

KOMMUNEPOLITIKERE OG SAMMENSLÅINGER

Red. innledning: Som bibliotek formidler Helsebiblioteket artikler og annet materiale til interesserte brukere. 'Helserådet' er en papirversjon av noe av det Helsebiblioteket formidler. I bladet "Kommunal Rapport" utgave 41/2009 (10. desember 2009) har Per Arnt Pettersen en artikkel med ovenfor gjengitte overskrift. Pettersen er professor ved Høgskolen i Bodø (per.arn.pettersen@hibo.no). Inngressen og artikkelen gjengis i sin helhet nedenfor:

Det er velkjent at folk flest er skeptiske til at den kommunen de bor i, skal bli slått sammen med en eller flere nabokommuner. Hva med lokalpolitikere?

Våren 2008 gjennomførte Høgskolen i Bodø/Nordlandsforskning en undersøkelse – finansiert av Norges forskningsråd – der et spørreskjema ble sendt ut til samtlige lokalpolitikere i regionene Grenland, Våler og Vesterålen. Spørreskjemaet dreide seg i hovedsak om politikernes forhold til det interkommunale samarbeidet, inkludert deres preferanser for sammenslåing av kommuner. Problemet er at svarene vil variere fordi spørsmålet om kommunesammenslåing kan formuleres på noe ulike måter. Først har vi det generelle og prinsipielle spørsmålet om kommunestrukturen i landet. Synes lokalpolitikere vi har for mange og små kommuner i landet? Dernest følger spørsmålet om deres egen kommune bør slås sammen med en eller flere nabokommuner. Det er selvsagt ikke noe logisk feil eller umoralsk ved å mene at antallet kommuner bør reduseres, men at den kommunen en selv er politiker i, av ulike grunner ikke bør være gjenstand for sammenslåing. I tillegg stiller vi spørsmålet om det er andre kommuner i regionen enn den en selv er politiker i, som bør slås sammen med nabokommuner. Som for vanlige folk er lokalpolitikere langt mer tilbøyelig (omkring 60 prosent) til å mene at kommunestrukturen i Norge bør endres i retning av færre kommuner, enn det er av dem som ønsker egen kommune slått sammen med nabokommuner (50 prosent). Andelen går igjen opp når spørsmålet dreier seg om andre kommuner i regionene.

Vi skal her se på hvilke egenskaper ved lokalpolitikere som bidrar til å styrke ønsket om sammenslåing og hva som skaper opposisjon.

Som for befolkningen ellers er det slik at motstanden mot kommunesammenslåing øker med synkende kommunestørrelse. Det er altså i de kommunene de nasjonale politikere helst ser slått sammen, at opposisjonen er sterkest. Og denne tendensen er like sterk enten det gjelder prinsippet om at kommunestrukturen bør endres i retning av større kommuner, om spørsmålet stilles knyttet til den kommunen der en selv er politiker, eller det gjelder andre kommuner i regionene. Ellers er tendensen til å være for eller mot nokså jevnt fordelt etter alder, erfaring som lokalpolitiker og om en er vanlig medlem av kommunestyret, eller sitter i formannskapet. Det eneste unntaket her er at menn er noe mer tilbøyelig til å støtte prinsippet om større kommuner.

Ser vi på den sivile yrkesaktiviteten, finner vi at politikere som er ansatt i privat sektor, er mer tilbøyelig til å støtte prinsippet om sammenslåing av kommuner generelt. På den annen side er de som er sysselsatt av kommunen der de selv også er politiker, tilbøyelig til å være motstandere både av det generelle prinsippet om kommunesammenslåing og sammenslåing av ens egen kommune med nabokommuner.

Den sterkeste sammenhengen finner en imidlertid knyttet til partiilhørig-

heten. Det er velkjent at de store endringer i kommunestrukturen har skjedd med Arbeiderpartiet ved makten. Det gjelder særlig gjennomføringen av forslagene fra Schei-komiteen på 1960-tallet, men også de siste rundene med tvungne sammenslåinger i 1992 og 1994. På den annen side gjorde kommunalminister Erna Solberg det klinkende klart i valgkampen foran kommunevalget i 2003, at små kommuner burde slå seg sammen. Dette var også budskapet fra kommunalminister Kjell Opseth, så vel som Christiansenutvalgets innstilling. Først siste høst – etter at vår undersøkelse var gjennomført – kom andre partier tydeligere på banen. Ifølge flere aviser 5/12 2008 var det et flertall på Stortinget som ville forlate linjen som var fulgt ved at lokale folkeavstemninger skulle være avgjørende for sammenslåing av kommuner. Både Venstre, Kristelig Folkeparti og Fremskrittspartiet sluttet seg ifølge avisene til en linje der «frivilligheten» skulle tuktes. Bare Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet var tause.

Men så var det altså synspunktene til lokalpolitikere? I vårt materiale er det åpenbart at Høyre og Fremskrittspartiet har de mest lydige lokalpolitikere i forhold til det nasjonale lederskap. Lokalpolitikere fra begge disse partiene har sterke sympatier for alle tre spørsmålene om sammenslåinger av kommuner, enten det gjelder prinsippet, egen kommune og eventuelt andre kommuner i regionene. Men det er interessante variasjoner mellom de to partiene. Mens Høyres lokalpolitikere viser størst oppslutning om prinsippet, og at den kommunen der en er politiker bør slås sammen med nabokommuner, er Fremskrittspartiets lokale politikere opp-tatt av prinsippet og at andre kommuner i regionen bør slås sammen, men mindre vekt på egen kommune.

På den annen side finner vi Arbeiderpartiets lokalpolitikere som mangler denne typen lydhørhet, og viser betydelig uvilje overfor prinsippet, i forhold til egen kommune så vel som overfor andre kommuner. For de andre partigruppene er antallet politikere for få til at en kan gjennomføre selvstendige analyser. Men dersom en slår sammen sentrumpartiene, får vi en analyserbar gruppe, der sammenhengene er ganske svake, bortsett fra at en ikke liker ideen om å bli slått sammen med nabokommuner. Slår vi sammen de tause partiene – Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, får vi også en analyserbar gruppe, og den er konsistent negativ i forhold til alle tre spørsmålene om kommunesammenslåinger.

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2010 -1

Stikkord: Kommunesammenslutninger. Kommunal Rapport.

SAMHANDLINGSPROSJEKT INDRE ØSTFOLD OG SYKEHUSET ØSTFOLD

Red. innledning: Det spirer og gror etter fremleggelsen av Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen, St. m. nr. 47 (2008 - 2009). Og det endog til før meldingen er behandlet i Stortinget! Det kan vel tyde på at temaet er modent, for ikke å si overmodent, det være seg planer om interkommunalt samarbeid om helsetjenester og/eller samarbeid førstelinjetjeneste/annenlinjetjeneste.

"Helsekommune" var et begrep som ble benyttet om interkommunalt samarbeid om helsetjenester på disse tider i fjor, men uttrykket ble senere forlatt, trolig fordi det var vanskelig å finne en passende optimistisk betegnelse på det som ble igjen: "rest-kommune"? Men selvsagt var det

politiske krav som gjorde at den daværende helseministeren måtte forlate uttrykket: det kunne gi for mange assosiasjoner til kommunesammenslutninger.

Samhandlingsprosjektet IØ og SØ

I Østfold har man startet et interessant samhandlingsprosjekt basert på samarbeid mellom åtte kommuner i Indre Østfold og Sykehuset Østfold. Det hele startet med spørsmål om etablering av et interkommunalt samarbeid og drift rundt en forsterket palliativ enhet i regionen. Dette så man i sammenheng med planleggingen av et nytt sykehus på Kalnes i Sarpsborg i 2015 som legger opp til samhandling med kommunehelsetjenesten. Prosjektet har betegnelsen "Samhandlingsprosjektet IØ og SØ".

Prosjekteiere er Sykehuset Østfold og de åtte kommunene. Styringsgruppen som er oppnevnt, består av alle rådmenn og ordførere i de deltagende kommunene samt administrerende direktør, kommunikasjonsdirektør og direktør for medisinsk divisjon fra Sykehuset Østfold.

Mål og hensikt med prosjektet er å utvikle bærekraftige tjenestetilbud som gir svar på nåværende og fremtidige helseutfordringer og å være proaktiv overfor samhandlingsreformen. Dernest skal man utnytte kommunenes samlede kompetanse og ressurser gjennom interkommunalt samarbeid og oppgavedifferensiering i regionen. Og så skal det skapes et tettere samarbeid mellom kommunene og sykehuset gjennom koordinering, rolleavklaring, nye arbeidsmetoder og overføring av kompetanse.

Prosjektet har gjennomført en besøksrunde i kommunene for bl. a. å kartlegge kompetanse, helseutfordringer og mulige samhandlingsområder og samhandlingsformer.

Sagt om samhandling

Prosjektrapporten siterer en del uttalelser om samhandling:

"Vi er helt avhengige av gode fagmiljøer. Et godt fagmiljø er avhengig av et visst pasientgrunnlag. Dette understreker betydningen av samhandling i regionen".

"Som en liten kommune må vi være en god generalist. Ønsker å bygge opp kompetanse for å håndtere egne utfordringer. Trenger imidlertid at andre server oss der hvor det trengs spisskompetanse."

"Vesentlige spørsmål dreier seg om hvilke kompetansekrav som stilles til kommunene i fremtiden og hvordan kompetansen skal bygges opp."

"En likeverdig samhandling krever jevnbyrdighet mellom kommuner og helseforetak som premissleverandører. Må ha klare regler for hvem som gjør hva."

Mandat

Samhandlingsprosjektet Indre Østfold og Sykehuset Østfold skal utvikle aktiviteter og organiseringsformer som sørger for at kommunene i samarbeid med sykehuset, ivaretar nødvendige pasientrelaterte, helsefaglige, politiske og samfunnsøkonomiske behov og interesser.

Nærmere bestemt skal prosjektet arbeide med:

- Utredning av form(er) for interkommunal organisering som ivaretar optimal tjenesteproduksjon og politisk styring
- Rolleavklaring mellom sykehus og kommuner
- Spesialenheter med tilhørende ambulerende team
- Koordinering og mottak av utskrivningsklare pasienter
- Legenes rolle og funksjon i samhandlingen
- Systemtiltak, d.v.s. planarbeid, kvalitetsutvikling og forebyggende/helsefremmende arbeid.

Faser

Prosjektet innføres gjennom et forprosjekt hvor det gjennom praktisk tilnærming til innsatsområdene skal jobbes under tre overskrifter:

- Interkommunalt samarbeid om helsetjenester
- Koordinering og mottak av utskrivningsklare pasienter
- Kommunelegenes rolle og funksjon i samhandlingen

Ad. I: Interkommunalt samarbeid om helsetjenester:

- Et hovedmål er å utvikle interkommunale tjenestetilbud som gjør kommunene robuste i møtet med krevende helseutfordringer
- Buffer i forhold til behandlingsskrevende pasienter, samt tilgang på faglig støtte til eget tilbud.
- Den samlede kommuneregionen gir et nødvendig pasientgrunnlag for å skape kompetente tilbud med kontinuitet i drift.
- Analyse av pasientgrunnlag for å understøtte valg av fagområder.
- Utforming av tjenestetilbud: eksempelvis spesialenhet med ambulerende team.
- "Lavthengende frukter" – demens og palliasjon
- Interkommunal organiseringsform: vertskommune og samkommune som basis.

Ad. II: Koordinering og mottak av utskrivningsklare pasienter:

- Prosjektet vil utvikle tiltak som sikrer overføringen av pasienter fra sykehus til den kommunale omsorgstjenesten.
- Kommunene trenger forutsigbarhet og til tider økt kapasitet i mottaket av utskrivningsklare pasienter.
- På tross av godt beskrevne melderutiner er koordineringen av pasientstrømmen ut fra sykehuset et uttalt problem mellom 1. og 2. linje tjenesten.
- Den fremtidige situasjonen, med en aldrende befolkning og en ny sykehusstruktur med kortere liggetid, er med å aktualisere problemstillingen.
- Kartleggingen i kommunene: Områngstid. Psykiatri. Rehabilitering.
- Pasientstrømsanalyse.
- Et interkommunalt samarbeid kan også her være en løsning for å gjøre kommunene mindre sårbare.

Ad. III: Kommunelegenes rolle og funksjon i samhandlingen:

- Kommunene vil skape prioritet for og forutsigbarhet i kommunelegens oppgaver, herunder vurdere hvordan kommunelegerollen kan sees og styrkes i et interkommunalt perspektiv.
- Indre Østfold-kommunene går sammen om en legestilling ved MHVIØ (Kontoret for miljørettet helsevern i Indre Østfold).
- Kommunelegenes restfunksjon i små deltidstillinger. Liten kapasitet til strategisk arbeid.
- Samhandlingsreformen: Tydeliggjøre kommunelegens rolle i kommunal planlegging og i styringsdialogen med fastlegene.
- En ny og utvidet kommunerolle vil få konsekvenser også for legefunksjoner ved sykehjem og legevakt, samt fastlegene.

Oppsummering

- Det dreier seg om 8 samarbeidende kommuner
- Prosjektet ser kommunesamarbeid som en forutsetning for at kommunene skal kunne bekle en ny og utvidet rolle og ha bærekraft i møtet med fremtidige helseutfordringer.
- Det er behov for å delegere myndighetsutøvelse innenfor lovpålagte oppgaver og samtidig sikre tilfredsstillende eierinnflytelse.
- Det skal arbeides for utvikling av funksjonelle modeller for interkommunal organisering av helsetjenester innenfor visse områder.

Og videre:

- Det skal bygges nytt sykehus på Kalnes som skal stå ferdig i 2015. Opprustet sykehusbygg i Moss.
- Ny tostrukturmodell i spesialisthelsetjenesten fra 2015, et sykehus bygget på samhandling.
- Spesialisttilbudet skal utvikles i god samhandling med kommunehelsetjenesten slik at pasientene vil motta en helhetlig tjeneste. Prosess for utforming av ny sykehusstruktur, basert på kvaliteter og verdi.
- "Forsøkslaboratorium" for rolleavklaring, koordinering, nye arbeidsmetoder og overføring av kompetanse mellom sykehus og kommuner.

Prosjektleder er Åsmund Kobbevik, tlf. 456 05 602, e-post: asmund.kobbevik@askimkommune.no

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2010 – 2

Stikkord: Samhandling. Indre Østfold. Østfold. Kommunelegerollen.

DISTRIKTSMEDISINSK SENTER I NORD-GUDBRANDSDALEN

Red. innledning: Enda et samhandlingsprosjekt presenteres i dette nummeret av 'Helserådet'. I Nord-Gudbrandsdalen har man valgt å legge samarbeidet mellom kommunene og sykehuset (her Sykehuset Innlandet HF) til et DMS (distriktsmedisinsk senter – her DMS Nord-Gudbrandsdalen på Otta). Nedenfor gjengis bakgrunnen for prosjektet, utviklingen av det og nærmere omtale av DMS'et. Vi har ikke tatt med tidsplan, prosjektorganisering, innhold for plan og rapportering. Heller ikke har vi tatt med oversikt over fordeling av oppgaver i prosjektperioden og økonomi. En del referanser er heller ikke tatt med her.

Leder for utviklingen av DMSNG er Vigdis Rotlid Vestad, tlf. 61 21 54 80 / 61 21 54 91, mobil 991 58 549, e-post: vigdis-rotlid.vestad@regionkontoret.no

PROSJEKT

"Distriktsmedisinsk senter i Nord Gudbrandsdal – 2010 til 2012" Videreutvikling av samhandling, samarbeid og sømløse pasientforløp mellom kommunene i Nord Gudbrandsdal og Sykehuset Innlandet – i nytt bygg for DMSNG på Otta.

1. Bakgrunn

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

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

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

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

2. Utvikling

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

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

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

- Kommunale lærings- og mestringstjenester, eks. tidlig intervensjon ved for eksempel type 2-diabetes, kols, demens og rus.

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

3. Prosjektet: Distriktsmedisinsk senter i Nord Gudbrandsdal

Veien frem til en endelig organisering av DMS'et har foreløpig mange variabler både hva gjelder økonomi og tiltak, sentrale føring og i forhold til fremtidige samarbeidsavtaler med kommuner og sykehus. Vi vil hevde at aktiviteten og tiltaket som er igangsatt i forbindelse med nybygg og utvikling av et DMS på Otta er et distriktsutviklingstiltak, og et viktig bidrag til bølset og trygghet for befolkningen i Nord Gudbrandsdalen. Rent samfunnsøkonomisk mener vi det ligger store besparelser i mindre transportkostnader, mindre fravær fra arbeid pga kortere reisevei til spesialist, mindre bruk av følgeressurser spesielt til eldre og kronisk syke, for å nevne noe.

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

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

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

3.1 Prosjekt - Del 1:

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

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

I prosjektperioden vil vi i samarbeid mellom kommunene, undervisningshjemmetjenestene og sykehuset prøve ut ulike modeller hvor en ser på hvilke pasientgrupper som kan benytte de intermedie sengeplassene. Sengeplassene er avhengige av at vi får på plass en robust legevakt og tilgang til legetjenester på dagtid. Særlig fokus vil det i første omgang bli på pasientgrupper som hører inn under:

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

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

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

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

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

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

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

For å skaffe denne oversikten bør kommunene:

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

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

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

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

Kompetanseutvikling, følgeevaluering og forskning

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

Engasjere forskningsmiljø for følgeevaluering av prosjektet.

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

3.2 Prosjekt - Del 2:

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

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

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

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

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

Referansekode i 'Helserådet': OLE 2010 – 3

Stikkord: DMS. Nord-Gudbrandsdalen. Samhandling.

HELSE RÅDET

**Nytt fra emnebibliotek for samfunnsmedisin og folkehelsearbeid
Helsebiblioteket, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten**

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Redaktør: Anders Smith

Telefon 92 89 56 16

Internett: <http://www.helsebiblioteket.no>

e-post: smi@helsebiblioteket.no