjektoppgåve nr. 4</b> <b>Nytt nødnett</b>	Med utgangspunkt i den interkommunale legevakta vera fagleg og organisatorisk støtte for kommunane i etableringa av nytt nødnett Dokumentasjon: Nødnettinformasjon 13-01 og nyare dokument frå Hdir.	
<b>Styringsgruppe:</b> <b>Prosjekteigar:</b> <b>Kontaktperson i prosjektleiinga:</b>	Rådmannsforum Leiv Vambheim  Hans Atle Soldal/Magne Vassenden	
<b>Leiar</b>	Legevaktsjefen, Hardanger og Voss IKL	
<b>Samarbeidsgruppe</b>	Klaus Melf/Cecilie Ellingsen/?	Kommuneoverlege Voss kommune
	Klaus Melf/Cecilie Ellingsen/Jacob V. Christensen	Legevaktsjef, Voss IKLV
	Elin Seim	Avdelingsleiar Akuttmottak/ IK-legevakt Voss sjukehus
	J.O. Digranes	Odda sjukehus
	Arne Aksnes	Kommuneoverlege Kvam herad
	Kari Svellingen Nygård	Dagleg leiar Kvam legevakt
	Marit Dagestad	Dagleg leiar Odda IK-legevakt
	Tora L. Alvsåker	Odda legevakt (medfagleg ansvarleg)
<b>Mål</b>	Innføra nødnett i kommunane i samarbeid med Helse Vest og Helsedirektoratet sin nødnettprosjektorganisasjon	
<b>Mandat</b>	Vera fagleg og organisatorisk støtte for kommunane	
<b>Oppgåve</b>	Etablere mottaksprosjekt, som skal førebu mottak av utstyr i kommunane og i legevaktsentralane. Oppgåva skal løysast i dialog med føretaka gjennom UFAB (Underutvalet for Akuttmedisin og beredskap) i Voss	



# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

	<p>sjukehusområde og tilsvarande i Odda sjukehusområde</p> <p>Sjå til at helsepersonell som skal nytta nødnettstyr i vakt får gjennomført høvdvendig opplæring</p> <p>Utnytta potensialet for gevinstrealisering i nødnettet, i samarbeid med andre kommunale tenester som PLO, Brann og Kommunal kriseleing</p> <p>Arbeidsgruppa må vurdere om oppgåva på sikt skal overførast til UFAB / tilsvarande organ i dei to sjukehusområda</p>
<b>Økonomi</b>	<p>Tiltaka som prosjektgruppa legg fram skal leggje vekt på effektivisering av eksisterande tenester. Endringane skal ha ein positiv verknad på kvalitet, kompetanse og ressursbruk. Ved tiltak som krev auka ressursar, må prosjektet leggje fram konkrete tal og døme på at den samla ressursråma vert lik eller mindre dagens nivå.</p> <p>Sikra at styringsgruppa får tilfredsstillande opplysningar om kostnadane med drift av radioane for budsjettering i 2015</p>

## Prosjektgruppe 4: Nødnett

**Innleiande merknader:** Som skissert i mandatet fekk prosjektgruppa fullmakt til å vurdere om oppgåva skulle overførast «UFAB / eller tilsvarande organ i dei 2 sjukehusområda.

Denne fullmakten har arbeidsgruppa nytta om konkludert som følgjer;

Av faglege og praktiske omsyn var det semje om å avvikle felles prosjektgruppe. Innføring av nytt nødnett i regionen skjer no etter følgjande desentraliserte modell;

1. Odda, Ullensvang og Jondal har gått saman i ei prosjektgruppe.
2. Kvam har lokalprosjektgruppe pga eigen legevaktsentral
3. Kommunane Eidfjord, Granvin, Vaksdal, Ulvik og Voss er organisert i eit prosjekt.

Endringane er godkjent av styringsgruppa.

**Gjennomføring av prosessen:** Prosjektdirektiv for innføring av nødnett ved «CR163 Voss legevaktstasjon følgjer vedlagt. Det er vedtatt resultat- og effektmål og framdriftsplan for prosjektet. Prosjektet skal avsluttast 31.01.2016.

Prosesen inneber klargjering for installasjon, utvikling av prosedyrar, opplæring og inngåing av abonnement og driftsavtalar. Gjennomføringa skjer i nært samarbeid med Helse

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Bergen/Helse Fonna og Helsedirektoratet. Tilsvarende opplegg er vedtatt for prosjekta i Kvam og Odda lokalsjukehusområde.

## Økonomi

I hovudsak vert utgifter til opplæring dekkja av Helsedirektoratet og Helse Bergen. Kursing av fastlegar i IKLV (kr 42.000) vert utgiftsført på Interkommunal legevakt i 2015.

Årlege abonnementskostnader til radioterminaler m.v. for kommunane er oppgitt til;

- Voss kommune kr 187.245.-
- Ulvik herad kr 18.012.-
- Granvin herad kr 13.646.-
- Eidfjord kommune kr 22.925.-
- Vaksdal kommune kr 31.658.-
- Kvam herad kr 195.835.-
- Ullensvang kommune kr
- Jondal kommune kr
- Odda kommune kr

Desse utgiftene må inn i budsjettet for 2016 og framover.

Om enkelte kommunar ønskjer å nytte teknologien til andre oppgåver, som til dømes i omsorgssektoren, vert det den enkelte kommune sitt ansvar.

**Prosjektleiars vurdering:** Styringsgruppa har godkjent at prosjektoppgåve 4 - Nytt nødnett - er avslutta som del av Hardanger Voss prosjektet og at gjennomføringa skjer som vist i rapporten.

Dialog med ansvarlege for innføring av nødnett i kommunane gjer at prosjektleiar er trygg på at prosessen vert gjennomført i samsvar med statlege mål og lokale føresetnader.

Dei økonomiske konsekvensane for den einskilde kommune går fram av saka.

Det vert og vist til at prosessen vedrørende innføring av nytt nødnett vert følgd opp gjennom vedtatt handlingsplan for samarbeid i Helse Bergen.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og VOSS

1. Prosjektoppgåve 4 vert avvikla som del av Hardanger og Voss prosjektet
2. Fagleg og organisatorisk støtte for kommunane vert følgd opp i samsvar med vedlagt rapport
3. Kommunane må ta høgde for auka abonnementskostnader for 2016 og framover.

Vedlegg:

- Prosjektdirektiv for innføring av nytt nødnett

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## Prosjektdirektiv for innføring av nødnett ved «CR163, Voss legevaktstasjon»

**Oppdragsgiver:** Voss kommune, Rådmann Einar Hauge

Oppdragsgiver er det samme som *bestiller*, altså den som skal ta i mot (har bruk for) prosjektresultatene (leveransen). Oppdragsgiver er den som vil være ansvarlig for realisering av prosjektets effektmål.

**Planlagt start- og sluttdato:** 01.04.2015-31.01.2016

**Prosjekteier:** Radina Trengereid, kommunalsjef for Helse og Omsorg, Voss kommune

Den personen i kommunen, f. eks. en enhetsleder, som tar på seg ansvaret for å løse oppgaven slik oppdragsgiveren har beskrevet det. Prosjekteier har ansvar for å påse at prosjektresultatene overleveres til oppdragsgiver.

### A. Organisering

**Prosjektgruppe:**

Cecilie Ellingsen, prosjektleder  
Elin Seim, dagligleder Voss IKL  
Unni Solem, kommuneoverlege Ulvik, Granvin, Eidfjord  
Ole Thorseth, Kommuneoverlege Vaksdal  
Ottar Fjose, fastlege Voss/superbruker  
Christer Pedersen, IT konsulent Voss kommune

Lokal prosjektleder og prosjektdeltakerne utgjør til sammen prosjektgruppen lokalt. Oppgavene vil være klargjøre for installasjon (se kommentar under), konfigurering, prosedyre, opplæring og inngåelse av abonnement og driftsavtaler. Prosjektet rapporterer og får veiledning av helsedirektoratets områdeleder, som også bidrar til avklaring og nasjonal rapportering. I tillegg vil prosjektgruppen kommunisere med HDO (helsetjenestens driftsorganisasjon) MSI (leverandør).

Helse Bergen ved Harald Tveito er ansvarlig for installasjon av løsningen (fremdrift, kvalitet og kostnad) og rapporterer løpende til prosjektleder. Kostnadene for installasjon dekkes av Helse Bergen. Driftskostnader av de 3 operatørplassene deles av Helse Bergen (1) og Voss IKL (2) jfr. avtale mellom Helse Bergen og Voss kommune.

**Styringsgruppe:**

Radina Trengereid, Kommunalsjef for helse og omsorg, Voss kommune  
Magnhild Grønningsæter, Einingsleiar for helse og omsorg, Granvin kommune  
Stefan Karlstrøm, Beredskapskoordinator Voss kommune

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og VOSS

Olav Lødemel, Ass. Direktør Voss sykehus  
Cecilie Ellingsen, prosjektleder og sekretær

Styringsgruppen skal godkjenne prosjektdirektivet og skal overvåke prosjektets fremdrift.

## B. Prosjektbeskrivelse

### Bakgrunn for prosjektet:

Stortinget har vedtatt utbygging og drift av Nødnett i Norge. Nødnetatene i kommuner (brann og helse), helseforetak og politi er primærbrukere av systemet. Nødnett vil gi etatene et felles digitalt kommunikasjonssystem som legger til rette for bedre samhandling, sikker kommunikasjon og økt robusthet. Stortinget har besluttet at Investeringen i nødnett utstyr dekkes av Staten, mens brukerne finansierer driften. Lokale tilpasninger og personellkostnader dekkes av mottaker. Det er lokal enhet som har ansvar for å innføre nødnett i egen organisasjon under veiledning av nødnettprosjektet i helsedirektoratet. Det er også et lokalt ansvar å ta Nødnett i bruk henhold til Stortingets intensjoner.

For lokalt prosjekt vil det være følgende målsettinger.

### Effektmål:

1. Krav til sikker og effektiv kommunikasjon med helsepersonell og publikum er oppfylt
2. God tilgang til alle enheter og ressurser legevaktsentralen kommuniserer med
3. All radiotrafikk er logget og kan dokumenteres
4. Det er ikke brudd på lover og forskrifter relatert til kommunikasjon og dokumentasjon

### Resultatmål:

1. Betjeningsløsning og nødnett teknisk installert og integrert ved legevakten
2. Teknisk løsning er tilstrekkelig dimensjonert for å håndtere alle vanlige toppe i trafikkmengden pr år.
3. Prosedyrer er oppdatert for å kunne utnytte ny løsning og tilfredsstillende lover og regler, samt nasjonale retningslinjer.
4. Personellet har fått tilstrekkelig opplæring til å kunne bruke ny løsning uten at avvik oppstår av denne grunn.
5. Stabil drift med veldefinerte roller og prosedyrer for å håndtere tekniske endringer, feil og problemer.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## C. Milepæler

Tekst	Tid	Merknad
Prosjekt etablert	01.04.2015	Formell oppstart 01.04.2015. Forberedelser til prosjektet har pågått siden 2014.
Utarbeide konfigurering	30.05.2015	Møte i Bergen 06.05.2015-07.05.2015
Utarbeide plan for opplæring	30.06.2015	Avhengig av datoer fra HDir og fremdrift av andre områder, som. F.eks Sørlandet og Telemark
Klar til installasjon	03.08.2015	
Installert og testet av leverandør	Uke 38	
Foreløpig aksept av installasjonen (PAC - Preliminary Acceptance Certificate)	19.10.2015	
Go-Live (overgang til skarp drift)	23.11.2015	Opplæring må være fullført
Overlevert til drift, prosjekt avsluttet	31.01.2016	

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## D. Ressursrammer ~ økonomi

**Arbeid – tidsforbruk for prosjektleder og øvrige deltakere:** Antatt tidsbruk i prosjektperioden gitt i fulltidsekvivalent.

Cecilie Ellingsen -20%  
Elin Seim – 15%  
Unni Solem -10%  
Ole Thorseth -10%  
Ottar Fjose – 10%  
Christer Pedersen - 10%

**Andre kostnader (kurs, reiser, innkjøp etc.):** Sett opp alle øvrige kostnader som påløper på grunn av prosjektet i prosjektperioden.

- Konfigureringsmøte i Bergen 06-07.Mai -15: 2 personer **(dekkes av Helse Bergen)**
- Opplæring leger/sykepleiere:
  - Instruktører: Ca. 3 kurs (reiseutgifter, praksiskompensasjon) **(dekkes av HDir)**
  - Opplæring sykepleiere Helse Bergen: 25 stk. x 28 t **(dekkes av Helse Bergen)**

**Inntekter/finansiering:** Kommunen finansierer selv lokalt prosjekt. Husk at finansiering ikke behøver å være bidrag i form av penger, men også kan være arbeidsinnsats f. eks. fra samarbeidende virksomheter.

Post	2014	2015	2016	Merknad
<b>Prosjektkostnader</b>				
Bygning og infrastruktur	-	-	-	Helse Bergen
IT og telefoni	-	-	-	Helse Bergen
Kursing fastleger: 30 stk x 4t x 350 kr =	-	42.000kr		Voss IKL
Kursing sykepleiere Vossestrand: 3 stk x 4t	-	-	-	Voss kommune
<b>Driftskostnader</b>				
DNK Utstyrsavtale + Abonnementsavtale	-	-	275.124,00	Radioer for Voss,

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

			kr	Granvin, Ulvik, Eidfjord og Vaksdal
HDO Tjenestnivåavtale (SLA)				Voss IKL
Annet				

Abonnementskostnader i forbindelse med radioterminaler og eventuelle operatørplasser

## Voss kommune

Meget høy (operatørplass)	kr 43679,00	x 2 (Voss IKL)
Lav	kr 6004,00	x 15
Meget lav	kr 3275,00	x 1
Beredskap	kr 1638,00	x 4
<b>Sum</b>	<b>kr 187.245</b>	

## Ulvik kommune

Lav	kr 6004,00	x 3 stk
Beredskap	kr 1638,00	x 1 stk
<b>Sum</b>	<b>kr 18.012,00</b>	

## Vaksdal kommune

Lav	kr 6004,00	x 5 stk
Beredskap	kr 1638,00	x 1 stk
<b>Sum</b>	<b>kr 31.658</b>	

## Granvin kommune

Lav	kr 6004,00	x 2 stk
Beredskap	kr 1638,00	x 1 stk
<b>Sum</b>	<b>kr 13646,00</b>	

## Eidfjord kommune

Lav	kr 6004,00	x 3 stk
Meget lav	kr 3275,00	x 1 stk
Beredskap	kr 1638,00	x 1 stk
<b>Sum</b>	<b>kr 22925,00</b>	

## E. Rapportering

**Statusrapportering:** Statusrapportering i prosjektet skal skje hver 6. uke fra prosjektleder til styringsgruppe. Lokal prosjektleder holder områdeleder oppdatert på fremdrift og restanse.

## F. Underskrifter



# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og VOSS

Hensikten med en formell underskrift og godkjenning av prosjektet er å gi prosjektleder de nødvendige fullmakter og rammer for å sikre en god gjennomføring av prosjektet. Planverket kan derved fungere som en kontrakt mellom linjeledelsen og prosjektleder. Som et minimum bør prosjekteier og prosjektleder undertegne. En underskrift fra rådmannen, eller styreleder i interkommunale selskap tilsier at prosjektet har trygg forankring og støtte i den øverste ledelsen i kommunen.

---

Styreleder/Rådmann

---

Prosjektleder

# Prosjekt Folkehelse og samhandling i Hardanger og Voss

## 2014 - 2015

### Delrapport – Delprosjekt 5: Rus og psykisk helse

**Bakgrunn og mandat:** Prosjekt Folkehelse og Samhandlingsprosjekt Hardanger og Voss vart vedtatt i nye 2 år, 2014 og 2015. Bestillinga vedr. prosjektoppgåve 5 var som følgjer;

<b>Hovudprosjekt</b>		
<b>« Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss» 2014-2015</b>		
Styringsgruppa har vedteke at det i 2014-2015 skal arbeidast med 9 ulike oppgåver. <u>Prioriterte oppgåver:</u> Oppgåvene 1 - 5. <u>Andre oppgåver:</u> Oppgåvene 6 - 9		
<b>Prosjektoppgåve nr. 5</b> <b>Rus og psykiske helse</b>	Med basis i lovverk, statlege føringar/ satsingar og inngåtte avtarar med helseføretaka vurderer aktuelle tiltak som kommunar kan samarbeida om for å styrkja det kommunale tilbodet innan psykisk helsevern og rusomsorg.	
<b>Styringsgruppe:</b> <b>Prosjekteigar:</b> <b>Kontaktperson i prosjektleiinga:</b>	Rådmannsforum Leiv Vambheim  Magne Vassenden	
<b>Leiar</b>	Berit Kleppe, Avd.leder Rus/psykiatri, Voss kommune	
<b>Samarbeidsgruppe</b>	Anne Merete F. Vik	Avd.l. rus/psykiatri, Kvam herad
	Siri Håheim	Psykiatrisk sjukepleiar Ulvik
	Gro Håvardsholm Elnan	Koordinator Eidfjord
	Hege Holven	NAV Granvin Herad
	Nina Irene Nesheim	Psykiatrisk spl. Odda kommune
	Hilde Crovo Engesæter	Odda kommune
	Torbjørn Reisæter/Marion Jacobsen	Leiar helse og velferd Ullensvang k.
	Ingebjørg Grøtt	Psykiatrisk spl. Jondal kommune
	Silje-Iren Netteland Olsen	Vaksdal kommune
	Hege Lægreid Røssland	Helse Fonna v/ DPS i Odda

	Fredric Andre Eftevåg Larsen	Pkl, Helse Bergen
	Jenny Tøn	Helse Bergen v/ DPS Bjørkeli
<b>Mål</b>	Å styrkja det kommunale tilbodet innan psykisk helsevern og rusomsorg gjennom samarbeid over kommunegrensene og vidareutvikling av samarbeidet med spesialisthelsetenesta.	
<b>Mandat</b>	Arbeidsgruppa skal: <ul style="list-style-type: none"> <li>- identifisere pasientgrupper og identifisere behandlingstilbod.</li> <li>- med bakgrunn i roller og ansvar for og mellom behandlingstilboda bidra til at pasientane får "saumlause" behandlingssopplegg som sikrar ivaretaking av pasientane sine behov og hindrar eit uverdigg 'svarteperspel'.</li> </ul>	
<b>Oppgåve</b>	Arbeidet med å utvikle gode helsetenester til personar som har både psykisk sjukdom og rusmiddelproblem har fått høg prioritet av styresmaktene.  Den konkrete oppgåve til prosjektet er å; <ol style="list-style-type: none"> <li>1. gå gjennom statlege føringar/satsingar og</li> <li>2. inngåtte avtalar med helseføretaka og</li> <li>3. føreslå aktuelle tiltak som kommunane kan samarbeide om for å styrke tilbodet til målgruppene</li> </ol>	
<b>Økonomi</b>	Tiltaka som prosjektgruppa legg fram skal leggje vekt på effektivisering av eksisterande tenester. Endringane skal ha ein positiv verknad på kvalitet, kompetanse og ressursbruk. Ved tiltak som krev auka ressursar, må prosjektet leggje fram konkrete tal og døme på at den samla ressursråma vert lik eller mindre dagens nivå.  Utgifter til gjennomføring av prosjektarbeidet vert dekkja av deltakande kommunar.	
<b>Merknader</b>	Slik oppgåva er formulert er utfordringa å lokalisere tiltak innan rus og psykisk helse der kommunane gjennom samarbeid, kan styrke tilbodet til målgruppene.  Oppgåva som er skissert i mandatet er alt utført gjennom <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedteken "Tenesteavtale 3 og 5 for samarbeid om inntak i og utskriving fra spesialisthelsetenesten innen rusmedisin og psykisk helsevern for barn, unge og voksne." og</li> <li>• Utført ros-analyse. Jfr. Sak om "Pasientforløp for pasientar med psykisk sjukdom og rusmisbruksproblem"</li> </ul>	

**Organisering av arbeidet i delprosjekt 5:** Mandatet er å utvikle «saumlause» behandlingssopplegg til beste for brukarane. Fokus skal vere på utvikling av samarbeidet, både mellom kommunar og mellom forvaltningsnivåa.

Arbeidsgruppa satsa på tett møteaktivitet i starten for å bli kjent med kvarandre og få oversikt over kva tilbod og kompetanse som finst i dei einskilde kommunane/helseføretaka.

Arbeidsgruppa hadde 6 møte i 2014 og 2 i 2015.

Arbeidsgruppa har følgd opplegget som skissert i oppdraget.

*Fase I:* Skaffe oversikt over;

- aktuelle lover, forskrifter, nasjonale målsettingar og
- inngåtte samarbeidsavtalar mellom kommunane og helseføretaka

*Fase II*

- Kartlegge avvik mellom status og ønska situasjon

*Fase III*

- Kome med konkrete framlegg om utvikling av tenestetilboda med fokus på tiltak kommunane kan samarbeid om for å styrke tilboda til brukarane.

*Prosjekt/prosjektmidlar;* Prosjektet har hatt nytte av pågåande prosjekt i Helse Fonna/Helse Vest og ulike prosjekt i samarbeidande kommunar, som til dømes;

- Prosjektgruppe for samhandling mellom Odda, Ullensvang, Jondal kommune og Helse Fonna på rus og psykisk helse. Leiar: Hilde Crovo Engesæter.
- Fact-team, Fonna DPS i samarbeid med Odda, Jondal, Ullensvang og Kvinnherad: Kr 1.300.000.-. Kontaktperson: Erlend Hellingsrud.
- Voss DPS, Bjørkeli og Voss kommune Rus- og psykisk helseteneste: Kr 200.000.- til å etablere grupper for pasientar/brukarar med rusavhengighet/psykisk lidning: Kontaktperson: Jenny Tøn, Bjørkeli
- Voss kommune: Kr 656.000.-. Målgruppe: Born som veks opp med pårørande med psykiske lidningar og/eller rusavhengighet, samt førebyggje «drop out» frå vidaregåande skular: Kontaktperson: Berit Kleppe.
- Voss kommune: kr 400.000.- Helsesøstertenesta: Målgruppe: Helsefremjande arbeid i vidaregåande skular. Kontaktperson: Eli Brandseth
- Voss kommune. Tilskot til «Etablering av brukarråd, tett oppfølging av brukarar i Lar, lågterskeltilbod» kr 1.000.000.- for 2015. Kommunen må søkje på nytt for 2016. Kontaktperson: Berit Kleppe.
- Voss kommune. Søknad om «Tilbod til vaksne med langvarige og samansette behov for tenester og barn og unge med samansette hjelpebehov innan psykisk helse og rusfeltet.» Fått tilsagn om midlar til 2 årsverk for miljøarbeidarar innan Rop. Kontaktperson: Berit Kleppe.
- Voss kommune, NAV. Kamp mot barnefattigdom: Tildelt sum, kr 550.000.- : Mål frå passiv stønad til ordinært arbeid. Prosjektansvarleg: Hanne Lunde

Lista er ikkje komplett. Den illustrerer likevel høgt aktivitetsnivå for innovasjon og utvikling innan fagfeltet.

# **Del I; Skaffe oversikt over a) Statlege lover, forskrifter og nasjonale målsettingar og b) Inngåtte samarbeidsavtalar mellom kommunane og helseføretaka.**

## **Lover og forskrifter**

- Lov om kommunale helse og omsorgstenester m.v.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helse m.v.
- Lov om pasient og brukarrettigheter
- Lov om helsepersonell m.v.
- Forskrift om pasientjournal
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Lov om sosiale tenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV)
- Forskrift om narkotika
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Alle lover og forskrifter finn ein på [www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)

## **Nasjonale planar og styringsdokument**

- Meld. St. 26 82014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Statsbudsjett 2015
- Samhandlingsreforma
- Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011 - 2015
- Psykisk helsearbeid i kommunen, Helsedirektoratet
- Rusmiddelarbeid i kommunen, Helsedirektoratet
- Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for vaksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. (Samandrag følgjer som prenta vedlegg.)
- Pasientforløp Rus – Psykisk helse. Helse Bergen, Rapport mai 2013

Helsedirektoratets nettsider gir god oversikt over aktuell informasjon. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Alle inngåtte samarbeidsavtalar mellom kommunane i Helse Bergen finn ein på [www.saman.no](http://www.saman.no)

Tilsvarende informasjon om samarbeidsavtalane i Helse Fonna finn ein på [www.helse.fonna.no](http://www.helse.fonna.no)

**Nye statlege styringssignal:** Regjeringa la 7 mai 2015, fram St.meld.26 om «Fremtidens primærhelsetjeneste» Kap 22 omhandlar «Tjenester til personar med psykisk helse- og rusproblemer». (s.111 – 122)

Utfordringsbilde vert summert opp slik; «Det er behov for kapasitets- og kvalitetsheving på alle nivåer; fra forebygging, tidlig innsats gjennom lavterskeltilbud, oppfølging av personer med lettere og moderate lidelser, hevet prioritering og fortsatt omstilling i spesialisthelsetjenesten og bedre oppfølging etter utskrivelse, bl.a. gjennom styrket samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. For å få til dette må brukere og pasienter involveres og være sentrale i utforminga av tjenestene.»

Kap. vert summert opp som følgjer;

### **«Boks 22.4 Regjeringa vil:**

- Rekruttere flere psykologer til kommunene gjennom å lovfeste kommunens plikt til å ha psykologkompetanse, innføre en ny finansieringsordning for kommunepsykologer

frem til plikten trer i kraft i 2020 og få utarbeidet informasjonsmaterieil for kommuner som ansetter psykologer.

- Innføre kommunal øyeblikkelig hjelp døgn også for psykisk helse- og rusområdet fra 2017.
- Ta sikte på en innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helse og rus, tidligst fra 2017.
- Utarbeide en opptrappingsplan for rusfeltet.
- Følge opp handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading.
- Vurdere en ny og varig finansieringsordning for aktivt oppsøkende behandlingsteam.
- Styrke kompetansen om rus i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Gjennomføre et forsøk med overføring av driftsansvar for DPS til kommuner.»

## **Del II: Resultat av kartleggingsarbeidet**

**Merknad:** Prosjektgruppa har nytta eksisterande lover, forskrifter, nasjonale styringsdokument og inngåtte samarbeidsavtalar mellom helseføretaka og kommunane som grunnlag for å kartlegge avviket mellom status og ønska situasjon i regionen. Kartlegging vart gjennomført i 2014, dvs *før* st.meldinga om primærhelsetenesta var tilgjengeleg.

**Metode;** Kartleggingsarbeidet er ikkje resultat av forskingsbasert metode.

Det vart utarbeidd notat med oversyn over sentrale målformuleringar i aktuelle lover, forskrifter. Medlemane i prosjektgruppa vart utfordra til å vurdere i kva grad statlege styringssignal vart følgd opp lokalt og eventuelt lokalisere kor utfordringane ligg.

Tilsvarande metode vart nytta for nasjonale styringsdokument og inngåtte samarbeidsavtalar mellom helseføretaka og kommunane.

### **Lover, forskrifter og andre statlege styringssignal**

Kravet til kommunar og helseføretak er at tenestetilbodet skal vere forsvarleg og likeverdig over heile landet. Det er ikkje tilfelle per dato.

**I kommunane:** Basert på dei aktuelle lovene som er sitert innleiingsvis, er det brei semje om at det finst forbettringspunkt når det gjeld;

- Å følgje opp målformuleringane i formålsparagrafen (§1), i lov om kommunale helse og omsorgstenester. Det gjeld ikkje minst § 1.3 ledd; «Sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre»

Dei fleste kommunane har signalisert utfordringar knytta til;

- Individuell plan (IP)
- Koordinator rolla
- Koordinerande eining

IP vert oppfatta som tidkrevjande. Dei fleste ser behov for system/modellavklaring for at IP skal kunne bli eit effektivt verkemiddel.

Med eitt unntak vert det og signalisert at det er forbetningspunkt når det gjeld koordinatorrolla. Fleire kommunar manglar framleis koordinerande eining eller denne fungerer berre delvis.

*Ut frå tilbakemeldingane er det brukarar med alvorlege psykiske lidingar og/eller alvorleg rusavhengighet som er mest utfordrande å følgje opp med tilfredsstillande tilbod. Tilbakemeldingane er tydelege på at samarbeid mellom fagavdelingane og NAV må vere eit sentralt fokusområde.*

Etter og vidareutdanning;

- Dei fleste kommunane har svart positivt på at tilbod om etter- og vidareutdanning er tilfredsstillande

Undervisning og opplæring;

- Utfordringane er større når det gjeld undervisning og opplæring

Særskild problemstilling;

- Oppretthalde og vidareføre/utvikle bufellesskapet for menneske med rus og psykiske problem i Jondal.

*Spesialisthelsetenesta* har signalisert at dei har store utfordringar som følgje av at;

- mange innbyggjarar ikkje har fått ivareteke sine rettar på dette feltet. (høveleg bustad og arbeid/aktivitet) DPS må i for stor grad hjelpe pasienten med dette under innlegginga, som burde vore ivareteke tidlegare.

**Konklusjon:** Dei fleste kommunane har utfordringar knytt til å etablere sosial- og økonomisk trygghet, tilfredsstillande bu, arbeids- og aktivitetstilbod til målgruppene. Mange ønskjer gjennomgang og systematisering av IP, koordinatorrolla og koordinerande eining.

Mange kommunar har og utfordringar knytt til undervisning og opplæring. Dei faglege utfordringane er størst når det gjeld personar med alvorlege psykiske lidingar og/eller alvorleg rusavhengighet. Dette gjeld særskilt i små kommunar.

## **Oppfølging av Samarbeidsavtalane i Helse Bergen og Helse Fonna**

Felles utfordring: Elektronisk meldingsutveksling: Fungerer for legane men ikkje elles.

### **Kommunane sine merknader/kommentarar til samarbeidet med spesialisthelsetenesta med hovudfokus på utfordringane;**

1. Utfordrande å få rettleiing ein har krav på etter loven. Faste rutinar for rettleiing. (personkonflikt/motstand/storebrorhaldning)
2. IP. Spesialisthelsetenesta har plikt til å medverke. Vanskeleg å få til i praksis.
3. Spesialisthelsetenesta lover tenester på vegne av kommunane. Uprofesjonelt. Tek ikkje omsyn til handlingsrommet kommunane har. Skapar mistillit og utrygghet hos pasient.
4. Set kommunar opp mot kvarandre.
5. Mangel på faste rutinar ved inn-/utskrivning. (Dog klar over at nokre pasientar ikkje ønskjer kontakt)
6. Manglande tillit til kvarandre sine vurderingar, ikkje minst tilvisar sin vurdering
7. Mangelfull kontakt/dialog ved avvising av søknadar
8. Må ha god kommunikasjon i kompliserte saker, særleg når vurderingane er ulike
9. Ønskjeleg med betre stabilitet i DPS tilbodet. ( Kvam - psykologtilbodet)
10. Rutinar ved innlegging: Ikkje tilbakemelding ved alle avvisingar i spesialisthelsetenesta
11. Oppdaterte nettsider med kontaktinformasjon. Mange kommunar har forbettringspunkt
12. Veldig gode erfaringar med Fact team i Helse Fonna. Lett å ta kontakt. Dei kan vere mellomledd mellom kommune og spesialisthelsetenesta i felles utfordrande brukarar. Kjem ut til pasienten og gjer hjelp der brukaren er. Veldig bra.
13. Veiledning frå Fact team og Ambulerande team Helse Fonna, avd. Odda fungerer bra
14. Rutinar for samhandling ved innlegging, poliklinisk konsultasjon eller dagbehandling og utskrivning. Mange avvik registrert. Få vert følgd opp.
15. Ser at det er forbettringsmoglegheiter ved utskrivningar. Å planleggje i lag i god tid før utskrivning er viktig.
16. Ansvarsvegring i spesialisthelsetenesta. Følgjer ikkje godt nok opp menneske med samansette og alvorlege rus og psykiske problem.
17. Samarbeid mellom likeverdige partnare.

### **Utfordringar i kommunane**

1. Den største utfordringa ligg i å fremme trygghet, bidra til likeverd, førebyggje problem... Tenker at arbeids og aktivitetstilbod er den største utfordringa for oss.
2. Takle vanskelege saker.
3. Få ut rett info på nett
4. Oppretthalde, vidareutvikle bufellesskap i Jondal

### **Spesialisthelsetenesta sine merknader/kommentarar til utfordringar i samarbeidet med kommunane**

1. Lite tilbod til personar med samansett problem
2. Ulike ståstad i møte med pasient
3. Unødvendige henvisningar til spesialisthelsetenesta som konsekvens av for dårleg tilbod til pasientane i kommunane



4. For mange pasientar får ikkje gode nok tilbod vedr. økonomisk trygghet, akseptable bu- og aktivitetstilbod. Konsekvens: DPS'ane må hjelpe pasienten med dette under innlegginga, burde vore ivaretatt tidlegare.
5. Mangelfull oppfølging av born som pårørande

Mange utfordringar er registrert, i kommunane, i spesialisthelsetenesta og i samhandlinga mellom forvaltningsnivåa.

## **Del III Konkrete framlegg om aktuelle samarbeidsprosjekt**

*Utfordringar:* Folketalet i samarbeidande kommunar varierer frå 911 til over 14.000. To ulike helseføretak er involvert. Det inneber at utfordringane er særskilte. Det inneber og at potensialet for å etablere løysingar på tvers av kommunegrensene/helseføretaka bør vere store.

Gjennomført kartlegging dokumenterte at mykje er bra og fungerer godt, men - som i landet elles – er det registrert klare forbetningspunkt på mange ulike område.

Presentasjon av St.meld. 26, «Fremtidens primærhelsetjeneste» introduserer fleire nye utfordringar for fagfeltet rus og psykisk helse.

Som til dømes;

- om lovpålagt plikt at kommunane skal ha psykologkompetanse, (2020)
- kommunal plikt til øyeblikkehjelp døgn innan psykisk helse og rus og
- betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar (tidlegast 2017)

Det er og signalisert opptrappingsplan for rusfeltet.

KS's landsstyre har uttalt seg om St.meldinga og støtter forslaga om at kommunane skal ha lovpålagt innføre kommunal døgnpliktig akutthjelp også for psykisk helse- og rusområdet. Landsstyret er og positiv til lovfesta plikt for kommunane til å ha psykologkompetanse tilgjengeleg, men er negativ til betalingsordning for utskrivingsklare pasientar innanfor rus og psykisk helse.

Styringssignala indikerer at kommunane raskt bør gripe fatt i endringane som venteleg vert vedtatt om kort tid.

Det er og regjeringens politikk «å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet.» jfr. Meld. St. 19 (2014-2015)

*Det stiller krav til etablering av strukturert samarbeid mellom folkehelsekoordinatorane og tilsette som jobber med rus- og psykiske tenester.*

Regjeringa har klare styringssignalar knytta til planlagt kommunereform. Dei skriv mellom anna; «Regjeringa vil gjennom kommunereforma skape kommuner som har kapasitet og kompetanse til å levere et bredere tenestesppekter, noe som vil komme mennesker med psykisk sykdom og rusproblemer til gode. Som ledd i dette skal det gjennomføres et forsøk med overføring av driftsansvaret for distriktpsykiatriske sentre (DPS) til noen større kommuner.»

**Generell merknad:** I samhandlingsreforma var det tverrpolitisk semje om å redusere veksten i spesialisthelsetenesta og å styrke innsatsen i kommunane.

Kommunane har stadig fått utvida ansvar og oppgåver, også innan innan rus og psykisk helse feltet. Skal kommunane klare å levere forsvarlege og likeverdige tenester til brukarane med kostnadseffektivitet, forsterkar det trongen for utvida samarbeid på tvers av kommunegrensene og vidareutvikling av samarbeidet mellom kommunane og helseføretaka.

I refererte uttal frå KS's landsstyre vert det og uttalt; «Landsstyret forutsetter at nye reformer som varsles i meldingen fullfinansieres frå staten.»

Det er god grunn til å følgje med på at dette faktisk skjer, jfr. Vedlagt notat om ressursituasjonen i DPS'ane og utvalde kommunar.

## **Prosjektgruppa kjem med følgjande tilrådingar;**

**Organisasjon:** Når det gjeld overordna organisering av samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og kommunane vert det vist til prosjektoppgåve 7, ressursar til samarbeidsorgan og inngåtte tenesteavtalar.

I Voss lokalsjukehusområde er samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og kommunane på dette fagfeltet organisert i underutval for rus og psykisk helse.

I Helse Fonna er det faste årlege samarbeidsmøter mellom Folgefonn DPS, akuttavdeling Valen sjukehus og kommunane i opptaksområdet. Her er leiinga på ulike nivå, spesialistar innan psykisk helse og rus representert frå DPS og kommunehelsetenesta møter med leiarar for tenesteområda og fastlegar. Dette er eit møte på systemnivå for å ivareta samhandlinga for personar med psykisk- og/ eller rusliding.

*Tilråding; Prosjektgruppa rår ikkje til etablering av nye møtefora.*

Leiarar og fagpersonell må halde seg oppdatert om relevant informasjon ved å halde seg oppdatert på nettsida for underutval for rus og psykisk helse på [www.saman.no](http://www.saman.no) og [www.fousam.no](http://www.fousam.no) .

Leiarar må og etablere strukturert dialog med nettverk for folkehelse.

### **1. Kompetanse- og systemutvikling**

Kartlegginga dokumenterte trong for opplæring på tvers av kommunegrensene på fleire område, jfr. kartleggingsprosessen.

*Prosjektgruppa er overtydd om at kommunane og helseføretaka vil ha stor nytte av å satse på lokale kurs/seminar.*

Prosjektgruppa har prioritert dette arbeidet og utarbeidd konkret forslag til opplæringsprogram for hausten 2015.

Erfaringane må evaluerast og danne grunnlag for oppfølging med nye kurs/seminar i 2016 og framover.

Underutval for rus- og psykisk helse i Voss lokalsjukehusområde og årlege samarbeidsmøtet i Helse Fonna må samarbeide om programarbeidet.

*Kartleggingsarbeidet* har dokumentert at mange tema er aktuelle: Døme på tema som kan vere aktuelle for opplæring; Kompetanse på kartlegging av ROP-lidingar. Koordinator rolla, koordinerande eining, fange opp bekymringsmeldingar, barn og unge, oppfølging av barn med foreldre med rus- og/eller psykiske problem, rutinar for betaling av rekningar før problema bli for store, verktøy for IP som er enkelt og kortfatta, opplæring og bruk av e-meldingar, oppfølging, avviksmeldingar, arbeid, lågterskeltilbod, løn utbetalt umiddelbart etter utført arbeid (Alf/50 lappen) oppfriskingsbehov, pasient og brukarrettighetslov, skaffe tilfredsstillande bu-, arbeids- og aktivitetstilbod, etablere bueiningar med tilsyn på tvers av kommunegrensane, m.v.

Målet må vere å gjennomføre opplæringa med minst mogleg ulemper for dagleg drift. (halvdagsmøte/desentralisert)

I den grad det finst kompetent personell i kommunane/spesialisthelsetenesta, skal desse nyttast som føredragshaldarar.

Prosjektgruppa legg til grunn at alle kommunar og spesialisthelsetenesta har rutinar som sikrar at alt nødvendig personell kjenner til innhaldet i samarbeidsavtalar og relevant lovverk.

## **2. Aktivt oppsøkjande behandlingsteam (ACT)**

Prosjektgruppa viser til dei sterke styringssignala om etablering av ACT-team. Dokumentert effekt er god. Dette stemmer med erfaringane som er gjort med ACT-teamet i Helse Fonna.

Prosjektgruppa rår til at Helse Bergen søkjer om midlar til å etablere slikt team i Voss lokalsjukehusområde. Prosjektgruppa meiner dette vil vere til stor hjelp, ikkje minst for små kommunar med brukarar med alvorlege psykiske lidingar og/eller rusavhengighet. Etablering av tiltak som betrar føresetnadene for å løyse utfordringar der folk bur er ofte nøkkelen til suksess. Slike tiltak bidreg og til betre samhandlinga mellom forvaltningsnivåa.

Prosjektgruppa viser til at regjeringa vil utarbeide «ny og varig finansieringsordning for aktivt oppsøkende behandlingsteam»

## **3. Brukarperspektivet**

Det er viktig å styrke brukarperspektivet.

Voss kommune har fått midlar til å teste ut Likemannsarbeid. Erfaringane vil bli delt med kommunane i regionen.

Kommunane må og sikre systematisk dialog med brukarorganisasjonar og frivillige gjennom styrkturert samarbeid med;

- Kommunalt råd for menneske med nedsett funksjonsevne
- Mental helse m.v.

## **Nye utgreiingsoppgåver**

### **Kommunal øyeblikkeleg hjelp døgn – psykisk helse og rus**

Om tilrådinga i St.meld. om primærhelsetenesta vert vedtatt, vil plikten for kommunane til å etablere øyeblikkeleg døgntilbod innan rus og psykisk helse gjelde frå 01.01.2017.

Prosjektleiari viser til utfordringane det har vore å få etablert tilsvarende tilbod i somatikken. Dette er tiltak som utvilsomt krev interkommunalt samarbeid.

Styringsgruppa må raskt ta stilling til korleis dette arbeidet skal organiserast.

### **Lovfesta plikt for kommunane å ha psykologkompetanse**

Per dato har kommunane Odda, Kvam og Voss tilgang på psykologkompetanse. Forslaget i primærhelsetenestemeldinga krev at kommunane må ha psykologkompetanse tilgjengeleg. Vert forslaget vedtatt bør styringsgruppa også her ta initiativ til prosjektutgreiing med målsetting om å finne interkommunale løysingar.

### **Betalingsplikt, utskrivingsklare pasientar innan rus og psykisk helse frå 2017**

Forslaget vert ikkje støtta av KS. Kommunane bør likevel ta høgde for at det kan bli vedtatt og sett i verk frå 2017. Prosjektleiari rår difor til at også dette temaet vert utgreidd som interkommunalt prosjekt.

### **Økonomiske konsekvensar**

Framlegga frå prosjektgruppa inneber ikkje auka utgifter for kommunane på kort sikt. Planlagt kurs hausten 2015 vert tilrådd delfinansiert med midlar frå prosjektet.

Om det vert søkt om og ein får tilskot til etablering av ACT-team vil det i fase I vere prosjektfinansiert. Staten skal som referert, klargjere framtidig finansiering av denne type tiltak.

Som det går fram av Primærhelsemeldinga og kartlegginga lokalt, er det trong for auka innsats på fagfeltet rus og psykisk helse. Signalisert opptrappingsplan er nødvendig. Planen må vere fullfinansiert, slik uttalen frå KS's landsstyrevedtak krev.

## Vedlegg

### Døme: Ressurssituasjon – kommunar/spesialisthelsetenesta

#### Odda kommune;

- Psykisk helse og rustjenesten er delt i to ulike tjenester i Odda Kommune Psykisk helse ligger under helsetjenesten mens Rus/oppfølgingstjenesten ligger under Nav.
- Rus/oppfølgingstjenesten har 7 årsverk med leder og 77 personer de følger opp
- Psykisk helse har 7,9 årsverk med leder og ca 60 personer en følger opp.
- I dag fikk psykisk helse vedtak i kommunestyre om oppretting av 7 nye årsverk slik at vi kan drive med 24 timers bemanning. Regner med at vi kan starte opp til høsten med 24 timers bemanning.

#### Helse Fonna;

- Me har integrert tenester rus og psykiatri. Dvs. ROP pasientar får tilbod både poliklinisk, ambulant og døgnbehandling innanfor det ordinære behandlingstilbodet for psykisk helse.
- Me har 12 døgnplasser med 7 – døgn drift lokalisert på Valen. Der er det 25 årsverk knytt til døgnavdeling. I tillegg er det 1,8 psykiater, 1 psykolog, 1 lege i spesialisering, 0,8 sosionom og 0,3 psykologspesialist. Av dei 25 årverka er det spesialutdanna innanfor rus – og psykisk helse.
- Me har 4 plassar med 5 – døgn drift lokalisert i Odda. Her er det 7 årsverk knytt til avdelinga. I tillegg er der psykologspesialist 0,3 og overlege 0,3 stilling. Det er sjukepleiarar med spesialutdanning i rus- og psykisk helsearbeid.
- Dei 16 plassane gjeld heile opptaksområdet, dvs. Kvinnherad, Etne og Hardangerkommunar.
- 14 % av døgnkapasiteten på Folgefonn DPS vert nytta til rus- og avhengighetsbehandling. FDPS er det DPS som har størst andel av desse diagnosane på døgnavdelingar i Helse Vest.
- Polikliniske tilbod er lokalisert i Odda og på Valen. Innbyggjarane i Hardanger nyttar helst poliklinikken i Odda.
- Det er eit tverrfagleg TSB team i Odda, som er godkjent som vurderingseining. Her er det 2 ruskonsulentstillingar, sjukepleiar og sosionom, og psykiater og psykologspesialist i delstillingar. I tillegg vil også andre behandlarar på poliklinikk og FACT team gje behandling til pasientar med ROP liding. Det er 0,5 sjukepleiarstilling med spesialutdanning i rusbehandling i FACT teamet.
- Når det gjeld tal på pasientar, er det ikkje så lett å finna sikre tal på det. Det er mange pasientar med rus – og psykisk liding som ikkje er registrert med ruskoden, då dei vert tilvist for t.d. angst eller depresjon.

Voss kommune; Disponerer 22,6 årsverk til rus og psykisk helse: Har ca 100 pasientar i psykisk helse og 40 pasientar i rusfeltet.

DPS – Voss: 44,5 årsverk på 16 institusjonsplassar.

Poeng: Store forskjeller i kva ressursar som er til disposisjon i spesialisthelsetenesta og i kommunane til formålet. Viktig premiss for planlegging av framtida og for dialogen mellom forvaltningsnivåa.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

<b>Hovudprosjekt</b>																			
<p>« <b>Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss</b> » 2014-2015</p> <p>Styringsgruppa har vedteke at det i 2014-2015 skal arbeidast med 9 ulike oppgåver. <u>Prioriterte oppgåver:</u> Oppgåvene 1 - 5. <u>Andre oppgåver:</u> Oppgåvene 6 - 9</p>																			
<b>Prosjektoppgåve nr. 6</b>	<p>Kommunane står framfor store utfordringar i åra framover. For å kunne gi tilbod om rehabilitering til det veksande talet brukarar, vert det trong for nye modellar og metodar.</p> <p>Prosjektet skal bidra til utvikling av rehabiliteringsfeltet i regionen ved å samarbeida om kompetanseheving og tiltak, og ved å læra av kvarandre.</p>																		
<b>Kommunal rehabilitering</b>																			
<b>Styringsgruppe:</b>	Rådmannsforum																		
<b>Prosjekteigar:</b>	Leiv Vambheim																		
<b>Kontaktperson i prosjektleiinga:</b>	Magne Vassenden																		
<b>Leiar</b>	Solrun Hauglum, Vaksdal kommune																		
<b>Samarbeidsgruppe</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>Olaug Helen Gullbrå</td> <td>Vaksdal kommune</td> </tr> <tr> <td>Anne Grete Haugen</td> <td>Voss kommune</td> </tr> <tr> <td>Ingegjerd Pedersen Lid</td> <td>Kvam herad</td> </tr> <tr> <td>Anne Gro Kambe</td> <td>Odda kommune</td> </tr> <tr> <td>Magnhild Branstveit</td> <td>Granvin herad</td> </tr> <tr> <td>Ketil Bjotveit</td> <td>Eidfjord kommune</td> </tr> <tr> <td>Aina Samnøy/Reidun Stavestrand</td> <td>Ulvik herad</td> </tr> <tr> <td>Anne Cathrin Eidnes</td> <td>Ullensvang herad</td> </tr> <tr> <td>Maren Espedal Miille</td> <td>Jondal kommune</td> </tr> </tbody> </table>	Olaug Helen Gullbrå	Vaksdal kommune	Anne Grete Haugen	Voss kommune	Ingegjerd Pedersen Lid	Kvam herad	Anne Gro Kambe	Odda kommune	Magnhild Branstveit	Granvin herad	Ketil Bjotveit	Eidfjord kommune	Aina Samnøy/Reidun Stavestrand	Ulvik herad	Anne Cathrin Eidnes	Ullensvang herad	Maren Espedal Miille	Jondal kommune
Olaug Helen Gullbrå	Vaksdal kommune																		
Anne Grete Haugen	Voss kommune																		
Ingegjerd Pedersen Lid	Kvam herad																		
Anne Gro Kambe	Odda kommune																		
Magnhild Branstveit	Granvin herad																		
Ketil Bjotveit	Eidfjord kommune																		
Aina Samnøy/Reidun Stavestrand	Ulvik herad																		
Anne Cathrin Eidnes	Ullensvang herad																		
Maren Espedal Miille	Jondal kommune																		
<b>Mål</b>	<p>Å styrkja innsatsen på rehabiliteringsfeltet</p> <p>Å få auka fokus på og kunnskap om rehabilitering og om ulike måtar å driva rehabilitering på i kommunehelsetenesta.</p> <p>At kommunane vert i stand til å tilby brukarane ulike typar rehabiliterande tiltak slik at dei kan oppnå auka grad av meistring, deltaking og trivsel.</p>																		

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

<b>Mandat</b>	<p>Føreslå tiltak som kan heva kompetansen og betra rehabiliteringstilbodet i kommunane og gje rettleiing ved oppbygging av nye tilbod.</p> <p>Koma med innspel omkring samarbeid mellom kommunar om felles organisering av rehabiliteringstilbod</p>
<b>Oppgåve</b>	<p>Bidra til auka samarbeid mellom kommunane og bidra til å utvikla samarbeidet med spesialisthelsetenesta.</p> <p>Planleggja og gjennomføra felles aktivitetar.</p> <p>Laga opplegg som gjer det mogeleg å læra av kvarandre på tvers av kommunegrensar.</p>
<b>Økonomi</b>	<p>Tiltaka som prosjektgruppa legg fram skal legge vekt på effektivisering av eksisterande tenester. Endringane skal ha ein positiv verknad på kvalitet, kompetanse og ressursbruk. Ved tiltak som krev auka ressursar, må prosjektet leggja fram konkrete tal og døme på at den samla ressursråma vert lik eller mindre dagens nivå.</p>
<b>Merknader</b>	<p>I «Handlingsplan samhandling 2014» ( mellom kommunane og Helse Bergen) er strategisk grep 4.1 «Utgreia ansvar- og oppgåvefordeling når det gjeld habilitering og rehabilitering». SSE vurderer at Oppgåve 6 i Samhandling Voss og Hardanger kan verta ein pilot for «korleis blir framtidig arbeidsdeling med utgangspunkt i kva rehabilitering kommunane skal driva med» ( «bottom-up»). Parallelt har Haraldsplass sjukehus sett i gang eit arbeid for å sjå på kva som er spesialisert rehabilitering, kva dei kan, kva dei gjer og kva dei skal gjera. Dette omfattar også rehabiliteringsinstitusjonane som har avtale med det regionale helseføretaket.</p> <p>Desse to prosessane kan så førast saman for å avklara ansvars- og oppgåvefordelinga mellom nivå.</p> <p>Det vil vera aktuelt å utarbeida ei skisse til sak i Samarbeidsutvala når dette arbeidet er starta opp.</p>

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## KOMMUNAL REHABILITERING

### Mål og mandat

Målet med prosjektet er å styrkje innsatsen innan rehabiliteringsfeltet og utvikle nye måtar å drive rehabilitering på i kommunane.

Prosjektet skulle ha fokus på tiltak som kan heve kompetansen innan rehabiliteringsfeltet og gje rettleiing ved oppbygging av nye tilbod. I mandatet låg det og at ein skulle kome med innspel til samarbeid mellom kommunar om felles organisering av rehabiliteringstilbod.

I tillegg til samarbeid mellom kommunane var det ønska fokus på vidareutvikling av samarbeidet med spesialisthelsetenesta. Ansvars- og oppgåvedelinga mellom kommunar og spesialisthelsetenesta var og nemnd som tema for mogleg oppfølging.

### Gjennomføring av prosjektarbeidet;

Ettersom vidareutvikling av samarbeidet mellom kommunane og spesialisthelsetenesta var på dagsordenen, var det naturleg å invitere med representantar frå spesialisthelsetenesta på Voss og i Odda i prosjektgruppa.

På grunnlag av refererte mål, mandat og oppgåver vart det konkludert med at prosjektarbeidet skulle prioritere;

- Kartlegge status og utfordringa i rehabiliteringstilboda i samarbeidande kommunar
- Arrangere rehabiliteringsseminar med fokus på;
  - Statlege styringssignal innan rehabiliteringsfeltet
  - Kvardagsrehabilitering og
  - Kommunal rehabilitering i institusjon
- Kome med konkrete forslag til vidareføring/vidareutvikling av samarbeid;
  - mellom kommunar og
  - mellom kommunar og spesialisthelsetenesta.

Prosjektgruppa har hatt 6 møte i perioden 10.04.2014 til 20.05.2015. I tillegg har prosjektgruppa planlagt og gjennomført Rehabiliteringsseminar på Voss, 27.11.2014.

### Kartlegging: Status og utfordringar innan rehabiliteringsfeltet

Kvar kommune har presentert status og utfordringar for rehabiliteringstilbodet i eigen kommune. Informasjonen vart nytta til å fastleggje innhaldet i planlagt rehabiliteringsseminar og kva oppgåver prosjektgruppa skulle prioritere.



# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## Overordna prinsipp

Prosjektgruppa har lagt følgjande tenking til grunn for planprosessen;

Hovudprinsippet er;

1. *Rehabilitering bør i all hovudsak skje der personen bur.*

Men, som konsekvens av at kommunane har fått stadig utvida ansvar innan rehabiliteringsfeltet må kommunane i tillegg utvikle tilbod om institusjonsbasert rehabilitering og;

2. *Etablere spesialiserte rehabiliteringseiningar for å sikre fagleg gode tilbod til brukarane med kostnadseffektivitet*

## Planlegging og gjennomføring av rehabiliteringsseminar

Prosjektgruppa prioriterte dette arbeidet. Rehabiliteringsseminaret vart gjennomført 27 november på Voss. Programmet følgjer vedlagt.

Representantar frå alle kommunane og Voss sjukehus deltok, totalt 86 personar. I hovudsak fagpersonell, men brukarar og politikarar var og representert. Seminaret vart gjennomført utan deltakaravgift som følgje økonomisk støtte frå Samarbeidsrådet i Voss lokalsjukehusområde og prosjektmidlar.

*Tilbakemelding – Rehabilitering seminar:* Medlemane i prosjektgruppa har fått mange tilbakemeldingar frå deltakarar på seminaret. Desse har vore eintydig positive. Prosjektgruppa drøfta erfaringane og var i all hovudsak nøgd med opplegg og gjennomføring.

Ettersom det er dokumentert relativt store avvik mellom det Regjering og Storting har sagt dei ønskjer innan rehabiliteringsfeltet og det som faktisk skjer, hadde det vore ein fordel om statssekretær Astri Nøkleby Heiberg hadde halde hovudinnlegget, som planlagt. Erstattaren, Sigrunn Gjønnnes frå Helsedirektoratet leverte ein grei presentasjon av status og planlagde statlege tiltak for styrking av rehabiliteringsfeltet.

Fastlege, Ph.d, Inger Johansen presenterte forskingsdata om samanhengen mellom korleis kommunane organiserer kommunal rehabiliteringstilbod og forventa resultat.

Hovudkonklusjonen var at ein får best effekt om rehabiliteringstilbodet vert organisert utan kopling til kommunen sitt sjukeheimstilbod.

Hovudtema på seminaret var presentasjon av modellar for kvardagsrehabilitering ved Solrun Hauglum. Brukarrepresentantar sine erfaringar med rehabilitering, inkludert kvardagsrehabilitering vart presentert. Responsen på innlegga var god.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

*Oppsummert:* Prosjektgruppa er nøgd med opplegg og gjennomføringa av seminaret. Responsen på seminaret stadfesta at prosjektgruppa hadde vald rett fokusområde;

- implementering av kvardagsrehabilitering i kommunane og
- planlegging av nye rehabiliteringstilbod i institusjon

Innlegga frå Hauglum og Johansen følgjer som prenta vedlegg. Dei er og lagt ut på [www.hardangerraadet.no](http://www.hardangerraadet.no)

*Forbetringspunkt:* Kontakten med pressa burde vore betre i forkant. Det hadde vore ønskjeleg med større deltaking frå politisk nivå og brukarar/brukarorganisasjonar.

## Nye statlege styringssignal

Ansvars- og oppgåvedelinga mellom kommunar og spesialisthelsetenesta var og nemnd som tema for mogleg oppfølging av prosjektgruppa.

Regjeringa la 07.05.2015 ut st.meld. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.»

Meldinga konstaterer at ansvarsdelinga mellom kommunane og spesialisthelsetenesta er uklar. Difor vil Helsedirektoratet «i løpet av 2015 utgi en veileder for habilitering og rehabilitering. Veilederen vil bidra til å tydeliggjøre hva nødvendig og forsvarlig habilitering og rehabilitering er.» (s. 107)

### Her følgjer oppsummering av sentrale punkt i kap. 21 Om rehabilitering;

- «Det må klargjøres hva som er nødvendige og forsvarlige habiliterings- og rehabiliteringstjenester for de store målgruppene.
- Ansvarsdelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten må bli tydelig
- Det er et politisk ønske å samle flere rehabiliteringsoppgaver som i dag ivaretas i spesialisthelsetjenesten i større og mer kompetente kommuner i forbindelse med kommunereformen.
- Det er nødvendig å tydeliggjøre kommunenes plikt til å sørge for opplæringen av brukere og pårørende for å mestre livet med sykdom eller funksjonsnedsettelse
- Endelig må det sikres at kapasiteten er tilstrekkelig
- Spesialisthelsetjenesten skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende skal kommunen sørge for at alle som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Ansvar er nærmere utdypet i forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Videre skal spesialisthelsetjenesten sørge for råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter, og råd og veiledning til ansatte i kommunen.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og VOSS

- Tjenestenes formål tilsier at tjenestene må ytes nærmest mulig der personen lever sitt liv.
- Mange opplever ansvarsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene som uklar. Helsedirektoratet har på denne bakgrunn utarbeidet rapporten Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (IS-1947). Rapporten beskriver prinsippene for ansvarsdelingen. Brukere med behov for spesialisert og samtidig flerfaglig kompetanse av høy intensitet og med komplekse problemstillinger, skal behandles i spesialisthelsetjenesten. Brukere med behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø, langvarig og koordinert oppfølging og tverrsektoriell samhandling, skal ivaretas i kommunen. Individuell plan er et viktig verktøy i begge nivåene og må følge brukeren i overganger mellom nivåene.
- Den endelige konkretisering av ansvarsdelingen må skje lokalt gjennom de lovpålagte samarbeidsavtalene etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e. Habilitering og rehabilitering skal beskrives i disse samarbeidsavtalene.
- I løpet av 2015 vil Helsedirektoratet utgi en veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator som skal beskrive hele feltet. Denne vil presentere gode eksempler på hvordan habilitering og rehabilitering kan organiseres og gjennomføres både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten og komme med nærmere utdyping og oppdatering av anbefalingene fra IS-1947. Veilederen vil bidra til å tydeliggjøre hva nødvendig og forsvarlig habilitering og rehabilitering er.
- Det vil være fordeler ved å samle en større del av rehabiliteringsansvaret i kommunene. Overføring av ansvar til kommunene vil bl.a. kunne gi bedre og mer helhetlige løsninger for pasienter og brukere ved at kommunene kan se rehabilitering i sammenheng med de øvrige kommunale tjenestene. Det vil også gi kommunene sterkere insentiver til å satse mer på forebygging og rehabilitering i hjemmet.
- Større kommuner kan få et større ansvar innen rehabilitering som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten. I det videre arbeidet med kommunereformen skal det utredes nærmere hvilke oppgaver innen rehabilitering større kommuner skal få et større ansvar for, samt i hvilken form en slik ansvarsendring skal skje.

## **Boks 21.3 Regjeringen vil:**

- Etablere en forskrift som regulerer avtalefysioterapeutenes virksomhet, herunder kvalitets- og funksjonskrav
- Vurdere å innføre direkte tilgang til fysioterapeut uten henvisning fra lege eller annen henvisende instans når forskrift som regulerer virksomheten er innført
- Utrede muligheten for at kommunene kan tildeles fastlønnstilskudd også når fysioterapeuten har driftsavtale med kommunen for å gjøre fysioterapitjenesten mer fleksibel for kommunene
- Tydeliggjøre kommunenes ansvar for pasient- og pårørendeopplæring i helse- og omsorgstjenesteloven

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og VOSS

- Utrede nærmere hvordan en utvidelse av kommunenes ansvar for habilitering og rehabilitering kan gjennomføres som en del av det videre arbeidet med kommunereformen
- Videreføre arbeidet med å dokumentere effektene og utvikle og implementere hverdagsrehabilitering i kommunene
- Ta sikte på å utarbeide en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering som vil ha sitt hovedfokus rettet mot kommunene»

Kjelde: Kapitlet om Habilitering og rehabilitering. (s. 104 – 110)

**Merknad;** Avklare ansvarsforhold og utarbeide opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering var alle partia på Stortinget samde om når Samhandlingsreforma vart vedtatt.

Prosjektgruppa viser til at Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig folkeparti, under behandling av Samhandlingsreforma og seinare i Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015, la inn som ein føresetnad at det skulle følgje med øyremerka midlar for å sikre opptrapping på fagfeltet. Prosjektgruppa legg til grunn at styringssignala vert følgd opp når partia no er i posisjon.

Formuleringane om å styrke den kommunale rehabiliteringa i «større kommunar» vil nok utløyse debatt. *Prosjektgruppa er samd om at dei faglege styringssignala om utvida ansvar og oppgåver for kommunane krev auka interkommunalt samarbeid.*

## Kvardagsrehabilitering

Kvardagsrehabilitering er eit satsingsområdet innan rehabiliteringsfeltet. (Jfr og uttale frå hovudstyret i KS sak 14/79)

Her følgjer sitat frå primærhelsemeldinga;

### «Boks 21.2 Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er en arbeidsform som skiller seg fra andre typer rehabiliteringstilbud i kommunen ved at den i stor grad utføres av ansatte i hjemmetjenesten og skjer i brukerens hjem og nærmiljø. Rehabiliteringen bygger på brukernes egne mål. For mange dreier det seg om å mestre hverdagsaktiviteter som å stelle seg selv, lage mat, ta bussen, komme seg på butikken, være sammen med barnebarn eller delta på sosiale eller kulturelle aktiviteter. Konseptet ble opprinnelig utviklet i Frederica kommune i Danmark og startet i 2008.

Det gis en intensiv innsats i oppstartsfasen, gjerne av et tverrfaglig team med ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, vernepleier eller sykepleier med rehabiliteringskompetanse. Teamet vurderer rehabiliteringspotensialet, kartlegger fysiske, psykiske og sosiale ressurser og utarbeider plan, koordinerer, veileder og instruerer hjemmetjenestepersonell og følger opp med effektmåling, dokumentasjon og evaluering av rehabiliteringsforløpet.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og VOSS

Rehabiliteringen skjer i brukernes hjem eller nærmiljø. Det er vanlig å fange opp nye brukere allerede ved første henvendelse om behov for hjemmetjenester eller utskrivning fra sykehus.

Hverdagsrehabilitering er aktuelt for personer med et akutt funksjonsfall, men også for personer med gradvis funksjonsfall eller ved progredierende sykdom, som f.eks. demens, for å bevare og bedre brukernes funksjoner lengst mulig.

Erfaringen så langt tyder på at det er en god investering å komme tidlig inn med tverrfaglige rehabiliteringsressurser, i stedet for å gi mer og mer kompensere bistand og pleie etter hvert som funksjonsevnen reduseres. Det gir et bedre liv for den enkelte og utsetter eller reduserer behovet for andre kostnadskrevenne kommunale pleie- og omsorgstilbud.

Per i dag har over 100 kommuner i Norge tilbud om hverdagsrehabilitering og flere kommuner planlegger å starte.

----

Prosjektgruppa står fullt ut tilrådd strategi om å yte flest moglege rehabiliteringstenester der personen bur. Effekten av kvardagsrehabilitering er godt dokumentert, også gjennom internasjonal forskning.

Voss kommune har utvikla «Vossmodellen» som ein modell for gjennomføring av kvardagsrehabilitering. Modellen vart utvikla som del av eit forskingsprosjekt i samarbeid med fleire forskingsinstitusjonar, og Helse Bergen. Modellen er, frå 01.01.2015, integrert som del av omsorgstilbodet i kommunen.

Ullensvang har fått midlar frå fylkesmannen til utvikling/implementering av kvardagsrehabilitering i 2015. Kommunen deltek og i KS 's nettverksgruppe om kvardagsrehabilitering.

Kvam har løyvd 500.000.- til same formål.

Prosjektgruppa rår til at alle kommunar i regionen satsar på kvardagsrehabilitering.

Prosjektgruppa er samd om å etablere nettverksgruppe med følgjande deltakarar: Vaksdal, Eidfjord, Granvin, Ulvik og Voss. Ullensvang (?) Kvam (?)

Odda er invitert med i nettverksgruppe i regi av Helse Fonna. Dei vil ta endeleg stilling til kva gruppe dei ønskjer å delta i i løpet av kort tid.

Nettverksgruppa med utgangspunkt i Voss lokalsjukehusområde vert kalla inn til møte på Voss, lokalisert til Hagahaugen, Tidspunkt: 22 september kl 13 – 15.30. Målgruppa er nøkkelpersonar i kvar kommune. (4 – 6 personar)

Voss kommune, ved Anne Grete Haugen, vil fungere som koordinator for nettverksgruppa. Voss kommune sitt opplegg for gjennomføring av kvardagsrehabilitering vert sendt alle kommunane til orientering. Erfaringane frå prosjektgjennomføringa i Voss vil bli formidla til

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

deltakande kommunar. Poenget med nettverket er å lette innføringa av modellen i øvrige kommunar. Informasjonsutveksling vil skje via nett i tillegg til møte. Hospitering kan og vere aktuell løysing. Ulike kommunar vil utvilsomt velje løysingar som er tilpassa lokale behov og føresetnader.

## Spesialisert kommunal rehabilitering

Innlegget frå MD Phd Inger Johansen problematiserte effekten av institusjonsbasert rehabilitering av eldre i to ulike modellar. Modell 1 (M1) var rehabilitering av eldre i eigen avdeling. Modell 2 (M2) var rehabilitering av eldre i korttidsavdeling i sjukeheim.

Konklusjonane var klare til fordel for M1.

- «Nesten doblet funksjonsforbedring på nesten halve tiden
- Effektforskjellen varte 18 mnd etter
- Lavere behov for hjemmetjenester
- Lavere behov for sykehjems plasser
- Pårørende tok større andel av omsorgen for eldre
- Stabil andel bosatt i omsorgsleilighet eller sykehjem i M1, mens doblet i M2
- Rehabilitering i M1 var både mer effektivt og kostet mindre enn i M2.

Suksessfaktorer;

- Forutsetning for inntak: Rehabiliteringspotensial, tverrfaglig standardisert vurdert
- Dedikert enhet. Pasienter har fokus på rehabilitering i aktivt og optimistisk miljø  
Innen – og utendørs miljø er tilrettelagt for aktivitet for funksjonshemmede
- Strukturert rehabiliteringsprosess i tråd med Def. ICF: Tverrfaglig. Mål, plan, skreddersøm, evaluering. Måleskalaer. Dialog. Koordinere vidare tjenester
- Tilstrekkelig aktivitetstid og intensitet.»

*Drøfting:* Det er eit dokumentert behov for styrking av tverrfagleg og spesialisert rehabilitering i kommunane. Prosjektgruppa meiner sentralisering er nødvendig for å sikre faglege gode tilbod til brukarane med kostnadseffektivitet til nokre brukargrupper.

Døme;

- Alle som ikkje får eit fullgodt tilbod på ein vanleg korttidsavdeling på sjukeheim. D.v.s dei treng meir intensiv og «spesialisert» behandling, meir kompetanse og meir innsats enn det du kan få med den bemanning og kompetanse som er på ei korttidsavdeling.
- Fleire av dei som i dag får eit tilbod i spesialisthelsetenesta, men som vil verta kommunalt ansvar. Dette gjeld gruppa over, yngre pasientar og kronikarar.
- Treningstilbod til personar med kroniske diagnosar eller andre som treng eit «løft» for å fungera optimalt og holda seg heimebuande. Desse er ikkje aktuelle for ei vanleg

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og VOSS

korttidsavdeling. Det bør også vurderast å kople slike opphald til læring/meistring/friskliv.

- Personar med diagnoser som parkinson og MS, ryggmargskade
- Personar med akutt oppståande sjukdom/skade, og som treng intensiv rehabilitering, men ikkje får plass i spesialisthelsetenesta, også oppfølging etter opphold på sjukehus. T.d. kompliserte hjerneslag, brot, trafikkskade, revmatikarar

Det er viktig at bygga er tilrettelagt for formålet både inne og ute. Tilgang på basseng vil vere eit stort pluss.

Prosjektgruppa meiner det både bygnings- og personellmessige ligg til rette for å etablere slike spesialiserte rehabiliteringstilbod i Odda , Kvam og Voss.

Prosjektgruppa rår til at det vert jobba vidare med mogleg utvikling av interkommunale institusjonsbaserte rehabiliteringstilbod i regionen, lokalisert til dei 3 nemde kommunane.

Øvrige kommunar inngår avtale om kjøp av tenester frå desse einingane. Dersom styringsgruppa sluttar seg til prinsippet, må det utarbeidast avtalar om organisering og drift av rehabiliteringseiningane.

Prosjektgruppa har ikkje hatt kapasitet til eigne analyser av ansvarstilhøva mellom forvaltningsnivåa. Prosjektgruppa rår til at konkrete planar for eventuelt interkommunalt samarbeid innan institusjonsbasert rehabilitering vert utgreidd når;

## **Ansvarsdeling innan rehabiliteringsfeltet er nærare avklart i;**

- Ny veileder for habilitering og rehabilitering frå Helsedirektoratet ligg føre (i løpet av 2015)
- Revidert Regional plan for habilitering og rehabilitering i Helse Vest er klar (**sommar 2015/31.12.15**)

## **Organisatoriske utfordringar**

Utfordringar knytta til at kommunane tilhøyrar 2 ulike helseføretak. I Voss lokalsjukehusområdet er samhandlinga mellom kommunane og spesialisthelsetenesta formalisert gjennom underutval for rehabilitering.

I helse Fonna er tilsvarande samordning organisert som følgjer....

Det vert ikkje tilrådd endringar i dei formelle strukturane.

Nødvendig utveksling av informasjon på tvers av helseføretaka må skje gjennom systematisk bruk av eksisterande nettsider, [www.saman.no](http://www.saman.no) og [www.fousam.no](http://www.fousam.no)

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og VOSS

## Konkrete forslag til vidare samarbeid innan rehabiliteringsfeltet

Målet er at styrka innsats på rehabiliteringsfeltet skal leggje til rette for at fleire kan bu i/flytte tilbake til eigen bustad.

Skal intensjonane i samhandlingsreforma lukkast krev det auka innsats på rehabiliteringsfeltet i kommunane.

Prosjektgruppa rår til at kommunane følgjer opp satsinga på;

1. Kvardagsrehabilitering. Modellen vert tilrådd etablert i alle kommunane. Prosjektgruppa har skissert konkrete planar for korleis dette kan følgjast opp.

Når Helsedirektoratet har lagt fram ny rettleiar for ansvars- og oppgåvedelinga innan rehabiliteringsfeltet vert det vurdert om det skal etablerast;

2. Interkommunale rehabiliteringstilbod i institusjon lokalisert til i Kvam, Odda og Voss.
3. Det vert ikkje tilrådd endringar i etablerte samarbeidsstrukturar

## Prosjektleiar sine vurderingar

Prosjektleiar viser igjen til overordna måla for Samhandlingsreforma og vedtekne strategiar for å nå desse. Styrka innsats rehabiliteringsfeltet var, saman med auka innsats innan folkehelse og tidleg innsats i sjukdomsforløpet dei utvalde strategiske satsingsområda.

Prosjektleiar meiner prosjektgruppa har levert på oppgåva.

Prosjektprosessen har - gjennom gjennom avholdt rehabiliteringsseminar - satt fokus på status og utvikling av rehabiliteringsfeltet.

Det vert tilrådd at alle kommunar bør ta i bruk lokale variantar av Kvardagsrehabiliteringsmodellen.



# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Prosjektgruppa har utarbeidd konkrete framlegg til korleis prosessen kan følgjast opp. Voss kommune vil stille til disposisjon erfaringane frå Kvardagsrehabiliteringsprosjektet som vart gjennomført her. Helse Fonna har laga opplegg for kommunane der.

Ein del rehabiliteringsoppgåver vil greitt kunne følgjast opp i korttidsavdelingar i sjukeheimar.

Dei statlege styringssignal legg opp til utvida kommunalt ansvar innan rehabiliteringsfeltet. Det krev omfattande tverrfagleg kompetanse, samt tilrettelagte bygningsmessige tilhøve for formålet.

Forsking viser at dei beste resultatane for utvalde målgrupper skjer ved å organisere tilboda skild frå kommunale korttidseiningar i sjukeheimar.

Det vil ikkje vere kostnadseffektivt å byggje opp slike tilbod/kompetanse i alle kommunane. Prosjektleiari stør difor fullt ut forslaget om å byggje opp slike einingar i Odda, Kvam og Voss.

Prosjektleiari er og samd i at vidareføring av samarbeidet innan rehabiliteringsfeltet bør skje i allereie etablerte samarbeidsstrukturar. Konkret inneber dette i Underutval for rehabilitering i Voss lokalsjukehusområdet og Samarbeidsutvalet/Fousam i Helse Fonna.

## **Rehabiliteringsavtalar, spesialisthelsetenesta.**

I prosjektoppgåva står det at prosjektet skal bidra til å utvikle rehabiliteringstilbodet i regionen.

I tillegg til rehabiliteringstilbod i spesialisthelsetenesta, kjøper helseførtaka rehabiliteringstenester frå ulike private rehabiliteringsinstitusjonar.

Helse Vest inngikk 01.06.2014 avtaler med Ravneberghaugen rehabiliteringssenter, Åstveit helsesenter og Krokeide rehabilitering om levering av private rehabiliteringstenester i Hordaland. I tillegg har Helse Vest inngått avtalar med ulike rehabiliteringssenter på Austlandet. Avtalane gjeld frå 01.01.2015 i 6 år, med opsjon på ytterlegare 2 år.

I vedtatt omsorgsplan for Voss kommune står følgjande;

«Alle oppåver knytta til rehabilitering og habilitering og lærings- og mestringscenter vert lagt til Hagahaugen, som er bygd og tilrettelagt for slike oppgåver.»

Nybygget ved Hagahaugen vart som kjent bygd og tilrettelagt for å fungere som rehabiliteringssenter for spesialisthelsetenesta.

Trongen for denne type tenester er forventet å auke. Voss kommune bør jobbe aktivt for å inngå ny avtale med Helse Vest om levering av slike tenester.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og VOSS

Argumentasjonen for slik løysing er enkel.

Hagahaugen har markert betre bygningsmessig standard enn institusjonane i Hordaland som har avtale om levering av slike tilbod. Institusjonen har og moderne terapibasseng og alle øvrige nødvendige fasilitetar.

Kommunen sine rehabiliteringsplassar, trygghetsplassar, fysioterapitenester m.v. er og lokalisert i bygningsmassen.

Alt ligg til rette for å byggje opp tverrfagleg miljø med rett kompetanse ved institusjonen.

For brukarar/pårørande i regionen, vil lokalisering av spesialisert rehabilitering på Hagahaugen vere markert betre løysing enn dagens tilbod.

Kommuneplan for Voss har som uttrykt mål å byggje ut Voss som regionsenter. Utvida interkommunal legevakt og ØH-senger vil kome i gang våren 2015.

Innan rehabiliteringsfeltet ligg det til rette både for interkommunalt samarbeid om spesialiserte rehabiliteringsoppgåver som er kommunalt ansvar.

Det potensiale Voss kommune har til å drifte rehabiliteringsoppgåver for spesialisthelsetenesta må nyttast fullt ut.

Voss kommune bør gå i dialog med Helse Bergen om tematikken. Prosjektleiar meiner det er spesielt viktig å vere på banen i forkant av ny Nasjonal helse- og sjukehusplan som kjem hausten 2015. Den vil venteleg i stor grad styre utviklinga av sjukehus og andre spesialisthelsetenester i åra som kjem.

## Vedlegg

- Program og innlegg, Rehabiliteringsseminar

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

<b>Prosjektoppgåve nr. 7</b>  <b>Sekretariat for samarbeidsorgan</b>	Mandat: «Setja av ressursar til å ta del i samarbeidsorgan mellom spesialisthelsetenesta og kommunane, som Samarbeidsrådet for Voss lokalsjukehus, Samarbeidssekretariatet i Helse Bergen, Samarbeidsutvalet for Odda lokalsjukehus.»
--	---

**Innleiande merknader:** Målet for helsetenesta er å sikre at pasientar får ei samanhengande og heilskapleg helseteneste uavhengig av om tenesta vert ytt frå primærhelsetenesta eller spesialisthelsetenesta.

Det føreset forpliktande samarbeid mellom kommunar og spesialisthelsetenesta.

Skal ein lukkast med å etablere balansert samarbeid mellom mest mogleg *likeverdige partar*, krev det at kommunane samarbeider og set av nok ressursar til formålet.

Det er ein utfordrande oppgåve med referanse til dei administrative og faglege ressursane spesialisthelsetenesta i Helse Bergen og Helse Fonna disponerer.

Her følgjer oversyn over etablert opplegg i dei aktuelle helseregionane med vurderingar. Når det gjeld Helse Bergen har styringsgruppa tidlegare drøfta saka, jfr sak 37/14.

## **Del I: Organisering og dimensjonering av samarbeid i Helse Bergen**

Hovudstruktur for samarbeidet mellom Helse Bergen og kommunane er organisert gjennom Toppleiarmøte, Samarbeidssekretariat og Samarbeidsråd/samarbeidsutval med diverse underutval/prosjekt.

På Toppleiarmøtet deltek ordførarar, rådmenn, leiarar og toppleiinga i Helse Bergen og ved Haraldsplass diakonale sjukehus, (adm. direktør/styreleiar) i tillegg til brukarutval, KS og ein representant frå kvar hovudsamanslutning.

Følgjande notat vart drøfta i rådmannsforum 04.05.2014, som sak 37/14.»

### ***«Ressursar til deltaking i Samarbeidssekretariatet i Helse Bergen frå Voss lokalsjukehusområde***

#### **Avtalt organisering**

Kommunane i Voss sjukehusområde; Vaksdal, Voss, Granvin, Ulvik, Eidfjord og Kvam har likelydande samarbeidsavtalar med Helse Bergen og deltek i Samarbeidsrådet for Voss lokalsjukehusområde.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

I Helse Bergen- området vart første samarbeidsavtale mellom Helse Bergen og kommunane inngått i februar 2009. På bakgrunn av ny forskrift om lovpålagde samarbeidsavtalar vart denne erstatta av gjeldande Overordna samarbeidsavtale frå juli 2012.

For å koordinera arbeidet mellom helseføretaket og kommunane er «Samarbeidssekretariat» etablert, jfr. pkt. 6.5 i Overordna samarbeidsavtale.

## « 6.5. Samarbeidssekretariat (SSE)

*Føremålet er å vere koordinerande instans med følgjande oppgåver:*

- Sekretariat for dei overordna samarbeidsutvala.
- Sikre koordinering innan samhandlingsstrukturen.
- Planlegge møter i - og følgje opp føringar frå - samarbeidsutvala og toppleiarmøte
- Halde seg orientert om saker som blir handsama av regionale samarbeidsutval og andre underordna utval.
- Sekretariatet skal fungere som bindeledd mellom samarbeidsutvala, og kan medverke til å plassere ansvar for behandling av saker i rett instans innan samhandlingsstrukturen.
- Sekretariatet har ansvar for å gjera avtalene kjende og formidle desse elektronisk.

*Organisering: Personell på rådgjevarnivå frå spesialisthelsetenesta, representasjon frå kommunane i kvart utvalsområde. Sekretariatet skal ha ein leiar.»*

Dette sekretariatet er å forstå som det viktige «navet» i organiseringa av samhandlinga mellom helseføretaket og kommunane, og det er avgjerande at dette organet er organisert og har ressursar i samsvar med målsettinga ein har for samhandlinga.

## **Kvifor saka har kome opp.**

KS Hordaland har teke opp til drøfting kommunane sin plass og rolle i Samarbeidssekretariatet.

Det er 8 representantar i Samarbeidssekretariatet. Frå spesialisthelsetenesta har Helse Bergen to rådgjevarar og frå Haraldsplass sit Samhandlingssjefen. P.t. er det ikkje representant frå dei private/ideelle institusjonane (innan rehabilitering, psykiske helsevern m.m.)

Dei kommunale representantane som set der i dag kjem frå dei etablerte kommuneregionane innan Helse Bergen sitt føretaksområde; Bergen, Bergensregionen, Nordhordland og Voss/Hardanger. Korleis stillingane deira er plasserte i organisasjonen og dei økonomisk sidene ved dette er ulikt for regionane. Bergen har eiga stilling til dette arbeidet. I Nordhordland og Bergensregionen har forankringa vore knytta til regionrådet for kommunane.

I samarbeidsområdet knytta til Voss sjukehus er stillinga ikkje formelt plassert; desse kommunane deltek heller ikkje i eit felles regionråd. Representanten er peika ut av Samarbeidsrådet for Voss lokalsjukehusområde. For tida er Hans Atle Soldal vald. Han sit som representant i Samarbeidsrådet frå Kvam herad. Rådmannen i Kvam er næraste overordna og har godkjent denne representasjonen, då den også er relevant knytta til oppgåva han har som «Prosjektleder for Prosjekt Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Konklusjonen er at samarbeidet mellom kommunane i dei tre andre regionane har funne si form. Det no må vera ei sak for rådmennene i kommunane knytt til Samarbeidsrådet for Voss lokalsjukehus å finna ei fastare organisering for sine kommunar.

## **Vurderingar:**

Arbeidet i Samarbeidssekretariatet er tidkrevjande. I Bergensregionen er samhandlingsstillinga rekna til 5% stilling for kvar kommune. I Nordhordland vert oppgåvene vurdert til å vera 5-8% pr kommune.

Det trengs ei avklaring på spørsmålet om denne oppgåva skal vera ei fast stilling eller tillagt ein kvalifisert person frå ein av kommunane for ein avtalt periode.

Vidare må krav til kompetanse og ressursar avklarast.

**Oppgåver** – er definert i pkt. 6.5 i den overordna samarbeidsavtalen.

## **Plass i organisasjonen:**

Stillinga må ha tett samarbeid med leiinga i alle kommunane han/ho skal jobba med og for. Solid forankring er nødvendig for at ei slik stilling ikkje skal bli i ei «gråson» i høve til resten av organisasjonen. Med andre ord må denne personen ha høve til god dialog med leiargruppa i helse/omsorg i alle kommunane ho/han jobbar for/med og lett tilgang til rådmannens leiargruppe i plan og strategiske spørsmål.

## **Kompetanse**

Krav til kompetanse må vera tufta på krava stilt i samarbeidsavtalen og henga saman med siste setninga i pkt. 6.5, d.v.s. at helsefagleg kompetanse på universitets- /hørskulenivå er nødvendig; det vil og vera ønskjeleg med kompetanse på økonomi, jus, forhandling og gode personlege samarbeidsevne.

Stillinga sin tittel vil henge saman med oppgåvene og plassen i organisasjonen. Stillinga kan truleg ha ein rådgjevertittel.

**Ressursar** – økonomi, fysisk plassering og drift.

Med utgangspunkt i ressursomfang i dei andre regionane, vil kostnadane med ei 40 %- stilling inkl. sosial utgifter, reiseutgifter, kompetanseheving, kontorhald m.m. vera om lag kr. 500.000.

Forankringa kan vera eit eige rådmannsforum for samarbeidskommunane, med ein vertskommuneforankring og rådmannen i denne kommunen som næraste overordna. Hardangerrådet v/ dagleg leiar kan også vera arbeidsgjevar, men då to av kommunane (Voss, Vaksdal) ikkje deltek i dette samarbeidet, vil det vera ei vanskelegare løysing.

Dersom det skal opprettast tilsvarande funksjon i Helse Fonna / Odda sjukehus sitt samarbeidsområde, kan oppgåva leggjast til same person i ei utvida stilling. Om det vert to ulike personar, vil det vera viktig at desse to rådgjevarane samarbeider.

## **Forslag til konklusjon:**

Rådmennene i samarbeidskommunane til Voss sjukehus etablerer ei felles rådgjevarstilling i 40 % stilling som skal vera desse kommunane sin representant i Samarbeidssekretariatet for Helse Bergen.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Rådmennene i samarbeidskommunane lyser ut internt stillinga i kommunane sine. Samarbeidet vert organisert gjennom ein vertskommunemodell, der leiar for han/ho som vert tildelt denne oppgåva er rådmannen i den aktuelle kommunen. Kostnadane med stillinga m.m. vert fordelt likt mellom kommunane.»

**Styringsgruppa fatta slikt vedtak i sak 37/14:** *Orienteringa vert teken til vitande. Voss kommune tek på seg ansvaret å representere kommunane i Voss lokalsjukesområde i Samarbeidssekretariatet.*

## **Del: II: Organisering og dimensjonering av samarbeidet i Helse Fonna**

I Helse Fonna er samarbeidet mellom kommunane og spesialisthelsetenesta løyst som følgjer;

### **Struktur for samhandling mellom kommunar og Helse Fonna – Samhandlingsfora**

Samhandlingsstrukturen i Helse Fonna og kommunane i regionen er organisert gjennom eit Toppleiarforum og Samhandlingsutval.

#### **Politisk – administrativt samhandlingsorgan/Toppleiarforum**

Toppleiarforumet er eit overordna strategisk og utviklingsorientert utval mellom Helse Fonna HF og kommunane som har inngått samarbeidsavtalane.

I toppleiarforumet sit den øvste politiske og administrative leiinga i kommunane (ordfører og rådmann) og kommunalsjef for helse- og omsorg. Helseføretak er representert ved styreleiar og føretaksleiing. I tillegg er medlemmene i Samhandlingsutvalet med i forumet. Det er to brukarrepresentantar i toppleiarforumet. Høgskulen Stord/Haugesund (HSH), Fylkesmannen og KS har rett til å stille med ein representant kvar. Tillitsvalde kan møte med to representantar.

Toppleiarforumet gjennomfører årlege møte.

#### **Samhandlingsutvalet (SU)**

Forumet skal vere ein arena for dialog og forankring av felles strategiske vedtak og prosessar. Utvalet består av fire representantar frå kommunane, fire representantar frå Helse Fonna HF og to brukarrepresentantar. Leiar av FOU-eininga har møte- og talerett. I tillegg har HSH ein representant med møte- og talerett som endrar status til reelt medlem i saker som omhandlar FOU-eining for samhandling. Medlemmene vert valde for to år.

Fylkesmannen og KS vert inviterte ved behov og stiller då med møte- og talerett.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## Områdemøte

For å ivareta oppfølging av lovpålagte avtaler er det etablert områdemøter knytt til sjukehusa i Haugesund, Stord og Odda.

Områdemøtet består av øvste helsefagleg leiing i tilhøyrande kommunar, klinikkdirektørar og samhandlingssjef i føretaket. Koordinator for Samhandlingsutvalet (SU koordinator) deltek i alle møta.

Dialogmøte. Ved behov

## Ressursar til disposisjon:

I Helse Fonna er det oppretta ein FOU-eining som er finansiert likt mellom Helseføretaket, kommunane og Høgskulen i Stord/Haugesund. I alt 13 personar er tilsett i FOU-eininga. Kun leiar på heiltid.

Av desse personane dekkjer;

- Ein stilling sekretariatsfunksjonen for Samhandlingsutvalet
- Ein stilling kommunikasjon og administrativ støtte

Resten har oppgåver innan FOU. Lærings- og mestringssteam i Helse Fonna er og lagt til eininga.

For å ivareta kommunane (Odda, Jondal, Ullensvang) sine interesser finansierer desse kommunane;

- 50 % stilling for koordinator i FOU-eininga.
- Kostnadene knytt til stillinga og naudsynte driftskostnader, vert dekkja av kommunane med 20 % av kostnadene delt likt og 80 % av kostnadene delt etter folketal.
- Partane skal 1. halvår 2015 utgreia korleis sekretærfunksjonane skal organiserast frå 2016.

## Prosjektleiars vurdering av;

### 1. Modellen i Helse Fonna

Forskjellen mellom samarbeidssekretariatet i Helse Bergen og FOU-løysinga i Helse Fonna er at Helse Fonna modellen, i tillegg til å dekkje sekretærfunksjonen for Samhandlingsrådet, har omfattande forskings- og utviklingsoppgåver. I tillegg er Lærings- og mestringssteam i Helsefonna administrert av FOUSAM eininga.

Det er og interessant at Høgskulen dekker 1/3 av driftsutgiftene i FOU-eininga.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Planlagt evaluering er førebels ikkje gjennomført, men vil venteleg skje hausten 2015.  
Nettside med oppdatert informasjon om samhandling ligg på [www.fousam.no](http://www.fousam.no)

Prosjektleiari rår til at ein ventar med å tilrå endringar i etablert system til planlagt evaluering er gjennomført.

## 2. Samordning mellom dei 2 helseføretaka

Relevant informasjon finst på dei 2 refererte nettsidene.

Samordninga mellom kommunane i dei 2 helseføretaka krev at tilgjengeleg informasjon på nettsidene er kjent og vert nytta. Rådgjevar stilling i Voss lokalsjukehusområde og koordinatorstilling i Odda lokalsjukehusområde må følgje med på at relevant informasjon når ut til aktuelle aktørar.

## 3. utfordringar i dagens system

Samarbeidssekretariatet/Fousam er definert som det organisatoriske «navet» i samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunane.

Samhandlingsreforma er definert som ein retningsreform. Ulike evalueringar av reforma har dokumentert at det framleis er mykje som gjenstår før måla er nådd.

*Om samarbeidsavtalane*; KS publiserte 28.05.2015 artikkel med tittel: «Etterleves samarbeidsavtalane mellom kommuner og helseforetak»

KS kommer med anbefalinger til utforming av Samarbeidsavtalane;

- «Konkrete, tydelige og presise avtaleformuleringar og forpliktende ordbruk
- Forenkling av avtaleverk
- Skille mellom avtaler og prosedyrer – legge rutine-/prosedyrebeskrivelser utenfor avtalene»

KS understreker og behovet for;

- «Større involvering av fastlegene og hjemmetjenesten»

Tilrådingane er i samsvar med prosjektleiari sine vurderingar. Avtalane vart utarbeidd over sin kort periode. Dei fekk særskilte ulik form. Forankringa i organisasjon var og *er framleis mangelfull*. Prosjektarbeidet har klart dokumentert dette.

Samarbeidssekretariatet i Helse Bergen og FOU-eininga i Helse Fonna har gjort jobben ved å leggje ut alle avtalane på nettet, sjå [www.saman.no](http://www.saman.no) og [www.fousam.no](http://www.fousam.no)



# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Der ligg og møtereferat frå Samarbeidsrådet, underutval og anna relevant dokumentasjon.

For at modellen skal fungere må;

- leiarar halde seg oppdatert på informasjon om samarbeidet mellom helseføretaka og kommunane, jfr. nettsidene
- leiarar i helse- og omsorgssektoren forsterke innsatsen med å gjere avtalane kjent i organisasjonen.

Om føresetnadene ikkje vert følgd, vil ikkje inngåtte samarbeidsavtalar ha den styrande funksjonen dei skal ha.

På sikt må samarbeidsavtalane forenklast, med meir presist og forpliktande ordbruk etter retningsliner formulert i uttale frå KS.

Sekretariatet i Helse Bergen vert vurdert å har nok ressursar til å drifte sekretariatet, men ikkje til å drive FOU – arbeid. Med Helse Bergen har veldig mange tilsette som driv FOU-aktivitet på ulike fagområde.

I Helse Fonna er ressursinnsatsen i FOUSAM-eininga hovudsak retta inn mot forskning og utviklingsoppgåver.

Det bør vurderast om ikkje også Helse Bergen regionen bør inngå fast samarbeid med forskings- og utdanningsinstitusjonar på line med modellen i Helse Fonna.

Helse Bergen har mange og store einingar som driv FOU på ulik område. Ved å trekkje inn Universitet/forskingsinstitusjonar/høgskulesystemet kunne det styrke kommunane i dialogen med spesialisthelsetenesta utan auka kostnader for kommunan?

## **Tilråding, prosjektoppgåve 7**

For å sikre reelt samarbeid mellom likeverdige partar må og kommunane setje av ressursar til formålet.

Oppgåva vert løyst slik i Voss lokalsjukehusområde;

1. Kommunane i Voss lokalsjukehusområde etablerer ei felles rådgjevarstilling med 40 % stillingsressurs.
2. Oppgåver og kompetansekrav er som skissert i overordna samarbeidsavtale § 6,5.
3. Samarbeidet vert organisert etter vertskommunemodellen. med Voss kommune som vertskommune.
4. Voss kommune dekkjer utgiftene ut 2016. Deretter vert det ny vurdering av korleis stillinga skal finansierast.
5. Samarbeidssekretariatet vert utfordra til å greie ut samarbeid med Universitet/forskingsinstitusjonar/HIB etter modell som er etablert i Helse Fonna.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Odda lokalsjukehusområde;

1. Ordninga med felles 50 % stillingsressurs frå kommunane til FOUSAM held fram til evalueringsrapport ligg føre. (haust 2015)
2. Kostnader vert fordelt etter etablert finansieringsmodell. (20 % fast/80 % etter folketal)

**Økonomiske konsekvensar:** Ingen i 2015 og 2016 i Voss lokalsjukehusområde. Eventuelle endringar i Helse Fonna vil bli avklart når vedtatt evaluering er gjennomført og følgd opp.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og VOSS

## Hovudprosjekt

### « Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss» 2014-2015

Styringsgruppa har vedteke at det i 2014-2015 skal arbeidast med 9 ulike oppgåver. Prioriterte oppgåver: Oppgåvene 1 - 5. Andre oppgåver: Oppgåvene 6 - 9

<b>Oppgåve nr. 8</b>	Sjå nærare på korleis miljøretta helsevern kan løysast betre i kommunane Voss, Kvam, Granvin, Ulvik og Jondal	
<b>Miljøretta helsevern</b>		
<b>Styringsgruppe:</b>	Rådmannsforum	
<b>Prosjekteigar:</b>	Leiv Vambheim	
<b>Kontaktperson i prosjektleinga:</b>	Hans Atle Soldal/Magne Vassenden	
<b>Prosjektleder</b>	Unni Solem, Kommuneoverlege GUE	
<b>Samarbeidsgruppe</b>	Deltakarane i gruppe 2 «Kommunehelse og samfunnsmedisin» – kommuneoverlegane i deltakarkommunane - har også ansvar for denne oppgåva, men supplert med nødvendig fagleg kompetanse når miljøretta helsevern skal utgreiast, desse er:	Torild Solheim, ingeniør Odda Arne Valland, Mattilsynet Muhamed Causevic, Teknisk etat, Voss Frode Sandven, Rektor Kvam US (Repr. frå skuleetat i tilknytning til miljøretta helsevern i barnehage og skule)
<b>Mål</b>	Løysa arbeidsoppgåvene innan miljøretta helsevern i desse kommunane	
<b>Mandat</b>	Samarbeida med Avdeling for miljøretta helsevern for Odda, Ullensvang og Eidfjord for å etablere gode system også i kommunane Voss, Granvin, Ulvik, Kvam og Jondal	
<b>Oppgåve</b>	Definera oppgåvene, beskriva ressursbehov og koma med framlegg til å organisera tiltaket	
	1. Vurdera å omprioritera oppgåvene til kompetent personell i desse kommunane, evt. kommunane i fellesskap	
	2. Avklare mogleg spesialisering av funksjonane ( døme: Radommåling m.v.)	
	3. Vurdera behov for ny stilling for teknisk hygiene til å løysa oppgåvene i desse kommunane	

# Prosjektet Folkehelse og Samhandling **s**reforma i Hardanger og VOSS

<b>Økonomi</b>	Tiltaka som prosjektgruppa legg fram skal legge vekt på effektivisering av eksisterande tjenester. Endringane skal ha ein positiv verknad på kvalitet, kompetanse og ressursbruk. Ved tiltak som krev auka ressursar, må prosjektet legge fram konkrete tal og døme på at den samla ressursråma vert lik eller mindre dagens nivå.					
<b>Tiltak/ tidsfristar</b>	1	2	3	4	5	6
<b>1. Kartlegge</b>	Raskt					
<b>2. Analyse</b>		Enkelt				
<b>3. Virkemiddel-oversyn</b>			Spesialisering radon  Fellesressurs?			
<b>4. Planforslag</b>						
<b>Merknader</b>	<p>Prosjektleiarane rår til at oppgåve 2 «Kommunehelse og samfunnsmedisin» også får ansvar for delprosjektet vedr. miljøretta helsevern. Når temaet vert drøfta vert arbeidsgruppa supplert med nødvendig kompetanse, sjå deltakaroversikta under «Samarbeidsgruppe». Leiar for gruppa definerer møtedeltakarar.</p> <p>Miljøretta helsevern var eit tema i Prosjekt Folkehelse 2011- 2013 og drøfta i prosjektrapportane som er lagt ut på heimesida under Folkehelse, sjå <a href="http://www.kvam.no/samhandlingsreforma">www.kvam.no/samhandlingsreforma</a>:</p> <p><u>Status:</u> Odda, Ullensvang og Eidfjord <u>har</u> felles stilling innan teknisk/hygiene.</p> <p><u>Forslag til oppgåver for teknisk hygienisk personell</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forvaltning av kap 3 om miljøretta helsevern i Folkehelseloven og tilhøyrande forskrifter</li> <li>• Må samarbeide både med kommuneoverlege og folkehelsekoordinator</li> </ul> <p>Status: Prosjektgruppa laga utkast til plan som følgjer vedlagt.</p>					

# Utkast til plan for miljøretta helsevern for kommunane

## Jondal, Kvam, Ulvik, Granvin og Voss 2016 – 2018

**Innleiing:** Prosjektoppgåve 8 i «Prosjekt Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss» omhandla Miljøretta helsevern. (MHV) Målet var å kome med forlag til framtidsretta løysing av lovpålagte oppgåver i MHV for kommunane Jondal, Kvam, Ulvik, Granvin og Voss.

Rapporten frå prosjektgruppa klargjer kva oppgåver kommunane har innan MHV, lovgrunnlaget og kjem med konkrete forslag til korleis kommunane bør samarbeide for å løyse oppgåvene innan MHV optimalt.

Rapporten konkluderer med at det må utarbeidast plan for MHV med program for tilsyn. Den inneheld og skisse til kva ein slik plan bør innehalde.

Prosjektleiari har starta arbeidet med utarbeiding av plan og laga forslag til tilsynsplan tufta på rapporten frå prosjektgruppa. Prosessen vidare vil bli drøfta i prosjektgruppa 17 september og i styringsgruppa 25 september.

## Del I: Plan for miljøretta helsevern

### Kap. 1: Planoppgåve - Planaktørar

*Planoppgåve:* Miljøretta helsevern er ein lovpålagt oppgåve heimla i Folkehelseloven, kap. 3 Miljøretta helsevern.

§ 8 definerer virkeområde som følgjer; «Miljørettet helsevern omfattar de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfattar blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer»

I tillegg til Folkehelseloven er fleire andre lover relevante for temaet, jfr. Vedlegg. Departementa har vedteke eit stort tal forskrifter inkludert forskrift om å ha internkontrollsystem for å sikre realisering av formålet i Folkehelseloven.

Det er utfordrande for alle kommunar å vere oppdatert på lover og reglar og i tillegg, som folkehelselova § 9 krev «føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innflytelse på helsen, jfr. § 8. Ansvar og oppgaver innen miljørettet helsevern som i denne loven er lagt til kommunen, kan i tillegg til å delegeres etter bestemmelsene i kommuneloven delegeres til interkommunalt selskap.»

§ 30 Internkontroll slår fast at «Kommunen skal føre internkontroll for å sikre at krav fastsatt i eller i medhold av loven her overholdes. Kommunens tilsyn med virksomhet og eiendom i henhold til § 9 skal dokumenteres særskilt, herunder uavhengighet og likebehandling i tilsynet.»

MHV femner både om utøving av mynde, tilsyn og godkjenning, råd- og rettleiingsteneste samt å bidra til at helseomsyn vert følgd opp i areal- og samfunnsplanleggingen.

Tittelen på hovudprosjektet er «Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss». Som det går fram av lovverket, er MHV ein sentral del av folkehelsearbeidet. Det er og i tråd med formålet i Samhandlingsreforma å ha auka fokus på MHV. Tidleg innsats og førebyggjande arbeid skal ha prioritet.

*Planaktør:* Planen femner om kommunane Jondal, Kvam, Ulvik, Granvin og Voss.

## **Kap. 2 Mål**

Formålet med Folkehelseloven, som MHV er ein viktig del av er å; «bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk sykdom, skade eller lidelse.» (§ 1)

Loven krev at kommunane set i verk tiltak og samordnar aktiviteten på ein forsvarleg måte.

Mål – MHV;

### **Sikre innbyggjarane eit trygt og helsefremjande miljø, kostnadseffektivt**

Delmål; Arbeidet skal vere tufta på;

- **God kompetanse**
- **Langsiktig og systematisk innsats**
- **God informasjon til innbyggjarane**
- **Plan for tilsyn og kontroll**

## **Kap. 3: Situasjonsanalyse**

### **Aktuelle område for MHV med statusvurdering**

Plandokument tek utgangspunkt i WHO si liste over oppgåveområde innan MHV. For kvart område er det laga dokumentasjon som viser;

- Aktuelle lover, reglar, rettleiarar m.v.
- Kven som har ansvar for kva, internt i kommunen, statlege organ, andre eigarar
- Kort oppsummering av status og
- Vurdering, framtidig ressursbehov per kommune og totalt i samarbeidande kommunar

. Oversiktsdokumentet er vedlegg til rapporten. Dei områda WHO definer er;

1. Vassforsyning
2. Avløpsvatn, vassureining
3. Avfall og renovasjon
4. Vektorkontroll
5. Ureining av grunn

6. Næringsmiddelhygiene- mat
7. Luftreining
8. Stråling (radon, solarium.) og elektromagnetiske felt
9. Støy
10. Helsetilhøve ved bustader, offentlege bygg og institusjonar (barnehage, skule, frisør/solarium/ hudpleie mm, overnattings- og serveringsstader, institusjonar)
11. Helseaspekt i planlegging
12. Helse i samband med transport
13. Ulukkesførebygging, inkludert beredskap for transportulukker
14. Offentleg rekreasjon og turisme (campingplassar, svømmebasseng, friluftsbad..)
15. Sanitære tiltak ved epidemiar, katastrofar og liknande
16. Omgjevnadshygiene generelt
17. Sosiale miljøfaktorar
18. Ernæring

*Kommentarar til funna i oversiktsdokumentet;* Kartlegginga viser at, jamvel om mykje fungerer bra, så er det forbetningspunkt i alle kommunane innan fagfeltet MHV.

- På fleire område der det er pålagt å ha rutinemessige tilsyn manglar dette.
- Prosedyrar for sakshandsaming og vedtaksmalar er ikkje standardisert/systematisert
- Godkjenning av verksemder: Fleire avvik registrert utan at det har fått konsekvensar
- Einingar med meldeplikt har ikkje meld frå, utan at det er blitt følgd opp av kommunane
- Mange skular (alle i Voss) og barnehagar manglar godkjenning
- Ingen av kommunane har utarbeidd tilsynsplan for spesifikke tilsynsobjekt
- Sentrale aktørar er på etterskot med å halde seg oppdatert på alle lover, forskrifter, rettleiarar mv som finst
- Informasjons- og rådgjevingstenesta er mangelfull.
- Klage og bekymringsmeldingar vert i all hovudsak følgd opp

Oppsummert må ein konstatere at lovkrava om at innsatsen skal vere «forsvarleg, langsiktig og systematisk» ikkje er følgd opp godt nok i kommunane.

Systemet fungerer rimeleg bra når det gjeld planlegging og førebygging, men også her er det forbetningspunkt.

Dei største utfordringane er utvilsamt knytt til kontroll og tilsynsoppgåvene. Men det er og manglar når det gjeld rådgjeving og informasjon. For å kunne betre innsatsen må ein innleiingsvis skaffe oversikt over aktuelle tilsynsobjekt.

### Kartlegging av obligatoriske tilsynsobjekt:

Tal	Kvam	Voss*	Ulvik	Granvin	Jondal
<b>Barneskular</b>	4	8	1	1	1
<b>Ungdoms- skular</b>	3 (2 kombinert med barne.sk)	2 (1 kombinert Med barne-skule)	(1 kombinert med b.sk)	(1 kombinert med b.sk)	1 komb m b.sk
<b>VGS</b>	3, 1 av dei med internat	5 Vgs +1 folkehøg-	1 med internat	1 avd av Voss VGS	0

		skule 2 av desse med internat			
<b>Camping- plassar</b>	10 inkl. oppstillingsplass for vogner	11	1	3 (1 under avvikling)	1 i drift, 1 søkt om bubilparke ring
<b>institusjonar</b>	3 sjukeheimar 3 kompleks med omsorgsbustader	3 sjukeheims- og omsorgsbustad kompleks 1 aldersheim Hagahaugen 6 bufellesskap for PU 1 barneheim	1 sjukeheim	1 sjukeheim	1 sj.heim, 1 bufellesska p
<b>Frisør- og tatoverings- verksemder</b>	12 frisørsal. Tatovering 0?	<b>&gt;20 frisørar og hudpleiesalon gar</b>	2 F, 0 T	1 F	1
<b>Innretning som kan danna aerosol (Kjøletårn og luftscrubbere, store VVS- anlegg...)</b>	Ikkje oversikt	Finst ikkje	Store hotell og industribedrif ter med aircond./ ventilasjonsa nlegg 0?	0	0
<b>Badebasseng, boblebad med off. tilgang</b>	5 badebasseng Stampar på Hardingsete	<b>F+HH +M+ J+O+ o?</b>	3 (skule, 2 hotell)	2? (skule, fysikalsk inst)	1
<b>Hotell</b>	4+4 Overnattingsstad er?	<b>9 hotell, 4 vandrarheim el fjellstove 7-8 hytteutleige</b>	4-5 (inkl Finse)	0 (1 pensjonat)	1 hot, 1 pensjonat sommar
<b>Barnehagar</b>	10	9 kommunale 11 private	1	1	1
<b>Solarium</b>	2+? Ikkje oversikt	<b>Ikkje oversikt, fleire</b>	3	0?	0?
<b>Asylmottak</b>		1 (Bulken + diverse lokal)			
<b>SUM tilsynsobjekt</b>	63	<b>104</b>	20	12	10

*Kommentar:* Tabellen er henta frå rapporten frå prosjektgruppa. Det er over 200 obligatoriske tilsynsobjekt i dei 5 kommunane. I tillegg kjem alle andre objekt der det ikkje er krav om obligatorisk tilsyn og kontroll. Totalt over 300 potensielle objekt.



Underteikna har oppdatert tala for Voss kommune. (**Må sjekke tal frisørar + badebasseng/boblebad med off. tilgang + hotell/hytteutleige + solarium.**)

Kommuneoverlegane (*eller andre*) må kvalitetssikre at tala i eigen kommune er korrekt.

Som referert har leiar i prosjektgruppa utarbeidd forslag til ressursbehov for kommuneoverlege og miljøingeniørkompetanse på 16 av dei 18 områda definert som MHV.

Underteikna har laga utkast til Tilsynsplan for perioden 2016 – 2021. Utkastet følgjer som vedlegg til plan for MHV.

**Kategori I** gjeld tilsyn med objekt der loven krev rutinemessige tilsyn. Det gjeld oppgåve 8, Stråling, 10 Helsetilhøve i bustader, offentlege bygg og 14 Offentleg rekreasjon og turisme.

Det er laga eit enkelt rekneark for å få eit grovt overslag over ressursbehovet. Premissa lagt til grunn er;

- Stipulert behov slik det går fram av oversiktsdokumentet utarbeidd av leiar i prosjektgruppa. Når andre tal er nytta vert det kommentert..
- Det er lagt opp til tilsyn kvart 5 år, i påvente av ROS - analyser

**Kategori II:** Øvrige tilsyn: På heile 15 av dei 18 områda definert som MHV er det ikkje krav om rutinemessige tilsyn. Det gjeld alle punkta med unntak av pkt 8, 10 og 14 som referert.

Jamvel om det ikkje er pålagt med regelmessige tilsyn, må fagpersonell delta i planarbeid, godkjenningssprossar, sakshandsaming, følgje opp aktuelle situasjonar m.v. Kommunane må difor setje av tilstrekkeleg ressursar til å følgje opp oppgåvene. Det er avgjerande for å sikre eit vel fungerande MHV og sikre grunnlaget for god folkehelse i kommunane.

Tidsbruk for oppgåvene lagt inn i reknearket har teke utgangspunkt i vurderingane nedfelt i oversiktsdokumentet frå prosjektgruppa. Rekneark som viser resultat frå kartlegging i detalj med kommentarar følgjer vedlagt.

### **Konklusjonar; Ressursbehov Tilsyn, Kategori 1:**

Kommune	Tal tilsynsobjekt	Tal dagar kommuneoverlege	Tal dagar Miljøingeniør	Sum
Jondal	10	2	4	6
Kvam	65	13	26	39
Granvin	10	2	4	6
Ulvik	18	3,6	7,2	10,8
Voss	113	22,6	45,2	67,8
Sum	216	43,2	86,4	129,6

*Merknad:* For å kvalitetssikre tala må ein;

- Konkretisere type tilsyn (systemtilsyn, inspeksjon m.v. + lage mal med tidsestimat)
- Konkludere kven som skal delta på inspeksjonane. (Døme: Helsesøster + miljøingeniør på barnehagar og skular? )
- Det er lagt inn tilsyn kvart 5 år. Vil bli justert etter RO-analyse
- Ved inspeksjon på frisørar, hudpleie m.v. må ein kunne leggje opp til mange objekt per dag
- Det er ikkje teke høgde for reisetid.

*Oppsummering:* Tabellen gir eit viss inntrykk av ressursbehov for å gjennomføre tilsyn og kontroll med lovpålagt objekt. Kvalitetssikring av grunnlaget er nødvendig.

Tala viser at Voss kommune, naturleg nok, har størst behov. I følgje data er i overkant av 50 % av ressursbehovet der.

### **Ressursbehov: Oppfølging MHV: Kategori II**

Kommune	Tal tilsynsobjekt	Tal dagar kommuneoverlege	Tal dagar Miljøingeniør	Sum
Jondal	16	17,5	6	23,5
Kvam	16	17,5	6	23,5
Granvin	16	17,5	6	23,5
Ulvik	16	17,5	6	23,5
Voss	16	17,5	6	23,5
Sum	80	87,5	30	117,5

*Merknad:* Med få unntak er det lagt til grunn at kvar kommune treng 1 dag til disposisjon på kvart tilsynsområde per år.

For nokre av oppgåvene må ein korrigere for kommunestorleik.

Det som er viktig her er å klargjere kva kommuneoverlege skal gjere og kva som kan delegerast til miljøingeniør, eventuelt andre.

Vi legg til grunn at teknisk avdeling har ressursar til å følgje opp sitt ansvar der dei har delegererte oppgåver. Det same gjeld for folkehelsekoordinator og helsesøster. (?)

### **Samla ressursbehov, Kommuneoverlege og miljøingeniør**

Kommune	Tal tilsynsobjekt	Tal dagar kommuneoverlege	Tal dagar Miljøingeniør	Sum
Jondal	26	19,5	10	29,52
Kvam	81	30,5	32	262,5
Granvin	26	19,5	10	29,5
Ulvik	34	21,1	13,2	34,3
Voss	129	40,1	51,2	91,3
Sum	296	130,7	116,4	247,1

*Merknad:* Metoden gir eit grovt overslag over nødvendig ressursbehov. For endeleg oppsett av tilsynsplan er det ønskjeleg med ROS-analyser/vurderingar. Det vil venteleg føre til ulike frekvens på tilsyn og inspeksjonar m.v..

Til dømes vil det kanskje vere ønskjeleg med hyppigare tilsyn med barnehagar og skular som ikkje er godkjend enn dei som har godkjenning. Med registrert tal tilsynsobjekt vil sjølv sagt tilsynsfrekvens få store konsekvensar for ressursbehovet

## **Kap 4: Drøfting**

Målet er å sikre innbyggjarane eit trygt og helsefremjande miljø til lågast mogleg kostnad.

Oppgåvene i MHV fell naturleg inn i 2 kategoriar;

1. Oppgåver knytt til planlegging, førebygging, rådgjeving og medverknad.
2. Oppgåver knytt til kontroll og tilsyn. Også her vil rådgjeving vere sentralt.

Drøftinga tek utgangspunkt i denne 2-delinga. Dei som skal følgje opp må både ha nødvendig kompetanse og tid til å utføre arbeidet.

### 1. Planlegging, førebygging og rådgjeving, MHV

Lovverket er tydeleg på kva oppgåver kommunane har. I tillegg til Folkehelseloven er både lov om kommunale helse- og omsorgstenester og plan og bygningsloven sentrale.

At MHV vart flytta frå lov og kommunale helsetenester til folkehelseloven er eit klart signal om at dette er eit felles ansvar for all kommunal aktivitet, ikkje berre eit ansvar for helsetenesta. Det er sin naturleg konsekvens av det faktum at berre om lag 10 % av helseutfordringane vert løyst i helsevesenet. Resterande 90 % av utfordringane må løysast i andre sektorar, ikkje minst gjennom aktiv innsats i MHV.

Skal kommunane lukkast, må dei ulike plan og styringssystema fungere saman. Dvs kommuneplan med kommunal planstrategi, oversiktsdokumentet over helsetilstand og påverknadsfaktorar, økonomiplan, årsbudsjett og rekneskap/årsrapport med evaluering.

Det er utfordrande.

Dei statlege styringssignala i lover, forskrifter m.v. er tydelege. Kommunane vert utfordra til å vri ressursbruken frå reparasjon til førebygging. Dokumentasjonen har vist at det finst mange forbetningspunkt, både sentralt og i kommunane.

I kommunehelseloven § 3 står det at kommunane skal «søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemar.» Etter Folkehelselovens § 5 skal kommunane ha «oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.» Plan og bygningslovens § 3-3 krev at kommunane legg til rette for samordna oppgåveløysing. Det skal sikrast gjennom vedtak av kommunal planstrategi, kommuneplan og reguleringsplan m.v.

For å kunne nå målet i planen er det avgjerande at kommunane prioriterer plan og budsjettprosessane slik lovverket legg opp til. Krav til kompetanse og ikkje minst medverknad i planprosessane må følgjast opp.

Fokus må vere på å hindre at problem oppstår, framfor å nytte ressursane på reparasjon.

----

Prosjektgruppa er tydelege på at planprosessane må – som i dag - forankrast i den ein skilde kommune. Det vert og tilrådd at kommunane held fast på etablert praksis med å delegere vedtaksmynde etter kap. 3 i Folkehelseloven til kommuneoverlegen. Det vert vurdert som viktig for å halde fast på kommuneoverlegane sitt engasjement innan fagområdet.

I forslag til prosjektoppgåve 1 Nettverk for folkehelse, og prosjektoppgåve 2 Nettverk for kommunehelse og samfunnsmedisin og er det skissert prosess for korleis det systematisk folkehelsearbeidet kan organiserast. Det skal vere fokus på utarbeiding av oversiktsdokument om helsetilstanden med fortløpande kopling til kommunal planstrategi og kommuneplan, økonomiplan, årsbudsjett og årsrapport.

Nettverksløyisinga i dei 2 refererte nettverksgruppene skal sikre nødvendig samordning av tiltak og tenester mellom deltakande kommunar.

Systemet føreset at kommuneoverlegane får høve til å delta i aktuelle planprosessar, gi uttale til reguleringsplanar, halde seg fagleg oppdatert og får nok tid til disposisjon til å gjere jobben.

Folkehelsekoordinatorane har primæransvar for utarbeiding av oversiktsdokument (?) over helsetilstand og påverknadsfaktorar.

I kvar kommune bør tverrfaglege grupper delta i dei interne prosessane ved utarbeiding av oversiktsdokumenta. Aktuelle deltakarar er kommuneoverlege, kommuneplanleggjar, teknisk personell m.v. Nødvendig samordning på tvers av kommunane skjer i dei respektive nettverksgruppene.

Planen legg til grunn at kommunane legg til rette for at planprosessane vert følgd opp som skissert.

I tillegg må det setjast av nok ressursar til utarbeiding og oppdatering av kommunanes nettsider, og anna informasjon, råd og rettleiingsarbeid. Samarbeidande kommunar bør samarbeidet om dette.

----

I tillegg treng kommunane å byggje opp kompetanse på oppfølging av tilsyns og kontrolloppgåver slik kartlegginga har dokumentert.

## **2. Tilsyn og kontrolloppgåver**

Kommunane har ansvar for å føre tilsyn med miljøfaktorar og verksemdar. Oppfølging er krevjande. Det krev kompetanse innan fagfeltet, men og på tilsynsmetodikk, forvaltningsrett og tid til å gjere jobben.

Det vert ikkje vurdert som berekraftig å byggje opp nødvendig kompetanse på alle aktuelle område i alle kommunane.

Det er ein konklusjon mange kommunar alt har kome fram til. Vi viser til inngått samarbeid mellom Odda, Ullensvang Eidfjord. Andre døme på interkommunalt samarbeid om MHV finn ein i Nordhordland, i Bergensregionen, Hallingdal, Gudbrandsdal, Hamarregionen m.v.

Samarbeid i Hardanger og Voss vil vere ein naturleg konsekvens og vidareføring av tilrådd samarbeid i Nettverk for kommunehelse og samfunnsmedisin. Målet her er mellom anna å styrke fagmiljøet innan samfunnsmedisin. Nettverket skal vere ressursbase for legane, ikkje minst innan MHV. Nettverket skal og ha faste møte med Mattilsynet og nettverk for Folkehelse. Strukturert dialog mellom desse aktørane vil vere avgjerande for å utvikle gode system og tenester i MHV.

Kommuneoverlegen og folkehelsekoordinatorane må, som tilrådd, primært ha fokus på aktiv innsats når det gjeld planlegging, førebygging og rådgjeving.

Kartlegginga viste at svikten er størst når det gjeld tilsyns- og kontrollverksemda i kommunane. Både rutinar, planar, kompetanse og oppfølging er mangelfull.

----

Her følgje konkret vurdering av **ansvar, kompetansebehov, stipulert tidsbruk og val av metode for kommuneoverlege, miljøingeniør, folkehelsekoordinator og teknisk** på dei 18 definerte områda som avgrensar MHV.

**Oppgåve 1 Vassforsyning:** Aktuelle lover: Matlov, lov om helsemessig beredskap, FHL med forskrifter. Ansvar er delt mellom kommuneoverlege etter FHL, Mattilsynet etter Matloven, (godkjenningsinstans med unntak for små private vassverk) private vassverkeigarar har sjølvstendig ansvar for drift, kontroll og oppfølging av vedtak. Teknisk avdeling har ansvar for drift, internkontroll, oppfølging av avvik/klage på kommunale vassverk.

*Vurdering:* Ansvarsdelinga er avklart. Det er ingen rutinemessige tilsyn eller sakshandsaming mot vassverk. Kommuneoverlegane må ha tid og kompetanse til å følgje opp planarbeid og aktuelle situasjonar. Teknisk avdeling må ha tid og kompetanse til å følgje opp drifta, ha fungerande internkontrollsystem og følgje opp eventuelle avvikssituasjonar/klagar vedr. kommunale vassverk. Private eigarar gjer det same.

**Oppsummering - tilråding:** Oppgåvene på området er tilfredstillande dekkja i etablert system som vert tilrådd vidareført.

Årleg ressursbehov per kommune utført av kommuneoverlegen er stipulert til mellom 1 og 3 arbeidsdagar.

Det er ikkje laga estimert tidsbruk for teknisk avdeling/etat. I rapporten legg vi til grunn at dei har både kompetanse og tid til å gjere jobben i samsvar med lovkrava. (?)

- Det vert ikkje vurdert å vere trong for delegering av ansvar og oppgåver til miljøingeniør når det gjeld vassverk. (?)
- Kommunestørrelse vil ikkje vere relevant, ettersom det er kommuneoverlege og teknisk kontor i dei respektive kommunane som følgjer opp i eigen kommune. Mattilsynet som er statleg.

**Oppgåve 2: Avløpsvatn, kontroll med vassforureining:** Aktuelle lover: Forurensings-, folkehelse- og smittevernlova med forskrifter. Alle kommunar har delegert oppfølging av delar av forurensingsloven til teknisk avdeling./etat. Det gjeld godkjenning, kontroll, oppfølging av avvik. (VAR/forvaltning) Kommuneoverlege følgjer opp avvik etter smittevernloven.

*Vurdering;* Ansvarsdelinga er avklart (?) Det er ingen rutinemessige tilsyn eller sakshandsaming.

*Ressursbehov:* Stipulert til 7,5 timar per kommune for kvar kommune for kommuneoverlege.

**Oppsummering – tilråding:** Oppgåvene på området er tilfredsstillande dekkja i etablert system som vert tilrådd vidareført. For at kommuneoverlegen skal kunne følgje opp sitt ansvar er tidsbruken per kommune stipulert til 7,5 timar per år. Det er ikkje trong for å trekkje inn miljøingeniør på fagfeltet. (?)

**Oppgåve 3: Avfallshandtering:** Aktuelle lover: Forurensingsloven, folkehelseloven, smittevernloven med forskrifter.

I kommunane er det teknisk avd./etat som har delegert ansvar for oppfølging av forurensingsloven. Folkehelse- og smittevernlov vert følgd opp av kommuneoverlegen.

IKS som IHM, BIR, Ragn & Sells har ansvar for drift, kontroll og oppfølging av sine objekt.

*Vurdering:* Ansvarsdelinga er avklart. Det er ingen rutinemessige tilsyn eller sakshandsaming. Kommunane må følgje opp ulovleg avfallshandtering. Ettersom ansvaret for oppfølging er delegert til teknisk avdeling/etat (om ikkje dette er gjort – bør det gjerast) må slike saker følgjast opp av teknisk.

*Ressursbehov:* Stipulert til 7.5 timar per år per kommune for kommuneoverlege.

**Oppsummering – tilråding:** Oppgåvene er tilfredsstillande dekkja i etablert system. Planen legg til grunn at alle kommunar har delegert oppfølging av forurensingsloven til teknisk avdeling/etat. Det er ikkje trong for å trekkje inn miljøingeniør på fagfeltet. Stipulert til 7.5 timar per år per kommune for kommuneoverlege.

**Oppgåve 4: Vektorkontroll (skadedyr):** Aktuelle lover: Folkehelse- og smittevernlov med forskrifter.

*Vurdering:* Ingen rutinemessige tilsyn eller sakshandsaming. Campingplassar m.v. har ofte faste avtalar med spesialfirma for kontroll og rådgiving vedr. skadedyr. Oppgåvene er til kommunane er klagesaker, rådgeving m.v.

**Oppsummering – tilråding:** Oppgåvene er tilfredsstillande dekkja i etablert system. For at kommuneoverlegane skal kunne følgje opp sitt ansvar er tidsbruken per kommune stipulert til 7,5 timar per år. Det er ikkje trong for å trekkje inn miljøingeniør på fagfeltet.

**Oppgåve 5: Forureining av grunn:** Aktuelle lover: Forurensingsloven og folkehelseloven med forskrifter.

*Vurdering:* Det er ingen rutinemessige tilsyn eller sakshandsaming. Oppgåvene vil vere involvering i planarbeid og ved aktuelle situasjonar. Spesielt aktuelt ved etablering av leikeplassar, barnehagar og skular.

Ansvarsdelinga mellom teknisk eining/etat og kommuneoverlege er avklart (?)

Ressursbehov for kommuneoverlege er stipulert til 7,5 timar per kommune per år.

**Oppsummering – tilråding:** Oppgåvene er tilfredsstillande dekkja i etablert system. For at kommuneoverlegen skal kunne følgje opp sitt ansvar er tidsbruken per kommune stipulert til 7,5 timar per år. Det er ikkje trong for å trekkje inn miljøingeniør på fagfeltet.

**Oppgave 6: Næringsmiddelhygiene:** Aktuelle lover: Matlov, folkehelselov, smittevernlov med forskrifter.

*Vurdering:* Det er ingen rutinemessige tilsyn eller sakshandsaming. I all hovudsak er det Mattilsynet som følgjer opp fagfeltet. Kommuneoverlege følgjer opp smittevernsaker, røyking og toalett-tilhøve (publikum) Ansvarsdelinga er greitt avklart.

Ressursbehov: Årleg timetal per kommune: Systemarbeid m.v. inntil 15 timar per kommune per år for kommuneoverlegen. Ved utbrot vil det utløyse betydeleg timetak i helsetenesta. (50 – 100 timar per case)

**Oppsummering – tilråding:** Oppgåvene er tilfredsstillande dekkja i etablert system. For at kommuneoverlegen skal kunne følgje opp sitt ansvar er tidsbruken per kommune stipulert til 15 timar per år. Ved epedimier vil ressursinnsatsen auke monaleg, ofte opp mot 100 timar per case. Det er ikkje trong for å trekkje inn miljøingeniør på fagfeltet.

**Oppgave 7: Luftforurensing:** Aktuelle lover: Forurensingslov, folkehelselov med forskrifter.

*Vurdering:* Hovudansvaret ligg hos Miljødirektoratet. Lokalt er oppfølging av forurensingsloven lagt til teknisk. Til dømes luftmålinger, svevestøy. (Voss)

Brannvernet på Voss har kjøpt inn utstyr til registrering av type gass og nivå ved akutt forureining. Brannvesenet må ha utstyr til røykdykking m.v.

Ansvarsdelinga mellom teknisk og kommuneoverlege må klargjerast.

**Oppsummering – tilråding:** Oppgåvene er ikkje godt nok dekkja i etablert system. Ressursbehovet for kommuneoverlege er stipulert til 7,5 timar per kommune per år. I tillegg må teknisk avdeling/etat har nok ressursar og kompetanse. Det er ikkje trong for å trekke inn miljøingeniør på fagfeltet

**Oppgave 8: Stråling:** Aktuelle lover: Strålevernloven, folkehelseloven med forskrifter.

*Vurdering:* I hovudsak er ansvaret plassert hor Statens strålevern. Kommunane sitt ansvar er primært knytt til radon, solarium og debatt om elektromagnetisk stråling frå høgspentledningar.

Kommunane skal godkjenne solarium. Ansvaret bør delegerast til miljøingeniør. (?)

Teknisk avdeling har delegert ansvar for å sjekke radon i nye bustadfelt og offentlege bygg. (Voss bygge og eigedomskontoret)

Vurderingar av elektromagnetisk stråling frå høgspentledningar. Ansvar: Kommuneoverlege?

Det er ingen rutinemessige tilsyn eller sakshandsaming på området. Kommunane må klargjere ansvarstilhøve mellom teknisk avdeling/etat og kommuneoverlegen.

Årleg tiletal per kommune per år er stipulert til 20 timar. (?) Kven gjelder det? Kun kommuneoverlege eller også miljøing/teknisk?

**Oppsummering – tilråding:** Oppgåvene er ikkje tilfredsstillande dekkja i etablert system. (?)  
Må avklare ansvarsdeling og kompetansebehov mellom teknisk, kommuneoverlege og miljøingeniør.

**Oppgåve 9: Støy:** Aktuelle lover: Forurensingslov. Plan og bygningslov, folkehelselov med forskrifter.

*Vurdering:* Det er ingen rutinemessig tilsyn eller sakshandsaming på området. Som tidlegare legg vi til grunn at teknisk avdeling har delegert ansvar etter forurensingsloven. Om ikkje rett instans følgjer opp sine oppgåver så kan kommuneoverlege følgje opp med heimel i folkehelseloven.

Det er nødvendig med gjennomgang av ansvarstilhøva i kommunane mellom;

- Teknisk avdeling/planavdeling/kommuneoverlege/miljøingeniør/politi om ansvarstilhøva.

Ressursbruk: Oppgåvene er involvering i planarbeid og aktuelle klagesaker, som gjerne krev mykje tid. Årleg timetal per kommune: Inntil 16 timar per år for kommuneoverlege.

**Oppsummering – tilråding:** Ansvarstilhøva må klargjerast. Det same gjeld kompetanse og tidsbruk.

## **Oppgåve 10: Helsetilhøve ved bustader, offentlege bygningar og institusjonar**

**10.1 Skular og barnehagar:** Aktuelle lover: Plan og bygningsloven og folkehelseloven med forskrifter.

*Vurdering:* Eigar av bygningane har ansvar for bygningar og vedlikehald.

Kommuneoverlegen har ansvar for å vere pådrivar for å ivareta helsa til barn og unge. (?)  
Kven er barnas representant i Voss ?

Arbeidstilsynet skal ivareta helsa til dei tilsett.

Det er utarbeidd Veileddarar for Barnehage og skule. (IS-2072 og IS 2073)

Det skal vere rutinemessige tilsyn og kontroll med skular og barnehagar. Det må utarbeidast plan for gjennomføring av tilsyna. Dagens system er ikkje tilfredsstillande.

Ressursbruk: 3 dagar per objekt til planlegging, gjennomføring og oppfølging av kvart tilsyn.

**Oppsummering - tilråding:** Utkast til Tilsynsplan vert utarbeidd. Forslag til plan følgjer vedlagt. Planen klargjer ansvar, kompetanse, tid og tilsynsmetode. I forslaget vil miljøingeniør og helsesøster få hovudansvar for tilsynsarbeidet ved skulane. Andre kan og bli trekt inn ved behov.



**10.2 Frisørar, solarium, hudpleie:** Aktuelle lover: Folkehelseloven og strålevernloven (solarium) med forskrifter.

*Vurdering:* Ansvarsdelinga mellom statens strålevern og kommunane er klar. Frisørsalongar og hudpleieverksemder har meldeplikt. Solarium krev godkjenning.

System med meldeplikt fungerer ikkje. Det er pliktig rutinemessige tilsyn og kontroll utan at dette vert følgd opp.

Ressursbehov: Systemarbeid med vedlikehald av rutinar 7,5 timar per år for miljøingeniør ? I tillegg kjem faste tilsyn annakvart år. (?)

**Oppsummering – tilråding:** Dagens system må endrast. Tilsynsplan må utarbeidast. Utkast til plan følgjer vedlagt. Frekvens og metode må avklarast. Miljøingeniør solo?

**10.3 Overnattings og serveringsstader:** Aktuelle lover: Matloven, serveringsloven, plan og bygningloven (brann), folkehelseloven med forskrifter.

*Vurdering:* Ansvarsdelinga mellom kommunane og statlege tilsynsorgan er avklart. Det er ikkje etablert rutinemessige tilsyn og sakshandsaming. Det må på plass.

Ressursbehov: 3 dagar per verksemd til førebuing, gjennomføring og oppfølging av tilsyn/kontroll.

**Oppsummering tilråding:** Tilsynsplan må utarbeidast. Tilsyn vert gjennomført av .....

**10.4 Institusjonar:** Aktuelle lover: Folkehelselov og PBL med forskrifter. (brann?)

*Vurdering;* Rutinemessige tilsyn manglar i dei fleste kommunane.

Ressursbehov: 2 dagar per tilsyn med tilsyn kvar 5 år.

**Oppsummering tilråding:** Tilsynsplan må utarbeidast og ressursar til gjennomføring skaffast. Tilsyn vert gjennomført av Kol + ?

**Oppgåve 11: Helse i planlegging.** Aktuelle lover. Pbl, Kommunelova, FHL

*Vurdering:* Nøkkelen til suksess er at kommunane følgjer opp intensjonar i dei aktuelle lovene som referert. Folkehelseloven med forskrift krev at helseaspektet skal ivaretakast gjennom ordinære planar, strategiar og godkjenningssprossar.

Saksbehandling etter PBL krev og at folkehelseperspektivet og MHV skal ivaretakast.

Det krev gods rutinar for planprossar, frå kommuneplan og reguleringsplanar til temaplanar og økonomiplanar og årsbudsjett.

Ressursbehov:

- 37,5 timar per år per kommune for KOL?
- Folkehelsekoordinator'

- Miljøingeniør?
- Teknisk?
- Andre?

**Oppsummering – tilråding:** Kommunane må sikre at helse i plan vert følgd opp i alle plan og godkjenningsprosessar.

**Oppgåve 12: Transport, helseforhold i samband med transport:** Aktuelle lover: PBL, FHL, lov om helsemessig beredskap.

*Vurdering:* Staten har ansvar på statlege vegar og NSB, fylkeskommunen på fylkesvegar og kommunane på kommunevegar. Ingen rutinemessige tilsyn eller sakshandsaming. Oppgåvene er involvering i planarbeid og aktuelle situasjonar.

**Oppsummering – tilråding:** Utfordringa må primært bli følgd opp i beredskapsplanarbeidet. I dei fleste kommunane er det vel teknisk som ansvaret. Ressursbehov: 7,5 timar per kommune per år. Beredskapsarbeid og aktuelle situasjonar. (Beredskapsplanleggjar + kommuneoverlege)?

**Oppgåve 13 – Ulykkesførebygging:** Aktuelle lover: PBL, FHL, lov om helsemessig beredskap med forskrifter.

*Vurdering:* Ingen regelmessige tilsyn eller sakshandsaming. Ressursbehov: 7,5 timar per kommune per år. Kven? (KOL ? – beredskapsplanlegging?) I Voss er dei leiar for byggesak som har ansvar for beredskapsplanarbeidet (bakgrunn frå politi) Vert ulykkesførebyggjande arbeid dekkja gjennom dette planarbeidet? Kartlegge – tiltak= mye arbeid: Safe community?

**Oppsummering – tilråding:** Dekka gjennom arbeidet med oversiktsdokument over helsetilstand og påverknadsfaktorar og vidare oppfølging av dette i Kpl, øk.pl, årsbudsjett?

FHK + lokalt team + nettverksgrupper.

**Oppgåve 14 Offentleg rekreasjon og turisme:** Aktuelle lover: FHL med forskrifter.

#### 14.1 Campingplassar

*Vurdering:* Følgje opp Tilsynsplan. Gjennomføring av tilsyn: Miljøing + helsesøster?

#### 14.2 Svømmebasseng

*Vurdering:* Følgje opp Tilsynsplan. Gjennomføring av tilsyn: Miljøing + helsesøster?

#### 14.3 Friluftsbad

*Vurdering:* Følgje opp Tilsynsplan. Gjennomføring av tilsyn: Miljøing + helsesøster?

**Oppgåve 15: Sanitære tiltak i samband med epidemiar, katastrofar og liknande:**

Aktuelle lover: Lov om helsemessig og sosial beredskap. Smittevernlov. FHL med forskrifter.

*Vurdering:*

**Oppgåve 16 Omgivelseshygiene generelt:** Aktuelle lover: FHL, Kommunehelseslov, PB.

*Vurdering:* Oppgåva er definert slik at alt som ikkje er lista opp under andre punkt, og som kan påverke helsa kjem inn under denne overskrifta.

Ansvar er kommunalt. Alle kommunal einingar har ansvar for å følgje opp på sine område.

Ressursbruk: KOL 7,5 timar per år. +++ Alle kommunalt tilsette....

**Oppgåve 17: Sosiale miljøfaktorar:** Aktuelle lover: FHL + KHL + sosialtjenesteloven

**Oppgåve 18 Ernæring:** Aktuelle lover: FHL + Stjl +????

Oppsummert – 18 punktliste:

Som skissert innleiingsvis vert det tilrådd at kommunane delegerer ansvar for oppfølging av kap. 3 i FHL til kommuneoverlegen i dei respektive kommunane.

Det vert lagkvalitet, t til grunn at kommunane følgjer opp lovpålagte oppgåver knytta til plan og budsjettprosessane forsvarleg i kvar kommune.

For å ivareta tilsyns og kontrolloppgåver vert det tilrådd oppretta ny stilling for miljøingeniør.

Stillinga får ansvar for oppdatering og gjennomføring av utarbeidd forslag til plan for Tilsyn i samarbeidande kommunar. Plangruppa ser slik felles ressurs nødvendig og føremålsteneleg for å sikre kvalitet på arbeidet. (sårbar – Plomma + Odda?) Bytte Eidfjord og Jondal?

Prosjektgruppa er fullt ut samde om at løysinga er å opprette felles stilling for miljøingeniør.

Kommuneoverlegane skal fortsatt ha delegert ansvar for MHV etter kap. 3 i Folkehelsesloven, Miljøingeniøren får delegert oppgåver som gjeld kontroll og tilsyn der dette er føremålstenleg. Avgrensing av oppgåvene vert fastsett etter konkret gjennomgang av dei 18 områda som innleiingsvis avgrensar MHV.

Stillinga vert tilrådd lokalisert til Kvam herad der Mattilsynet har hovudkontor. (Plomma) Det er viktig at stillinga vert tilknytta eit fagmiljø.

## **Kap 5: Planframlegg**

Det vert etablert formalisert samarbeid mellom kommunane Jondal, Kvam, Ulvik, Granvin og Voss om MHV etter følgjande modell;

1. Ansvar for MHV, kap 3 i FHL skal framleis ligge i den enskilte kommuine.

2. Oppgåvene vert delegert til kommuneoverlege
3. Det vert oppretta felles stilling for miljøingeniør med mandat som skissert i planen (Handle etter fullmakt frå dei respektive KOL)
4. Stillinga vert lokalisert til Kvam herad med Kvam som vertskommune.
5. Finansiering: (Etablering (utstyr: Innkjøp av instrumenter, kostnader til stikkprover, kurs komp. Heving, faglitteratur, informasjonsmateriell, arbeidstøy, sikkerhets og verneutstyr, pc, iphone, inneklimalogg, kamera, støy og temperaturmålar, kontorfasiliteter, reise) drift.)
6. Oppstart – evaluering

## Handlingsplan

Hovudmål	Tiltak	Tid	Økonomi
Sikre innbyggjarane eit trygt og helsefremjande miljø, kostnadseffektivt	Opprette stilling for miljøingeniør	2016	800.000.-
	Utarbeide plan for internkontrollsystem for MHV		
	Utarbeide Tilsynsplan		
	Informasjonsbrosjyre		

Delmål	Tiltak	Tid	Økonomi

7. Utkast til plan for tilsyn vert godkjent

## Del II: Plan for miljøretta helsevern tilsyn for peiroden 2016 - 2021

Risikovurdering av tilsynsobjekt.

**Om planforslaget:** Forslag er utarbeidd med utgangspunkt i tabellen ovanfor som er utarbeidd av prosjektgruppa.

Gjennomgangen viser at det ikkje er lovpålagt med rutinemessig tilsyn på 15 av dei 18 områda som er definert som MHV. Desse områda er; 1 Vannforsyning, 2, Avløpsvatn, 3 Avfallshandtering, 4, Vektorkontroll, 5, Forureining av grunn, 6 Næringsmiddelhygiene, 7 Luftforureining, 9 Støy, 11 Helse i plan, 12, Transport, 13 Ulykkesførebygging, 15 Sanitære tiltak i samband med epidemiar, katastrofar og liknande, 16 Omgivelseshygiene 17 Sosiale miljøfaktorar og 18 Ernæring.

Dei områda kommunane må ha rutinemessig tilsyn og kontroll med er følgjande; 8 Stråling, 10 Helsetilhøve i bustader, offentlege bygg og institusjonar og 14 Offentleg rekreasjon og turisme.

På sikt kan den vere føremålsteneleg å utvide tal område med rutinemessig tilsyn og kontroll også på ande område.

Tilsyna er ført opp i prioritert rekkefølge i tabellen.

Prioriteringa tek utgangspunkt i sannsynlegheten for at feil kan skje og der konsekvensane av feil kan bli alvorlege for liv og helse.

*(I dei fleste tilfella ligg risikovurderingar til grunn for prioriteringane. Obligatoriske – ikkje behov for risikovurdring? – Se tab 2 og 3 s. 10 Ringerikeplan.! )*

Utarbeiding av tilsynsplan er nødvendig for å følgje opp krava i Lov om folkehelse § 30 Internkontroll.

Mål	Utvikle og optimalisere miljøretta helsevern
Formål	Sikre systematisk, forutsigbart og rettferdig tilsynsarbeid
Ansvar	Kommuneoverlegen
Gjennomføring	Kommuneoverlegen, eller den oppgåva er delegert til
Målgruppe	Alle innbyggjarane, men høgst fokus på barn og unge
Risikobasert tilsyn	Tilsyn vert gjennomført der det er størst sannsynleghet for at noko kan gå galt og der konsekvensane av feil er store
Lovheimel	Lov om folkehelse

<b>Type tilsyn</b>	<b>Metode</b>
Systemtilsyn	Dokumentgranskning, intervju, inspeksjon, stikkprøvar i organisasjonen
Tematilsyn	Intervju, inspeksjon, stikkprøvar i organisasjonen
Inspeksjon	Synfaring av lokal og uteområde, innsyn i dokument

Stikkprøve	Til dømes foto, video, temperatur-, luft-, lyd eller lys målinger, vann prøvar, materialprøver m.va
Sjølvevaluering	Verksemder rapporterer på førespurnad frå tilsynsmynde

## Program for miljøretta helsevern tilsyn 2016 – 2018

### PLANLAGTE TILSYN I PERIODEN 2016 – 2018

#### Kategori 1: Verksemder, lokale og eigedomar som er tilgjengelege for ålmenta

Lov og forskrift	Type verksemd	Fre-kvens	Tilsyns-kriteria	Tilsyns Metode	Tilsynsperiodar		
					2016	2017	2018
Forskr om MHV i barnehagar og skular § 25	Barnehagar grunnskular vidaregåande skular	Kvart 5 år (3?)	Smittevern inneklima Psykososialt miljø, fysisk miljø, ulykkesrisiko internkontroll	Systemtilsyn Tematilsyn  Inspeksjonar  Sjølvs – Evaluering	Heile året	Heile året	Heile året
Forskrift om MHV § 6 Tilsyn og verkemiddel	Turistverksemd Overnattings og serv.stader Institusjonar Asylmottak	Kvart 5 år	Smittevern Inneklima Sanitære tilhøve Sosialt miljø Ulykkesrisiko Internkontroll	Systemtilsyn  Tematilsyn og  Inspeksjonar	#	#	#
Forskr. Om hygiene krav i frisør, hudpleie m.v. § 8	Frisør, hudpleie	Kvart 5 år?	Smittevern Fysisk miljø Internkontroll	Inspeksjonar	#	#	#
Forskr. om badeanlegg m.v. § 19	Private og off. badeanlegg for publikum	Kvart 5 år	Internkontroll Sanitære tilhøve Badevanns-Kvalitet, vannbehandling Smittevern	Tematilsyn	H,v,v  ??	#	#

Med dette programmet vil alle område der det er krav om rutinemessig tilsyn og kontroll vere dekkja. Tilsyn med barnehagar og skular er gitt høgst prioritet.

Tilsynsplanen vert rullert årleg.

Det må utarbeidast mal for korleis gjennomføringa av dei ulike tilsyna skal skje.

*Kven skal delta:* (varierte med type tilsyn) Kommuneoverlege – miljøingeniør – tekn./fagpersonell/FHK ?.

*Stipulere tidsbruk:* Unnis forslag utgangspunkt for ny vurdering.

Kome fram til estimat over nødvendig tidsressurs på å gjennomføre planen. (NB; Reisetid.)

----

(Ringerike kommune har og laga program tilsyn der frekvensen er «**ved behov**»

Kan ikkje heilt sjå nytteverdien av denne. Dersom kommunane mottok avviksmeldingar på nokre av dei 18 områda lista opp som MHV må kommunane følgje opp med nødvendige

tilsyn/tak i samsvar med lover og internkontrollsystem. Bør ikkje vere nødvendig med særskilt program for dette eller??) Må sjølvstendig setje av ressursar til formålet.

Det må og utarbeidast vurdering av nødvendig kompetanse/tidsbruk til å følge opp lovkrava på alle øvrige område som ikkje har pålegg om rutinemessig tilsyn og kontroll.

Unni har laget forslag også her, som greitt utgangspunkt.

*Rekneark med dokumentasjon på alle 18 område må utarbeidast.*

Poeng;

- Kompetansekrav
- Godkjenningpliktige og meldepliktige verksemder
- Delegasjon av mynde
- Sakshandsaming – MHV
- Rutinar for klagebehandling
- Merknader i plansaker
- Dobbeltrolle: uavhengighet.

.

Lokalisering: Mattilsynet er sentral samarbeidspartnar i MHV. Hovudkontoret er lokalisert til Kvam. Det vert difor tilrådd å lokalisere ny stilling for miljøingeniør til Kvam. (Reisetiddebatt!)

Organisering: Kvam vert vertskommune for miljøingeniørstillinga

Finansiering: Modell? Registrert tidsbruk – folketal med fastdel?

Drøfte: Bytte Eidfjord og Jobdal? Følgje lokalsjukehusområda!

Poeng;

- Kompetansekrav
- Godkjenningpliktige og meldepliktige verksemder
- Delegasjon av mynde
- Sakshandsaming – MHV
- Rutinar for klagebehandling
- Merknader i plansaker
- Dobbeltrolle: uavhengighet.

.

Lokalisering: Mattilsynet er sentral samarbeidspartnar i MHV. Hovudkontoret er lokalisert til Kvam. Det vert difor tilrådd å lokalisere ny stilling for miljøingeniør til Kvam. (Reisetiddebatt!)

Organisering: Kvam vert vertskommune for miljøingeniørstillinga

Finansiering: Modell? Registrert tidsbruk – folketal med fastdel?

Drøfte: Bytte Eidfjord og Jobdal? Følgje lokalsjukehusområda!

- *Ansvar*
- *Tid (Info til innbyggjarar/objekt)*
- *Kompetanse*
- *Metode (plan for tilsyn – langsiktig og systematisk)*

Stikkord:

- Oversyn over tilsynsobjekt
- Utarbeide risikobasert tilsynsplan
- Oppfølging av godkjenningspliktige objekt
- Oppfølging av meldepliktige objekt
- Klage og sakshandsaming av miljømessige tilhøve
- Innspel til kommunanes planarbeid inkl. reguleringsplanar
- Ulykkesførebyggjande arbeid/kampanjer
- Informasjon og faktgrunnlag til oversiktsdokument om helsetilstand og påverkningsfaktorar



# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## 1 Hovudprosjekt

### « Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss» 2014-2015

Styringsgruppa har vedteke at det i 2014-2015 skal arbeidast med 9 ulike oppgåver. Prioriterte oppgåver: Oppgåvene 1 - 5. Andre oppgåver: Oppgåvene 6 – 9

<b>Oppgåve nr. 9</b>	Etablere nettverk mellom sjukeheimslegar omkring sjukeheimsmedisin og ØH-døgntilbod gjennom «Nettverk sjukeheimsmedisin».	
<b>Nettverk sjukeheimsmedisin</b>		
<b>Leiar, prosjektgruppa</b>	Lars Riise	
<b>Medlemar, Prosjektgruppa</b>	Lars Riise	Sjukeheimslege Kvam
	Cecilie Ellingsen/?	Lege, Voss
	Laima(Laimute) Krisciuniene	Sjukeheimslege Eidfjord
	Narges Behzad Tapok	Sjukeheimslege Granvin
	Behzad Tapook	Sjukeheimslege Ulvik
	Agnieska Bratland	Sjukeheimslege Ullensvang
	Tora L. Alvsåker	Sjukeheimslege Jondal
	Ivar Fylkesnes	Sjukeheimslege Odda
<b>Mål</b>	Å etablere fagleg nettverk mellom sjukeheimslegane for å utvikle kompetansen i sjukeheimane	
<b>Mandat</b>	Nettverket skal vurdere kompetansebehov og tiltak for å utvikle sjukeheimsmedisinen i kommunane.	
<b>Oppgåve</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vurdere behov for eige lærenettverk i regionen, evt. samarbeid med Fylkesmannens nettverk for sjukeheimslegar og føreslå organisering</li> <li>2. Kartleggja organisering av sjukeheimslege/ tilsynslegeordninga, omfang og oppgåver i samarbeidskommunane</li> <li>3. Saman med sjukehusa og pleie- og omsorgstenestene i kommunane vurdere felles satsingsområde og felles kompetanseheving / kurs / seminar</li> <li>4. Vurdere og evt. føreslå felles rutinar / prosedyrar for behandling av</li> </ol>	

## Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

	<p>sjukeheimspasientar</p> <p>5. Vurdera behov for samarbeid mellom kommunane om felles organisering av sjukeheimslegeordninga i felles stillingar</p>
<b>Økonomi</b>	Tiltaka som prosjektgruppa legg fram skal legge vekt på effektivisering av eksisterande tenester. Endringane skal ha ein positiv verknad på kvalitet, kompetanse og ressursbruk. Ved tiltak som krev auka ressursar, må prosjektet legge fram konkrete tal og døme på at den samla ressursråma vert lik eller mindre dagens nivå.
<b>Merknader</b>	Prosjektgruppa hadde eitt konstituerande møte 11 november 2014 der det vart semje om arbeidsmetodikk. Kartleggingsarbeidet var klart i april 2015. Etter det har det vore jobba for å få fram notat om tematikken til møte i styringsgruppa 5 juni. Endeleg rapport vil vere klar til møtet i styringsgruppa 25 september.

**Generell bakgrunnsinformasjon:** Både i rapportar frå statens helsetilsyn, fylkeslegen i Hordaland og ulike forskingsrapportar vert det konstatert at det er klare forbetningspunkt når det gjeld legetenestene i sjukeheimssektoren. For små stillingsheimlar, mangelfull kompetanse/kontinuitet, feilmedisinering, «Hver tredje sykehjemspasient over 65 blir feilmedisinert» jfr. doktorgradsavhandling, 2012 «Færre legemidler ga eldre bedre liv» Prosjektrapport frå sjukeheimar i Oslo m.v.

Samhandlingsreforma og det faktum at kommunane har fått ansvar for døgnbasert øyeblikkeleghjelp tilbod forsterkar behovet for nytenking/utvikling av sjukeheimsmedisinen.

Det er difor mange gode grunner til å vurdere forbetningspunkt på dette området i regionen.

### **Del I : Vedtekne lokale normer for legetenester i sjukeheimar**

**Opplegg:** Alle kommunane vart i 2007/2008 utfordra til å utarbeide lokale normer for legetenester i sjukeheimane. Bakgrunnen var Rundskriv I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem frå helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet utarbeidde ein rettleiar for planprosessen i kommunane.

Vedtekne lokale normer skulle meldast til fylkeslegen i Hordaland innan 31.12.2007.

**Vedtekne lokale normer for legetenester i sjukeheimar;** (Manglar info frå Odda, Eidfjord og Granvin.)

**Kvam: Vedtak:** Følgje norm for legetenester utarbeidd av legeföreningen. Denne er som følgjer;

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

- «1 uketimer per 3 langtidsplasser, dvs. minst 1 legeårsverk per 90 pasienter
- 1,5 uketimer per korttidsplass for opphold av 3–4 ukers varighet, dvs. minst 1 legeårsverk per 20 pasienter
- 3 uketimer per 1 rehabiliteringsplass for mer aktiv utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold, dvs. minst 1 legeårsverk per 10 pasienter
- 1 uketimer per 2 plasser i spesialavdelinger for demente med atferdsproblemer, dvs. minst 1 legeårsverk per 60 pasienter
- 5 uketimer per plass beregnet for palliativ behandling og/eller terminalomsorg, dvs. minst 1 legeårsverk per 6 pasienter.»

Organisering: Alle legane er pålagt off. oppgåver. 3 av fastlegane er pålagt tilsynslege oppgåver i tillegg til lege i 100% stilling.

Kontor og utstyr: Bør vere same standard som eit legekantor.

**Ulvik: Vedtak:** 0,36 veketimar per pasient per veke. Tilbodet vert levert av fastløna kommunelege eller privat fastlege etter avtale.

*Jondal:* Vedtatt norm, 2008: Ved Vikevollen skal det vera legedekking på 7,5 timar per veke, dette skal vera ein fast dag i veka. Dette gjev eit tal legetimar per veke per bebuar på sjukeheimen på 0,27 timar. Det er i dag 21 langtidsplassar og 2 korttidsplassar ved sjukeheimen. (Utgangspunktet for utrekninga har her vore 28 langtidsplassar.)

*Ullensvang:* 0,33 timer per pasient per veke i snitt. Tilbodet er delt på 2 institusjonar: Bråvolltunet med 31 plassar. Av desse er 4 korttids-, 1 rehabiliteringsplass, 8 plassar i dementavdeling. 29,3 % stilling. Dekningsgrad: 0,35 legetimar per pasient per veke. Utneheimen: 29 plassar. Av desse er 4 korttids- og 1 rehabiliteringsplass. 24 % stilling. Dekningsgrad 0,31 legetimar per pasient per veke. Tilbodet vert utført av fastløna kommunelegar.

*Voss:* Vedtatt norm;

- Langtidsplass sjukeheim: 0,25 time per pasient per veke
- Korttidsplass, sjukeheim: 1 time per pasient per veke
- Palliativ pasient: 5 timer per seng per veke
- Vekselpleiepasient: 0,3 timer per pasient per veke

I tillegg vart det presisert at omsorgsbustadene ved Vossestrand omsorgssenter skulle reknast som langtidsplassar, i sjukeheim. (9 plassar)

I 2008 hadde Voss 55 legetimar til disposisjon på 174 plassar. Det gav dekning på 0,32 legetimar per bebuar per veke. Tiltrådd norm utløyste trong for 14,5 nye legetimar og ein dekningsgrad på 0,39.

For kommunane Granvin, Eidfjord, og Odda manglar informasjon.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

**Oppsummering – lokale normtal:** Bestillinga frå helse og omsorgsdepartementet var å utarbeide lokale normer tufta på *lokale* behovsvurderingar.

Kommunane har konkludert særst ulikt. Kvam herad valde å følgje tilrådinga frå legeföreninga. Fleirtalet av øvrige kommunar landa på dekningsgrad på normtal som låg om lag på det halve. Vedtaka vart formidla til fylkeslegen i Hordaland, som godkjente alle lokale vedtak.

Sentrale myndigheiter konkluderte seinare med at det ikkje skulle utarbeidast statlege normtal for lededekning i sjukeheimar.

## **Avvik mellom vedtekne lokale normer i 2008 og tilbodet i 2014/2015.**

*Kvam:* Tilbodet i 2015 er i samsvar med vedtatt lokal norm. Etter kostrastatistikken for 2014 har Kvam 0,80 legetimar per veke per pasient i sjukeheim.

*Ulvik:* Tilbodet i 2015 er i overkant av vedtatt lokal norm. Kostrastatistikk for 2014 viser 0,44 legetimar per veke per pasient

*Voss:* Det er gjennomført endringar i tal plassar og fordelinga mellom langtids- og korttidsplassar etter 2008. Kostrastatistikken for 2014 viser 0,28 legetimar per pasient per veke. Legedekninga er under nivået i 2008 og markert under nivået i vedtatt normtal frå 2008.

*Ullensvang:* Kostrastatistikken for 2014 viser 0,45 legetimar per pasient per veke. Det er over vedtatt lokal norm.

*Jondal 2015:* Det er fortsatt legedekking på 7,5 timar per veke. Etersom pasienttalet er redusert er dekningsgraden i 2015 høgare enn vedtatt norm. Kostrastatistikken for 2014 viser snitt på 0,31 legetimar per pasient per veke. (Tilbodet er fordelt på to føremiddagar i veka. I dette inngår også rask og fleksibel legehjelp ved behov utanom fast visittid, og legen kan ved behov kontaktast på telefon på ettermiddag og kveld. Per bebuar per veke gjev dette ei legedekking på 0,33t legetime. Det er då ikkje differensiert timebruk mellom korttids- og langtids plassar. Tilsynslegefunksjonen ligg til kommuneoverlegen. Den andre kommunelegen er vikar ved tilsynslegen sitt fråver.)

*Eidfjord:* Kostrastatistikken viser 0,59 legetimar per pasient per veke.

*Granvin:* Ikkje levert inn data for 2014. I 2013 er det rapportert inn dekningsgrad på 0,92. (Må vere feilrapportering) I perioden 2008 til 2012 varierer talet mellom 0,14 og 0,25).

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## Oppsummering

Tabell over innrapporterte tal for legedekninga i sjukeheimar i perioden 2008 – 2014 følgjer vedlagt.

Har og lagt ved innrapporterte kostradata for perioden 2008 – 2014 når det gjeld;

1. tal sjukeheimsplassar og
2. årsverk av legar i institusjon
3. legeårsverk per 10 000 innbyggjarar i kvar kommune

Innsamla data viser at det er store forskjellar mellom kommunane når det gjeld legetimar per pasient per veke i sjukeheimssektoren. Med få unntak har tilbudet vore stabilt over tid.

Tal legetimar per pasient per veke er definert som kvalitetsindikator i kostrasystemet.

Data viser at Kvam herad har satsa mest på denne tenesta, (0,8) Voss kommune minst. (0,28) Voss ligg og markert under vedtatt lokal norm frå 2008.

Dekningsgraden i øvrige kommunar varierer mellom 0,31 og 0,64. For kommunane som har svart er dette i samsvar med vedtekne lokale normtal frå 2008.

Mange kommunar har i tillegg til normert tid etablert løysingar der lege kan kontaktast kvardagar fram til legevakt tek over. Det er eit viktig element i tilbudet som gir trygghet for pasientar og tilsette i sjukeheimane. Resultatet er venteleg redusert trong for innlegging i spesialisthelsetenesta.

Til orientering var snittet i Hordaland 0,59 og i landet 0,50 i 2014.

## **Del II: Endre rammevilkår og utviklingstrekk, 2008 – 2015.**

I rundskriv I-4/2007 ble oppgåvene til legetenesta i sjukeheim summert opp som følgjer;

- »god medisinsk behandling ved akutt og langvarig sykdom
- god utredning og observasjon av beboerne på kort- og langtidsopphold
- forsvarlig medisinerer
- et godt samarbeid med fastlegen, hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten (avklare ansvarsforhold med andrelinjen både i enkeltsaker og på systemnivå)
- god oppfølging etter opphold i spesialisthelsetjenesten
- god kommunikasjon med pårørende og det øvrige personalet»

Desse styringssignala ligg fast. Den statlege reforma som i størst grad har endra ramme føresetnandane for legetenesta i sjukeheimane er Samhandlingsreforma som vart sett i verk frå 01.01.2012.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Samhandlingsreforma vart presentert som ein retningsreform for å møte «dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer.» Løysinga som vart skissert innebar «å legge økt vekt på forebygging, tidlig intervensjon, diagnostisering, behandling, rehabilitering og nødvendig omsorg.»

Samhandlingsreforma føresette at kommunehelsetenesta skulle få ein ny og forsterka rolle. Med relevans for sjukeheimssektoren er spesielt utfordringane knytta til måla om;

- «å fjerne 150 000 liggedøgn i sjukehusa for utskrivingsklare pasientar»
- auka satsing på habilitering, rehabilitering og
- innføring av øyeblikkeleghjelp døgnoophald i kommunane av interesse.

Lover og forskrifter vart endra. Forskrift om betaling for utskrivingsklare pasientar, pålegg om kommunal etablering av ØH-døgntilbod og krav om å inngå samarbeidsavtalar mellom kommunar og helseføretak er spesielt relevant for legetenester i sjukeheimane.

I Helse Bergen er det inngått overordna samarbeidsavtale mellom spesialisthelsetenesta og kommunane og i alt 12 samarbeidsavtalar for å følgje opp dei lovpålagte pliktene som følgjer av Samhandlingsreforma.

Tenesteavtale 3 og 5 gjeld retningslinjer for samarbeid om innlegging i og utskriving frå spesialisthelsetenesta.

Tenestsavtale 4 gjeld kommunane sitt tilbod om døgnoophald for øyeblikkeleg hjelp.

Tenesteavtale 6 gjeld retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for fagleg nettverk og hospitering

Tenesteavtale 7 gjeld samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.

*Særavtale om døgnoophald for øyeblikkeleghjelp i Voss lokalsjukehusområde;*

Voss kommune og Helse Bergen signerte 21.02.2013 avtale om å starte opp tilbod om ØH-døgntilbod frå oktober 2013. Parallelt med dette vart det inngått to-sidige samarbeidsavtalar mellom Voss og kommunane Ulvik, Granvin, Eidfjord og Kvam (natt) om å dekke ØH-tilbodet i samsvar med avtalen.

Inngått avtale regulerer kva type pasientar som er aktuelle for tilbodet (kap. 4) I kap 7 er ansvars- og oppgåvedelinga definert. Her er det detaljerte krav om legedekning som må følgjast opp.

Ettersom Ulvik, Granvin og Eidfjord har vedtatt å kjøpe desse tenestene frå Voss vil ikkje dette tilbodet utløyse nye krav til legedekninga i desse kommunane.

Voss og Kvam må følgje opp krav til kvalitet slik det er nedfelt i inngåtte avtalar. Alle inngåtte avtalar finst på [www.saman.no](http://www.saman.no)

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Tilsvarande opplegg er gjennomført i Helse Fonna. Odda kommune har inngått vertskommuneavtale med Ullensvang og Jondal om etablering av ØH-senger. Odda kommune har inngått avtale med Helse Fonna om å kjøpe desse tenestene frå lokalsjukehuset i Odda

*Aktuelle erfaringar etter iverksetting av Samhandlingsreforma; FOU-prosjekt utført av IRIS og NSDM med tittel «Samhandlingsreformens konsekvenser for pleie og omsorgstilbudet» har nylig presentert sine resultat. (Rapport finst på KS sine nettsider)*

## *Hovedfunn;*

- Tal utskrivingsklare pasientar (UP) har auka dramatisk. I 2014 ble 84.269 UP meldt. (Auke på 89 % frå 2012) 76 % av desse vart tatt i mot i kommunane same dag.
- UP er sjukare enn før SHR. Meir behandlingkrevjande og/eller meir komplekse sjukdomstilstandar
- Skifte i kommunehelsetenesta:
  - Auka fokus på behandling og pleie av kort varigheit og av meir spesialisert karakter
  - Vekst i andel korttidsplassar og plassar innan habilitering/rehabilitering. Dette skjer primært gjennom omgjerding av langtidsplassar.
  - Korttidsplassar vert samla på ein institusjon
  - Fokus på målretta og korte opphald
  - Auka sjukepleie- og legeressurs knytta til korttidsplassane gir auka status
  - Kommunane har fokus på å unngå «bøter»
  - Kork på institusjonsplassar;
    - Gjeld både rehabiliterings- korttids- og langtidsplassar
    - I mangel på plassar vert enkeltrom gjort om til dobbeltrom
    - Pasientar med behov for korttids- og rehabiliteringsopphald vert sendt rett heim til eit medisinsk dårlegare tilbod
    - Mindre moglegheit for avlastningstilbod. Rammer heimebuande og pårørande
  - Høgare terskel for å få sjukeheimplass
  - Indikasjonar på at oppbygging av kortsiktig medisinsk behandlings- og oppfølgingsteneste har går ut over det langsiktige tenestetilbodet til dei eldste
  - Fagleg løft i fleire kommunar. Meir interessant, men usikkert om «det faglige nivået er løftet nok til å håndtere variasjoner i behov blant utskrivingsklare pasienter»
- Kompetanseoverføring frå sjukehus til kommunar fungerer godt
- Dei fleste meiner dei har god nok kompetanse for oppgåvene
  - «Sykehjemsleger er tvilende både til egen og andres kompetanse»
- Avvik fra tenesteavtalene er vanleg, men vert sjelden rapportert. I hovudsak gjeld dette manglande/mangelfulle epikriser og manglar ved medisiner og hjelpemiddel. Det at pasientane er sjukare enn før gjer at manglane er potensielt meir alvorleg enn før.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Rapporten vert oppsummert slik; Samhandlingsreforma har ført til nye utfordringar og endringar.

- Mange kommunar opplever at rekruttering av sjukeheimslegar er vanskeleg
- I 7 av 10 kommunar er det fastlegane som utfører sjukeheimslegefunksjonen. Andelen ansatte legar aukar med kommunestørrelsen.
- Pasientgrunnlaget i sjukeheimane er endra (raskare utskriving frå sjukehusa, sjukare pasientar, nye og meir krevjande pasientgrupper, meir diagnostikk og behandling, meir bruk av teknisk utstyr, meir «ikkje pasientretta» arbeid.)
- Auka kompetansekrav til legane (og sjukepleiarar); Etabler faglege nettverk, læringsnettverk og avklar spesialisthelsetenestas rolle
- Auka behov for kontor og medisinsk teknisk utstyr.

Vi viser og til rapport frå Helsedirektoratet «Status for samhandlingsreforma».

Forvaltningsmessig følge med rapport fr Helsedirektoratet 2014. og Samhandlingsstatistikk 2013- 2014 frå Helsedirektoratet.

KS vedtok 04.03.2015 uttale til Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstenesta om «Medisinsk kompetanse på sykehjem» Uttalen ligg på KS sine nettsider [www.ks.no](http://www.ks.no)

Problemstillingane er;

- Status og utfordringar «når det gjelder å ha rett og tilstrekkelig medisinsk kompetanse til stede på norske sykehjem og mulige tiltak for å sikre det.
- Bør sjukeheimsmedisin vere kompetanseområde eller bli eigen spesialitet. Tiltak for å gjere sjukeheimslege meir attraktiv»

Som konkrete tiltak for å sikre rekruttering og kvalitet i sjukeheimane rår KS til;

«KS har tidligere pekt på behovet for en handlingsplan/opprappingsplan for legetjenesten i kommunene som følge økte oppgaver i signalisert kommende akuttforskrift, akuttutvalgets delrapport, nasjonal helse- og sykehusplan og stortingsmelding om fremtidens primærhelsetjeneste. Handlingsplanen bør blant annet omhandle behov for tjenester, rekruttering, oppgaver som skal løses samt tilstrekkelig virkemidler for kommunen til å sikre sitt sørge for ansvar. ....Sykehjemmene bør revurderer kravene til godkjenning av sykehjem som utdanningsinstitusjoner....**Faglige nettverk:** Sterke faglige nettverk er viktige kriterier for å rekruttere og beholde personell. Mange kommuner har ikke anledning til å skape gode fagmiljøer da de er for små til å få til dette. Et konkret tiltak for å støtte opp under ønsket fagmiljø innenfor sykehjemsmedisinen er å utvikle læringsnettverk på tvers av kommuner. Dette vil bidra til å sikre god kvalitet på sykehjem samtidig som det vil bidra til å sikre god rekruttering til tjenestene»

Det er som referert ikkje statlege normtal på området. I St meld. Nr 25 (2005-2006)

«Mestring, muligheter og mening» vert det lagt inn som mål at registrert dekningsgrad i



# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

sjukeheimane i 2005 på 0,29 legetimar skulle aukast med 50 % innan 2010. Det inneber eit snitt på 0,44 legetimar per pasient per veke. Det var før Samhandlingsreforma vart vedtatt.

Fylkeslegen i Hordaland har i artikkel basert på kartlegging av sjukeheimsdekking og legetenester i Hordaland 2014 konkludert som følgjer; «Svarene støtter at antall legetimer per uke per beboer bør være i området 0,5 eller høyere.» Konklusjonen er ikkje fagleg grunngeve.

Kommunane må og vurdere kva konsekvensar ny interkommunal legevakt får for sjukeheimsmedisinen i regionen.

St meldinga om Primærhelsetenesta er no lagt fram. I tillegg kjem melding om endra oppgåvedeling og Nasjonal helse og sjukehusplan som begge vil leggje nye premiss for organisering og dimensjonering av sjukeheimsmedisinen.

Om kommunane vel interkommunalt samarbeid innan rehabiliteringsfeltet, vil det og få konsekvensar for kommunale institusjonstilbod. (Jfr. prosjekt om kommunal rehabilitering)

## **Del III     Analyse av utfordringar/forbetringspunkt**

KS etterlyser handlingsplan for legetenestene i kommunane som følgje iverksette og planlagde endringar som referert.

KS ønskjer auka fokus på sterke fagmiljø og nettverksetablering for å rekruttere/halde på kvalifisert personell.

Prosjektgruppa er samd i at dette og peiker mellom anna på at;

- Nettverk vil bidra til heva kvalitet.
- Nøkkelen er større stillingar : Få dedikerte legar. Får høve til å baka nettverksarbeidet inn i vanleg dagtid. Faste kveldsmøte der ein må reisa er ikkje levedyktig.
- Ein kan få til smågrupper som er ein del av kravet til kompetanseområdet sjukeheim medisin. (Jfr. vedlegg: Reglar for godkjenning av kompetanseområde i alders- og sjukeheimsmedisin. Vert obligatoriske frå 01.01.2017)
- Ein kan lettare samarbeida om rutinar og kvalitetsutvikling. Det vert mindre fagleg einsemd .
- Gode nettverk med legar i større stillingar gjer det lettare å rekruttere dedikerte legar
- Kombinera med administrativ jobb?

*Oppsummert;* Fagleg styrking av sjukeheimsmedisin med nettverksetablering slik KS inviterer til, krev at sjukeheimsstillingane har eit visst omfang, til dømes 50 %

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Innsamla data frå kommunane viser at stillingsstorleiken for sjukeheimslegar varierer mellom 0,2 % og 1.57 årsverk. Fire av kommunane har under 0,3 årsverk til sjukeheimslegefunksjonen.

Det vil vere lite kostnadseffektivt å etablere nettverk for sjukeheimslegar når mange kommunar har under 30 % stillingar til formålet.

*Organisering - nettverk;*

- Det er etablert fagleg nettverk for sjukeheimsmedisin i regi av fylkeslegen i Hordaland
- Geriatrisk foreining i legeföreninga

Dersom vi legg til grunn ønskje om å styrke kvaliteten på og rekruttering til sjukeheimsmedisin, er løysinga, slik vi ser det, i større stillingar. Det føreset interkommunalt samarbeid.

- Er det aktuelt med å samarbeide om sjukeheimslegefunksjonen i Ulvik, Granvin og Eidfjord?
- Tilsvarande i Ullensvang, Jondal og evt Odda?

Motargumenta er auka tid til reise, mistar lokal kompetanse om den einskilde pasient, vanskelegare å oppretthalde tilgang på lege etter normalarbeidstid, avtaleverket (utløyser krav om løna permisjon m.v.)

----

Samhandling med spesialisthelsetenesta må vere sentralt i eit nettverkssamarbeid. I tillegg til samarbeide med lokalsjukehusa gjeld det og geriatrisk poliklinikk/avd. ved Haraldsplass, Olaviken m.v.

Viktig at inngåtte tenesteavtalar, vert følgd opp. Til dømes tenesteavtale 6: Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, fagleg nettverk og hospitering.

Spesialisthelsetenesta har forplikta seg til å delta i faglegenettverk, samkonsultasjon og praksiskonsulentordninga. Partane skal mellom anna utgreie og ta stilling til etablering av faglege nettverk i Eldremedisin (geriatri/alderspsykiatri)

Kommunane må følgje opp avtaleteksten i samarbeid med spesialisthelsetenesta og konkretisere samarbeidet.

Eit av måla i vedtatt tenesteavtale er « Å etablere felles fagleg forståing kva som er kommunane og kva som er spesialisthelsetenestas ansvar innan eldremedisinfeltet. Sikre kompetanseoverføring.

Eit fagleg nettverk vil utvilsomt betre føresetnadene for å gode diskusjonar/avklaringar på vedtatt mål.

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

Hospitering, som er nedfelt i vedtatt avtale, må gå begge vegar, ikkje berre frå kommunane til sjukehusa. Større stillingsheimlar vil lette gjennomføring av inngått avtale.

*Diverse avklaringar;*

- Tilgang på lege etter ordinær arbeidstid fram til legevakt tek over

Fleire kommunar har etablert ordningar der lege kan kontaktast fram til legevakt på natt tek over. Formål: Hindre unødvendig bruk av legevakt/innlegging i spesialisthelsetenesta. Bør kommunane som deltek i Interkommunal legevakt ha felles rutinar for dette?

- Etablering av ØH-senger

Odda, Ullensvang og Jondal har etablert ØH-senger i samarbeid med Odda lokalsjukehus.

I inngått samarbeidsavtale er det klart definert korleis legetenesta mot ØH-sengene skal dekkast. ( 2 timar per døgn, 365 dagar) Inngått avtale med legane klargjer revidert behov: Dagtid, Måndag til og med fredag 2 timar dagleg dekkast av sjukeheimeslege, det krev 27 % stillingsauke. I helgane skal legetenesta mot ØH-sengene dekkast av IKLV, jfr inngått avtale.

Voss kommune må i tillegg trappe opp legetenesta slik at det – som eit minimum - vert samsvar mellom vedtatt norm før samhandlingsreforma vart vedtatt og faktisk aktivitet.

- Feilmedisineringsproblematikken

Dokumentert stor utfordring i sjukeheimssektoren. Korleis kan ein sikre at dette ikkje skjer i Hardanger/Voss? Konkretisere tiltak? Samarbeid med farmasøyt/interkommunale løysingar m.v.

- Laboratorietjenester

Sjukeheimane har utvikla seg i retning av B-sjukehus. Krev gode løysingar på laboratorietjenester. Interkommunale løysingar aktuelle?

- Utstyr

Styringssignalet frå Helsedirektoratet i 2007 var at legekontora i sjukeheimane bør ha same utstyr som eit fastlegekontor. «Sykehjemmets diagnostiske utstyr bør som et minimum ha tilsvarende nivå som på allmennlegekontorene.» (s.20 veileder)

Denne føresetnaden bør følgjast opp i alle kommunane om dette ikkje alt har skjedd. Det er mellom anna viktig for å unngå unødvendig bruk av spesialisthelsetenesta.

- Ernæring – sjukeheimar

Vurdere om det er kostnadseffektivt/framtidsretta/førmålsteneleg å etablere interkommunalt samarbeid med fokus på ernæring

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## Del IV Vidare arbeid med problemstillingane

Leiar i prosjektgruppa og prosjektleiar er samde om å tilrå at prosjektgruppa vert avslutta.

Dei fleste utfordringane rapporten må ta stilling til, høyrer heime på overordna fagleg/administrativt og politisk nivå. Styringsgruppa slutta seg til forslaget.

Utarbeidd rapport med vedlegg, vert difor sendt kommuneoverlegane for å gi endeleg innstilling til styringsgruppa.

Problemstillingane kommuneoverlegane må ta stilling til er;

### **1. Ønskjer ein å byggje opp sterke fagmiljø med nettverksetablering innan sjukeheimsmedisin i regionen?**

I tilfelle ja meiner leiar i prosjektgruppa/prosjektleiar at dette føreset;

- Større stillingar og interkommunalt samarbeid

Dersom ein ønsker å halde fram med dagens modell vil det vere lite kostnadseffektivt å etablere regionalt nettverk for sjukeheimsmedisin.

Då vert tilrådinga frå prosjektleiar at det ikkje vert etablert nettverk for sjukeheimsmedisin i regionen. Tilbodet for fagleg oppdatering vert som i dag;

- Deltaking på årleg seminar i regi av fylkeslegen /geriatrisk foreining m.v.

Vurdering: Lite framtidsretta løysing. (avvente prosessar vedr. kommunestruktur?)

### **2. Samarbeid med spesialisthelsetenesta/oppfølging av inngåtte tenesteavtalar**

I tenesteavtale 6 i Helse Bergen står følgjande; «Partane skal mellom anna utgreie og ta stilling til etablering av fagleg nettverk i Eldremedisin (geriatri/alderspsykologi)

Tenesteavtala 6 skriv at «Fagleg nettverk er ein god organisatorisk modell for å fremje gjensidig kunnskapsoverføring og kompetanseauke.

*Eit regionalt nettverk i sjukeheimsmedisin må ha med deltaking frå geriatrisk avdeling/poliklinikk, Haraldsplass og NKS Olaviken alderspsykiatriske sjukehus.*

Samarbeidssekretariatet har hatt prosess på tematikken utan at det har ført til formelle vedtak.

Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling i Helse Vest (SESAM) har uformelt dekkja funksjonen. [www.helse-stavanger.no](http://www.helse-stavanger.no) (Helse Fonna ?)

Det vert og vist til § 7.4 Delte stillingar mellom tenestenivåa kan styrke kompetanseutveksling. Partane skal vurdere å opprette delte stillingar der dette kan tene formålet med denne avtalen»

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

*Konkret oppfølging av slike løysingar vil vere enklare med større stillingar i sjukeheimane med nettverksorganisering.*

### **3. Tilgang på lege etter ordinær arbeidstid og fram til legevakt tek over**

Kommuneoverlegane må vurdere om tilbodet bør vere likt i alle kommunane

### **4. Diverse avklaringar; Kommuneoverlegane må vurdere om;**

- a. Sjukeheimslegane har tilgang på utstyr i samsvar med veilder frå Helsedirektoratet (nivå som fastlegekontor)
- b. Laboratorietenestene er tilfredsstillande
- c. Legemiddelbruken er forsvarleg. (St.meld 28 (2014-2015) Legemiddelmeldinga skriv «Regjeringen vil forskriftsfeste en plikt for kommunene til å sørge for systematiske legemiddelgjennomganger for pasienter i sykehjemmene de har ansvar for»
- d. Det er føremålstenleg med interkommunalt samarbeid med fokus på ernæring

I samsvar med vedtak i styringsgruppa vert saka sendt nettverk for kommunehelse og samfunnsmedisin for vurdering/tilråding før behandling i styringsgruppa.

Nettverket vil behandle saka på møte 17.sept. 2015.

Magne Vassenden

Prosjektleder

# Prosjektet Folkehelse og Samhandlingsreforma i Hardanger og Voss

## Regler for godkjenning av kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin (Obligatorisk fra 01.01.2017)

### 1. Spesialistutdanning

- a. Godkjent spesialist i allmenntilleggsmedisin, indremedisin, geriatri, nevrologi eller fysikalsk medisin og rehabilitering.
- b. For andre spesialiteter kreves i tillegg ½ års tjeneste i geriatri, allmenntilleggsmedisin eller alderspsykiatrisk sengeavdeling

eller

1 årsverk tjeneste som sykehjemslege i minimum 40 % stilling.

### Klinisk tjeneste

Tjeneste ved sykehjem eller boform som i praksis fungerer som sykehjem:  
2 års tjeneste. Tjeneste i deltidsstilling ned til 40 % stilling kan godkjennes. Totalt omfang må da være minst 1 årsverk. Tjenesten attesteres på fastsatt skjema.

### 3. Praktiske ferdigheter

Signert attestasjonsskjema for kompetanseområdet i alders- og sykehjemsmedisin vedlegges søknad om godkjenning.

### 4. Kurs

80 timer kurs godkjent for kompetanseområdet, herunder kurs som dekker følgende områder:

- Sansesvikt og rehabilitering, minimum 10 timer.
- Alderspsykiatri, minimum 20 timer.
- Somatisk geriatri, minimum 30 timer.

### 5. Smågruppevirksomhet

60 timer

Gruppen skal bestå av minst 3 sykehjemsleger. Smågrupper registreres i Legeforeningens sekretariat. Det er utarbeidet forslag til aktuelle temaer.

### 6. Praksisbesøk

Det kreves 4 praksisbesøk: 2 dagsbesøk hos kollega i annen institusjon og 2 dagsbesøk av kollega i egen institusjon. Fastsatt skjema må benyttes.

Fastsatt søknadsskjema vedlagt aktuell dokumentasjon sendes Legeforeningens sekretariat.