



DISTRIKTMEDISINSK SENTER I KRISTIANSUND

DMS KRISTIANSUND – Del 2

DOKUMENTNUMMER: 00-00000000-00-00-00							
Prosjekt	Hovedfunksjon	Disiplin	Prosess	Dokumenttype	Løpenr.	Revisjon	Side

UTARBEIDET AV		
Unni Dahl	Sykehusbygg HF	
Astrid Johanne Brandshaug	Helse Møre og Romsdal	

DOKUMENTSTATUS					
01	9.11.2016	Utkast til styrebehandling			
01	25.11.2016	Endelig Rapport			

BEHANDLINGSPROSEDYRE			
Oversendt for behandling	Forventet dato for behandling	Instans	Dato for behandling
		HMR	25.11.2016

Innhold

Sammendrag.....	2
1. Bakgrunn.....	2
1.1 Arbeidsgruppen	3
2. Distriktsmedisinsk senter (DMS)	3
3. DMS i Kristiansund.....	5
3.1 Nærhetsbehov og samhandlingsgevinster	6
3.2 Spesialisthelsetjenester	6
3.2.1 Arbeidsgruppens syn på nærhetsbehov og samhandlingsgevinster	7
3.3 Kommunal- og interkommunal aktivitet	8
3.3.1 Arbeidsgruppens syn på nærhetsbehov og samhandlingsgevinster	9
4. Kompetanseutvikling	11
5. Teknologi og IKT	13
6. Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling	16
7. Avtaler	19
8. Alternativene	20
8.1 Status 2016 Storhaugen helsehus	20
8.2 Status Kristiansund sykehus	21
8.3 Vurdering av alternativene	21
8.4 Oppsummering	26
9. Videre arbeid	27
Vedlegg	28

Sammendrag

En arbeidsgruppe har utarbeidet Rapporten *Distriktsmedisinsk senter i Kristiansund*, datert 11.06.2016 (del I). Rapporten beskriver sentrale utviklingstrekk og helsepolitiske forutsetninger, den vektlegger en presentasjon av to virksomhetsalternativ for spesialisthelsetjenesten samt forslag til mulige kommunale-, interkommunale tjenester og samhandlingstiltak lokalisert i et framtidig distriktsmedisinsk senter (DMS) i Kristiansund.

I den foreliggende rapporten, del 2, oppsummerer en reoppnevnt arbeidsgruppe tjenestenes nærhetsbehov, samhandlingsgevinster og forventninger til DMS. Den foreslår kommunale-, interkommunale tilbud og samhandlingstiltak i DMS-et. Rapporten viser også til arbeid knyttet til avtaler mellom samarbeidende parter.

På bakgrunn av arbeidsgruppens forslag til ulike tjenester, har prosjektorganisasjonen Sjukehuset Nordmøre og Romsdal vurdert tjenestene og areal inn i virksomhets- og byggalternativene.

1. Bakgrunn

Oppdraget i konseptfasen

Foretaksmøtet i Helse Midt-Norge 19.12.2014 understreket at det må planlegges for et godt poliklinisk tilbud/distriktsmedisinsk senter i Kristiansund.

Styret i Helse Møre og Romsdal har vedtatt i styresak 2015/58 (Presisering av utgreiingsalternativ Konseptfase SNR) at konseptfasen skal utredes slik:

1. *Styret i helse Møre og Romsdal legg til grunn følgende utgreiingsalternativ av SNR i konseptfasa:*
 - *Alternativ 1:*
 - *Nytt felles akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal på Hjelset i Molde kommune med godt poliklinisk tilbud / distriktsmedisinsk senter i Kristiansund*
2. *Alternativ 1 skal utgreiast med to (2) ulike verksemdsalternativ for innhaldet i spesialisthelsetenestetilbodet i Kristiansund.*
3. *Basert på dei to verksemdsmodellane i vedtakspunkt 2 for spesialisthelsetenestetilbodet i Kristiansund, skal det gjerast ei vurdering av denne løysinga plassert både i dagens Kristiansund sjukehus og i nye lokale.*

Styret i Helse Midt-Norge har sluttet seg til dette vedtaket i sak 103/15.

I styresak 2015/58, under «Saksutgreiing, Grunnlag», omtales Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling:

«På bakgrunn av initiativet frå arbeidsgruppa i Orkidé om eit framtidretta Helseinnovasjonssenter, blir det viktig å sameine dette utviklingsarbeidet med SNR sitt arbeid med utvikling av spesialisthelsetenestetilbodet i Kristiansund. Det kan ligge til rette for at desse tenesteområda kan underbyggje kvarandre, slik at tilbodet samla sett blir sterkare enn dersom ein skulle utvikle dette kvar for seg og i ulike lokaler.»

Videre omtales IKT-satsningen:

«Helse Midt-Norge RHF arbeider med ei særs viktig IKT-satsing, der Pas/EPJ skal utviklast for å understøtte enno betre pasientforløp, dokumentasjon og tenesteutvikling i spesialisthelsetenesta. Ein bør legge til rette for at SNR koplar seg særskilt sterkt til dette utviklingsarbeidet, og at SNR, både som akuttsjukehus og som spesialisthelsetenester i Kristiansund kan vere ein samarbeidspart og utviklingsarena for IKT-satsinga i HMN.»

1.1 Arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen har hatt to møter, 26. september og 24. oktober 2016, i Kristiansund. I tillegg har deltakerne kommunisert via skype og mail.

Deltakere i arbeidsgruppen fra Nordmørskommuner/ORKidé-Nordmøre regionråd¹

- Olaug Haugen, rådmann Tingvoll kommune (arb.gruppe ORKidé)
- Birgit Eliassen, rådmann Gjemnes kommune (arb.gruppe ORKidé)
- Arne Ingebrigtsen, rådmann Kristiansund kommune (arb.gruppe ORKidé)
- Atle Betten, eHelse rådgiver IKT ORKidé (arb.gruppe ORKidé)
- Heidi Gjersvold, prosjektleder (arb.gruppe ORKidé)
- Siv Iren Stormo Andersson, kommunalsjef Kristiansund kommune (arb.gruppe ORKidé)
- Elisabeth Iversen, rus og psykisk helse Kristiansund kommune
- Birgit Iversen Eckhoff, kommunalsjef Smøla kommune
- Anne Jorunn Nordskog, Averøy kommune
- Merete Hofstad, brukerrepresentant kommuner
- Anne Grete Mogstad, brukerrepresentant brukerutvalg Helse Møre og Romsdal

Deltakere i arbeidsgruppen oppnevnt fra Sjukehuset Nordmøre og Romsdal/Helse Møre og Romsdal HF²

- Astrid Johanne Brandshaug, prosjektleder HMR SNR, prosjektgr. SNR
- Unni Dahl, Sykehusplanlegger Sykehusbygg HF
- Merete Hagbø, prosjektleder HMR SNR, prosjektgr. SNR
- Hans Christian Ofstad, ledelse HMR
- Britt Andresen, konst.avd.sjef medisin HMR
- Anne Fasting, lege palliasjon og lege i kommunen
- Line Lingen, psykisk helsevern HMR
- Per Magne Bae, HEMIT
- Lena Bjørge Waage, Samhandlingsavd. HMR

2. Distriktsmedisinsk senter (DMS)

I takt med den økende spesialiseringen i sykehusene har det oppstått et behov for å styrke nærhet til helsetjenestene³. Pasientene/brukerne skal oppleve trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i

¹ Medlemmer i Nordmøre Regionråd - ORKidé: Averøy, Aure, Eide, Gjemnes, Halså, Kristiansund, Rindal, Smøla, Sunndal, Surnadal, Tingvoll

² Forkortes SNR/HMR

³ Samhandlingsreformen, St.meld. nr 47, (2008-2009)

helsetjenesten. Samhandlingsreformen som ble innført 1. januar 2012, peker ut en ny retning for helsetjenesten; en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet. Befolkningen skal sikres rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Dette skal blant annet nås ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten slik at veksten i bruk av sykehustjenester dempes og forebygging vektlegges framfor å reparere. God kvalitet i tjenestene skal oppnås ved å styrke ansattes kompetanse og øke samhandlingen mellom helsenivåene.

Innbyggere med lang reisevei til nærmeste sykehus og sammensatte sykdomsbilder har spesielt behov for et trygt, helhetlig og sømløst tilbud nærmere hjemmet. På bakgrunn av denne utviklingen er det en forventning om at det nye DMS-et i Kristiansund skal innfri en rekke målsettinger for innbyggere gjennom å legge til rette for et samarbeid mellom aktører i det nære helse- og omsorgstilbudet og akuttsykehuset på Hjelset.

Et DMS er en samling av helse- og omsorgstjenester som har til hensikt å gi godt koordinerte og tilgjengelige tjenester til befolkningen nært der de bor. Det er mange forskjellige DMS i landet. Innholdet avhenger av lokale forhold, innbyggernes behov, interkommunalt samarbeid og samarbeid mellom kommune(r) og spesialisthelsetjenesten. Et DMS består vanligvis av kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter/brukere før og etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus⁴. Et DMS er en viktig arena for kompetanseutvikling på tvers av profesjoner og nivå. I tillegg kan bl.a. avtalespesialister være etablert i et DMS. Man kan også tenke seg at det legges til rette for andre private tilbud. Figur 2.1 illustrer dette.

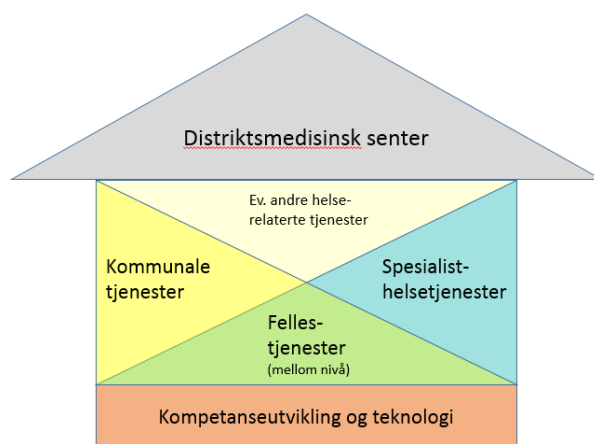


Fig 2.1 Innhold i distriktsmedisinsk senter – DMS

Et DMS består vanligvis av kommunale og interkommunale tjenester, spesialisthelsetjenester og tjenester i samarbeid mellom nivåene.

Det er et grunnleggende vilkår for valget av Hjelset som lokalitet for felles akuttsykehus i SNR at det blir

⁴ Nasjonal helse og omsorgsplan 2010-2015

etablert et DMS i Kristiansund.

DMS-et skal være et tilgjengelig og synlig helsetilbud for befolkningen på Nordmøre. DMS-et skal gi innbyggerne, som har behov for det, mulighet til å samle flere konsultasjoner eller besøk på en dag. Dette kan for eksempel være tilgang til bildediagnostikk, laboratorietjenester og fastlege- og poliklinisk konsultasjon eller frisklivssentral. I tillegg til god logistikk, vil nærhet til andre helse- og omsorgsrelaterte funksjoner være en gevinst både for brukere og personell. Videre skal ambulante tjenester tilbys til de som har behov for tilbud i eller nærmere hjemmet.

Samlokalisering i DMS-et gir gode muligheter for samarbeid knyttet til læring- og mestring, forebygging, trening og oppfølging. Det forventes en synergieffekt av å samle flere sektorer og funksjoner i et DMS, at dette vil understøtte god rekruttering av personell og at DMS-et blir en attraktiv arbeidsplass. Det er en ambisjon at DMS-et skal bli en samhandlingsarena med tverrfaglig kompetanse som legger til rette for en felles kompetanseutvikling og utviklingsarbeid.

Som beskrevet i DMS rapport datert 11.06.2016, er det et mål at samhandling, sterke fagmiljø, brukermedvirkning, ny teknolog og tjenesteinnovasjon skal bidra til:

- Koordinerte og effektive pasientforløp
- Forutsigbare spesialisthelsetjenester og kommunale tilbud
- Styrke brukernes/pasientenes egenmestring, tidlig intervensjon og forebygge funksjonstap
- Økt funksjon og selvhjelp hos innbyggere og pasienter
- Hindre unødige sykehusinnleggelser og reinnleggelser
- Legge til rette for tidlig sykehusutskrivning

3. DMS i Kristiansund

Arbeidsgruppen har hatt som mål å beskrive og anbefale, i så stor grad som mulig, forslag til kommunalt, interkommunalt innhold samt samhandlingstjenester/fellestjenester⁵ i et framtidig DMS. Dette gjelder aktivitet/funksjoner, nærhetsbehov, samhandlingsgevinster og areal. Konkretiseringen av dimensjonerende faktorer (aktivitet og areal) for DMS Kristiansund tar utgangspunkt i dette (se kapittel 8.3 og vedlegg). De foreslåtte kommunale tjenestene i DMS-et kan gjelde for innbyggerne i Kristiansund kommune eller for flere kommuner (interkommunale tjenester). Dette blir besluttet senere.

Arbeidsgruppen har ikke hatt anledning til å framskrive aktivitet slik som det blir gjort for spesialisthelsetjenestene i SNR prosjektet og andre sykehusprosjekt. Arbeidsgruppen påpeker at det er knyttet usikkerhet til beregningene av aktivitet og areal for de foreslåtte kommunale og private helsetjenestene. Rapporten viser derfor et utviklingspotensial og et mulighetsrom for DMS, og den anslår et volum på noen tjenester. Dette er starten på et videre arbeid, men det er likevel tilstrekkelig som grunnlag for konseptfasen. Aktivitet- og arealestimatene er foreløpig ikke formelt behandlet i kommunene.

⁵ Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommune(r)

3.1 Nærhetsbehov og samhandlingsgevinster

For å hindre at pasienter/brukere opplever helsetjenestene som usammenhengende (fragmentert), har forskjellige typer tiltak for å bedre koordinering og integrering blitt foreslått og iverksatt. I Norge benyttes vanligvis begrepet koordinering (jf. Samhandlingsreformen). Internasjonalt benyttes mange liknende begrep som «integrated care», «shared care», «comprehensive care»⁶. Det er et mål at integrering av tjenestene skal gi et bedre helse- og omsorgstilbud enn enheter og nivå greier hver for seg. Det betyr at samarbeid og koordinering mellom partene skal føre til bedre kvalitet, tilgjengelighet og mer effektive tjenester. Dette er spesielt viktig for personer med kroniske og komplekse lidelser. Samlokalisering av kommunale, interkommunale og spesialisthelsetjenester i et DMS tilrettelegger for en slik god koordinering og integrering av helsetjenestetilbudet.

Det er imidlertid ulikt hvilken grad av integrering pasientene/brukerne har behov for. Dette avhenger av alder, type og sykdommens alvorlighet. Åhgren og Axelsson beskriver graden av integrering på en skala fra helt adskilte tjenester (*full segregering*) til full integrering av ulike tjenester (fig. 3.1)⁷. De påpeker at ikke alle pasienter/brukere trenger full integrering og omfattende tjenester fra flere profesjoner og nivå over lang tid. For personer uten komplekse lidelser kan det være tilstrekkelig at helsepersonell kjenner hverandres roller, for eksempel at fastlegen vet hvor henvisningen skal sendes og mottar en epikrise etter gjennomført behandling i spesialisthelsetjenesten (sammenkobling). En større grad av integrering kalles koordinering i nettverk, og ligger midt på skalaen i figuren nedenfor, mens full integrering er helt til høyre på skalaen. Pasienter med kroniske og komplekse lidelser har ofte behov for de tjenestene som ligger fra midten og ut til høyre, dvs. et godt koordinert og samordnet helsetjenestetilbud. Dette perspektivet på integrering påvirker vurderingen av hvilke typer tjenester som har mest behov for nærhet og samlokalisering i et DMS.



Fig. 3.1 Grader av integrering
(Oversatt fra Åhgren & Axelsson, 2005)

3.2 Spesialisthelsetjenester

Innholdet i SNR-Kristiansund er beskrevet i delrapport «Virksomhetsalternativer i Kristiansund». Det er utredet to virksomhetsalternativer der begge inneholder tjenester i følgende fagområder:

- Medisin
- Kirurgi og Gynekologi og Øre-Nese-Hals

⁶ Kodner DL, Spreeuwenberg C: Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. Int J Integr Care 2002

⁷ Åhgren B, Axelsson R: Evaluating integrated health care: a model for measurement. Int J Integr Care 2005

- Hudpoliklinikk og Lysbehandling
- Dialyse
- Cytostatica og Infusjoner

Det ene virksomhetsalternativet inneholder også dagkirurgisk tilbud i fagområdene ortopedi og gynekologi. I begge virksomhetsalternativene er det planlagt tilbud i bildediagnostikk (konvensjonell røntgen, CT, MR og UL), laboratorie- og blodgiverstasjon samt ambulansestasjon.

Kapasitetsbehovet for spesialisthelsetjenesten i DMS Kristiansund (arealbehov/rom) er vist i konseptfaserapporten; kapittel 11.9.1. Plassering av tjenestene i de to lokasjonsalternativene i Kristiansund er vist i skisseprosjektet; konseptrapportens kapittel 12.6.3, 12.6.4, 12.6.5.

3.2.1 Arbeidsgruppens syn på nærhetsbehov og samhandlingsgevinster

DPS - BUP - Psykisk helsevern

Arbeidsgruppen har hatt medlemmer fra psykisk helsevern fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

DPS⁸ Kristiansund (døgn og poliklinikk) har gitt tilbakemelding om at samlokalisering med samarbeidende parter i DMS vil være fordelaktig både for behandlingstilbudet og rekruttering. En samlokalisering av DPS og BUP⁹ vil gi en gevinst for fagmiljø, kompetansebygging, helhetlige pasientforløp og drift. Det påpekes også at pasienter i DPS ofte har behov for somatiske helsetjenester som bildediagnostikk og spesielt laboratorietjenester. (DPS Kristiansund og BUP Kristiansund er ikke en del av SNR-prosjektet, men skal vurderes i HMR sin utviklingsplan i 2017.)

Nærhet mellom spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenester kan gi store gevinster for pasienter/brukere ved at tjenestene samarbeider om å gi tilbudet på riktig nivå, til rett tid og på en trygg måte. De kommunale representantene ønsker at DPS-tjenester og kommunale tjenester etableres i samme bygg. Dette kan bidra til at det blir enklere å finne riktig nivå på behandlingstilbudet og samtidig redusere forflytninger. Samlokalisering muliggjør felles kompetanseheving, gruppeveiledning og kurs.

Avrusning (psykisk helsevern og rus), krever nærhet til somatiske tjenester. Forebygging forutsetter ambulante tjenester fra psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, dvs. et samarbeid mellom DPS og kommunale tjenester. Det er sannsynligvis også nødvendig med et samarbeid mellom flere kommuner når det gjelder disse oppgavene.

Spesialisthelsetjenestens poliklinikker - fastleger

Mange pasienter kan ha behov for tjenester både fra fastleger og legespesialister i poliklinikk. I et prosjekt knyttet til helseforetak i Helse Midt Norge har man erfart at når fastleger får opplæring og arbeidspraksis i tverrfaglig poliklinikk, øker kunnskapsoverføring og kompetanseutvikling både i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Dette legger til rette for godt koordinerte pasientforløp.

⁸ Distriktpsikiatrisk senter

⁹ Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

Dagkirurgi

Hvis en pasient skulle ha behov for et opphold over natten etter et dagkirurgisk inngrep (og pasienten er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten), kan dette løses ved en tilgjengelig kommunal seng eller etterbehandlingsseng i DMS.

Ambulansestasjon – legevakt

I tillegg til kompetanseutvikling, kan nærhet og samarbeid mellom ambulansestasjon og legevakt gi driftsmessige gevinster, f. eks. ved pasienttransport fra legevakt til akuttstusykehuset.

3.3 Kommunal- og interkommunal aktivitet

Legevakt

Legevaktsformidlingen både i Kristiansund og Molde betjenes i dag av HMR på oppdrag fra kommunene. Ved etablering av SNR må man finne nye løsninger på dette, og ansvaret tilligger kommunene. Det stilles kompetansekrav til sykepleiere og leger i legevaktsformidling, samt krav til teknisk infrastruktur. Kravene er hjemlet i akutforskriften¹⁰.

Kommunene Kristiansund, Averøy, Gjemnes og Tingvoll har i dag en interkommunal legevakt. Legevakten har to undersøkelses- og behandlingsrom i akuttmottaket i sykehuset. Derfor bør legevaktens areal i DMS økes til fem rom (med mulighet for ytterligere økning). Dette er også begrunnet i behovet for minst to observasjonsplasser knyttet til legevakten.

Sengeområdet

Kommunene Kristiansund, Averøy, Gjemnes og Tingvoll samarbeider om øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD). Tilbud om ØHD er tiltenkt for å avklare pasienter som kommunen har mulighet til å diagnostisere, behandle og/eller ivareta. (Øyeblikkelig hjelp døgnopphold, ØHD, omtales også som kommunalt akutt døgntilbud eller kommunale akutte døgnenheter, forkortet til KAD¹¹.) Bakgrunnen for oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå innleggelse i sykehus når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut i fra en medisinsk faglig vurdering¹². Det er sannsynlig at behovet for ØHD senger vil øke i framtida. Fra 2017 skal det i tillegg etableres ØHD senger for brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. Kommunene utreder dette i dag, og det anslås et behov for fem ØHD senger for psykisk helse og rusproblemer. Dette antallet vil også sannsynligvis øke pga. et framtidig interkommunalt samarbeid.

Kristiansund kommune har tidligere hatt et samarbeid med HMR om intermediærsenger/etterbehandlingssenger, dvs. felles døgnplasser for pasienter utskrevet fra sykehus (som trenger fortsatt behandling og/eller oppfølging pga. redusert helsetilstand og/eller funksjon). De kliniske miljøene i kommunene og sykehus har gitt tilbakemelding om at disse samhandlingssengene fungerte godt. Det anslås at seks somatiske senger er tilstrekkelig for Kristiansund kommune (det samme antallet som tidligere). Antallet vil sannsynligvis øke pga. interkommunalt samarbeid. I tillegg anbefaler

¹⁰ Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)

¹¹ Senter for omsorgsforskning rapportserie nr 13/2015. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

¹² Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meld. St. 26 (2014-2015)

kommunene i arbeidsgruppa at antallet senger bør økes med 2-3 for psykisk helse og rusbehandling.

Frisklivssentral - læring og mestring

Frisklivssentraler bygges opp i kommuner over hele landet¹³. Helsedirektoratet anbefaler frisklivssentraler i kommunene for å tilby helsefremmende og forebyggende helsetjenester til befolkningen¹⁴. Målgruppen er de som har økt risiko for, eller som har utviklet sykdom og trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Tilbudet kan benyttes som tidlig innsats for å forebygge sykdom. Det skal også være et tilbud til personer i et behandlings-, rehabiliterings- eller habiliteringsforløp. Tilbudene ved frisklivssentralen er en del av det samlede lærings- og mestringstilbudet i kommunen. Frisklivssentralen er en tverrfaglig tjeneste og de ansatte kan ha ulik faglig bakgrunn, som for eksempel fysioterapi, ernæring, pedagogikk, ergoterapi, sykepleie, folkehelsevitenskap og psykologi.

Traumebehandling

Traumebehandlingstilbudet i DMS er beskrevet til å bygge opp kompetanse for personer som har opplevd krig og flukt, tilrettelagt med tolketjeneste. Polikliniske tjenester og DPS vil være viktige samarbeidspartnere for kommunene på dette området.

Andre tjenester

- Det kommunale tilbudet i Kristiansund for psykisk helse og rusbehandling er i dag spredt på flere områder (både kontorer og tjenestetilbud). Dette arealet kan samles i et framtidig DMS.
- Det er ønskelig å tilby fastleger i Kristiansund kommune lokaler i DMS-et. Fastleger, legespesialister (i spesialisthelsetjenestefunksjonene), medisinske og kirurgiske poliklinikker vil ha nytte av å være lokalisert nært hverandre i samme bygg.
- Kristiansund kommune sitt helsetilbud til barn og unge, inklusiv helsestasjon, ligger i dag i lokaler som skal fraflyttes omtrent samtidig med at SNR blir realisert. Kommunen uttrykker at det kan være attraktivt å samlokalisere disse i et DMS.
- PPT (pedagogisk-psykologisk tjeneste) for flere Nordmørskommuner er en tjeneste som også kan etableres i et framtidig DMS. Hvis spesialisthelsetjenestens BUP samt kommunens helsestasjon kommer inn i DMS, vil man her ha verdifulle synergier både for pasienter for ansatte (fagutvikling).

3.3.1 Arbeidsgruppens syn på nærhetsbehov og samhandlingsgevinster

Kompetanse

Arbeidsgruppen mener at en samlokalisering og integrering av kommunale tjenester i DMS, vil være en styrke for kompetanseoppbygging og tjenestetilbudet til befolkningen. For de mindre kommunene kan små deltidstillinger og «halve-senger» samles i DMS, utnyttes bedre og dermed gi mulighet for et sterkere fagmiljø. For de kommunene som får lang avstand til DMS-et i Kristiansund, kan ambulante tjenester ytes desentralt samtidig som personalet får gevinst av å delta i et større fagmiljø i DMS-et (ved å være tilstede i DMS i perioder/kommunisere vha. IKT løsninger). Noen tjenester kan gjelde bare for befolkningen nærmest DMS-et (f.eks. tilbud på dagtid for befolkningen i Kristiansund).

¹³ <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler>

¹⁴ Helse og omsorgstjenesteloven og <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral>

Sengeområdet

Arbeidsgruppen er kjent med at det er en viktig erfaring fra andre DMS (jf. Værnesregionen DMS) at både senger og helsepersonell blir utnyttet fleksibelt. Sengeområdet i et DMS bemannes i stor grad av sykepleiere der mange har videreutdanning og/eller en bred og fleksibel kompetanse gjennom arbeidserfaring fra kommunalt- og spesialisthelsetjenestenivå. I tillegg inngår vanligvis fysioterapeuter, ergoterapeuter og DMS lege som en del av personellgruppen (jf. Værnesregionen DMS). Videre kan helsepersonell ha delte stillinger mellom kommune og spesialisthelsetjenesten eller mellom DMS og kommune.

I et DMS bør ulike typer kommunale-, interkommunale- og etterbehandlingssenger (fellessenger) samlokaliseres. Til sammen kan sengeområdet bestå av døgnplasser for rehabilitering (kommunale), ØHD og etterbehandlingssenger. De ulike døgnplassene vil bidra til å styrke helsepersonells kompetanse, utvikle et fleksibelt miljø og skape en effektiv sengeenhet. Sengeområdet kan også tilby tjenester på dagtid for de pasientene/brukerne som har anledning til å bo i egne hjem, dvs. nært DMS-et. Arbeidsgruppen foreslår også at det gis et tilbud i DMS for pasienter som har behov for assistanse før polikliniske undersøkelser.

ØHD senger både innen somatikk og psykisk helsevern/rus vil ha nytte av nærhet til laboratorietjenester, røntgen og polikliniske tilbud. Når disse tilbudene er på samme sted, blir tjenestene tilgjengelige og de kan utnyttes effektivt både til nytte for pasienter og DMS-virksomheten. Videre er samlokalisering med legevakt en naturlig del av et pasientforløp. Pasientens forløp kan f.eks. starte med en observasjonsplass i legevakt. Dersom pasienten har behov for en videre avklaring, kan tilbudet gis gjennom et opphold i en ØHD seng. Disse sengeplassene i DMS-et kan være et alternativ til innleggelse i sykehus. Avklaringen under ØHD oppholdet, kan også resultere i en nødvendig innleggelse i sykehus.

Frisklivssentral – læring og mestring

Arbeidsgruppen anbefaler at frisklivssentral og kommunale lærings- og mestringstilbud samlokaliseres i DMS-et. I tillegg er spesialisthelsetjenestens oppgave, opplæring av pasienter og pårørende, en naturlig samarbeidspartner for å fremme godt koordinerte og helhetlige forløp. Det anbefales også at frisklivssentralen tilbyr ambuleringstjenester.

Rehabilitering

Arbeidsgruppen peker på at rehabiliteringsområdet er uavklart og anbefaler at det utredes videre, herunder DMS-oppgaver i forløpet. Dersom DMS-et skal ha et interkommunalt tilbud innenfor rehabilitering, bør behandlingsbasseng være tilgjengelig.

Andre tjenester

- Legevaktsformidling og responscenter (Jf. Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling kap. 6) ses i sammenheng fordi disse krever en spesiell kompetanse fra helsepersonell.
- Områder som møterom, undervisningsrom og liknende arealer kan med fordel være sambrukareal for flere enheter og nivå i DMS-et.
- Arbeidsgruppen mener at DMS-et må ha kantinetilbud og kiosk.

- Når det gjelder private helserelaterte tjenester, uttaler arbeidsgruppen at samlokalisering med private tjenester som apotek, fysioterapi, avtalespesialister, fastleger og tannleger i DMS-et har betydning felles kompetanseoppbygging, forenkler forløp og gir tilgjengelig tjenester.

4. Kompetanseutvikling

«... det skal lønne seg for sykehus og kommuner å spille på lag. Med kloke løsninger skal pasienter få rett behandling på rett sted og til rett tid»¹⁵

Spesialisthelsetjenesten spiller en sentral rolle i kompetanseutvikling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelsetjeneste. Dette berører både forebygging, tidlig intervensjon og behandling.

Utskrivning av pasienter

Når vesentlig pasientinformasjon mangler eller er ufullstendig ved utskrivning fra sykehus, kan det få alvorlige konsekvenser for oppfølgingen av pasientene/brukerne i kommunen. En nylig rapport fra Helsetilsynet viste mangelfull samhandling mellom nivåene¹⁶. Tilsynet viste at pasienter fikk for lite informasjon om behandlingen på sykehuset og hva som skulle skje når de kom hjem. Det var svikt i overføring av informasjon mellom sykehus og kommune. Det handlet dels om måten informasjon ble oversendt på, men også om mangler ved innholdet, eksempelvis om pasientens helsetilstand, funksjonsvurdering og legemiddelinformasjon.

Reinnleggelser kan være en belastning både for pasienten, pårørende og helsetjenesten. Reinnleggelser kan forklares med forhold både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og derfor er samhandlingen mellom tjenestenivåene viktig for å hindre unødige reinnleggelser¹⁷. En rekke forhold kan ha betydning, f. eks. lengde på sykehusopphold, tilgang på hjemmebaserte tjenester, tverrfaglige tiltak og læring- og mestringstilbud^{18 19}.

I Norge beregnes kvalitetsindikatorer for *Risikojustert sannsynlighet for reinnleggelse av eldre pasienter innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus*²⁰. Ved hjelp av denne indikatoren kan forekomsten av reinnleggelser for det enkelte sykehus og kommuner følges over tid og benyttes som grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid. Resultatene for 2014 viser at sannsynligheten for reinnleggelser er størst for eldre innlagt med astma/KOLS, hjertesvikt eller lungebetennelse. Det kan være naturlig at kommuner og sykehusene undersøker nærmere og utvikler mer kunnskap om hvorfor mange i disse gruppene blir

¹⁵ Samhandlingsreformen, St.meld. nr 47, (2008-2009). Forord

¹⁶ Helsetilsynet. Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen 2016

¹⁷ Notat fra Kunnskapssenteret. April 2012. Reinnleggelser av eldre i Norge

¹⁸ Yam CH et al. Measuring and preventing potentially avoidable hospital readmissions: a review of the literature. Hong Kong Med J 2010

¹⁹ Bruke CM et al. Identifying keys to success in reducing readmissions using the ideal transitions in care framework. BMC Health Serv Res 2014

²⁰ Folkehelseinstituttet 2016. Kvalitetsindikatoren 30 dagers reinnleggelse etter sykehusopphold. Resultater for sykehus og kommuner 2014

reinnlagt.

I vedtatt samhandlingsavtale mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF er samarbeid for å sikre kompetanseutvikling og kompetanseoppbygging formalisert gjennom delavtale 6; «Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering». Formålet er å bidra til gode helsetjenester i et helhetlig pasientforløp.

Helhetlig forløpsperspektiv

Endring av sykehusstruktur og utvikling av nytt DMS i Kristiansund er en kompleks omstillingsprosess som vil kreve et tett samarbeid mellom ulike helseaktører på tvers av forvaltningsnivå for å lykkes. Det nye DMS Kristiansund må levere helsetjenester av høy faglig kvalitet og evne å realisere synergieffekter av samlokalisering på en best mulig måte, i tråd med det helsepolitiske bildet. Oppgave- og ansvarsfordelingen mellom helseforetaket og kommunene skal lede an til en sterkere kommunerolle. I dette ligger det at oppfølging av helhetlig forløpsperspektiv kan ivaretas på lavest effektive omsorgsnivå (BEON)²¹, eksempelvis kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD - beskrevet i kap. 3.3).

En rapport utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet viser en oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de fire første årene med ØHD; bruk av plassene, legenes kunnskap og tillit til tilbudet, erfaringer med interkommunalt samarbeid, lovbestemmelsens betydning for organisering av tilbudet og helseforetakenes rolle²². I følge oppsummeringen er det primært eldre pasienter som legges inn i det kommunale tilbudet, de fleste kommer fra hjemmet og skrives ut tilbake til hjemmet (etter et ØHD opphold på en til tre dager). Derimot er bruken av ØHD sengene lavere enn forventet. Gjennomsnittlig beleggsprosent for 2013-2014 var på kun 34 prosent. Behov for forankring av tilbud i kommunene blir trukket fram som en sentral driver, men som kan utfordres av fastlegenes og legevakslegenes kjennskap og tillit til tilbudet og vilje til å bruke dette etter formålet. Det blir vist til at lang geografisk avstand til det interkommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet og strenge eller for spesifiserte inklusjonskriterier kan ha en negativ innvirkning på bruk.

Utdanning

Spesialisthelsetjenesten har et lovpålagt ansvar om å utdanne helsepersonell²³. Behovet for å rekruttere helsepersonell er stort. Spesialisthelsetjenesten utfordres til å ha nok praksis utdanningsplasser, og universitet og høyskoler utfordres til å holde tritt med den medisinskfaglige og teknologiske utviklingen. I fremtiden må de tilgjengelige undervisningsarenaene utnyttes for å dekke opp behovene for praksisplasser.

Det medisinske fakultet, NTNU sier i sitt hørings svar til Konseptfaserapport for SNR (13.10.2016) at sengeposter med inneliggende pasienter, dagbehandling, poliklinikk og DMS er en viktig premisse for utdanning av studenter som skal følge pasienten. Dette betyr at et DMS vil være en viktig utdanningsinstitusjon for fremtidens helsepersonell, som også inkluderer medisinstudenter og leger i spesialisering (LIS). Dette forutsetter at kommunal virksomhet og spesialisthelsetjenesten samhandler godt

²¹ BEON-prinsippet betyr at helhetstenkning rundt forebygging, tidlig intervensjon, diagnostikk, behandling og oppfølging i størst mulig grad ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå. Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47. (2008-2009)

²² Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meld. St. 26 (2014-2015)

²³ Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8. Sykehusenes oppgaver

og har felles planer for slik utdanning og praksis. Det forutsetter også at utdanningsinstitusjonene reviderer utdanningsplaner slik at de samsvarer med omstillingene i helsetjenesten.

For å kunne håndtere dette i et fremtidig DMS må det også planlegges areal til generelle undervisningsareal, studentarbeidsplasser og til simulering- og ferdighetstrening.

Forskning

Helse Møre og Romsdal HF, Kristiansund Sykehus driver i dag forskningsvirksomhet innenfor det ortopediske fagområde; med fire ph.d. stipendiater og ytterligere to - tre i nær fremtid. Arbeidsgruppen peker på at dette er et unikt miljø, for lokalsykehus å være, og som kan fortsette sin virksomhet inn i SNR. I planene for «Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling»²⁴ (se kap. 6) er det referert til at en av grunnsøylene skal være innovasjon. Forskning og innovasjon henger tett sammen. I handlingsrommet som defineres mellom kommunal helsetjeneste, spesialisthelsetjenesten og innovasjon bør det finnes områder som kan generere gode forskningsprosjekter. Det bør være en ambisjon å etablere et forskningsprosjekt så tidlig som mulig. Et slikt forskningsprosjekt kan være med på å binde de ulike fagmiljøene og «Regionalt senter for helseinnovasjons og samhandling» sammen og vil således også være en katalysator i utviklingen og etableringen av DMS-et.

Forskning skal være forankret ved universitetene, men ved å samle og legge til rette for et aktivt forskningsmiljø kan mye av forskningen utføres i sykehuset og i DMS-et.

Forskningsresultater viser at avdelinger som driver med forskning har gevinster i forhold til de som ikke driver med aktiv forskning. Dette kommer til uttrykk ved²⁵

- Bedre kvalitet i pasientbehandling
- Er mer effektive
- Fremmer arbeidsmiljø og trivsel på arbeidsplassen

Helse Møre og Romsdal erfarer at der det er tilrettelagt for å drive med forskning, rekrutteres lettere nye forskningstalenter.

5. Teknologi og IKT

For det nye sykehuset i Nordmøre og Romsdal er det en forutsetning at det blir etablert stabile, robuste og framtidrettede IKT-løsninger²⁶. IKT-infrastrukturen som etableres i DMS Kristiansund må ha nødvendig kapasitet og kvalitet for å understøtte nye teknologiske løsninger.

I dokumentet «Overordnet IKT strategi og Mål» finner vi denne formuleringen som kan være et eksempel på hva vi kan og skal forvente av IKT-løsningene i SNR:

«Dette er en unik anledning til å etablere en fremtidsrettet DMS i Kristiansund med et bredt spekter av poliklinisk virksomhet som samhandler med andre kunnskapsressurser i spesialisthelsetjenesten, med

²⁴ Nordmøre Regionråd – ORKidé 2016. Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling. Forprosjektrapport

²⁵ Gunnar Bovim, NTNU

²⁶ Prosjektstyret SNR (2016), Styringsdokument SNR, Styresak 34/16

kommunal helse- og omsorgstjenesten og prehospitaler tjenester. Gode samhandlingsverktøy, muligheter for deling av høykvalitet medisinsk visualisering og felles journalløsning på tvers av forvaltningsnivåene kan gjøre DMS-et til et fyrtårn og foregangseksempel for en distribuert spesialisthelsetjeneste som er tett integrert med kommunehelsetjenesten.»

«Overordnet IKT strategi og mål» nevner fire hovedområder for IKT i SNR og definerer mål for disse. Disse er beskrevet nedenfor.

IKT og ny medisinsk teknologi

«IKT i SNR skal bidra til å sikre at teknologisk infrastruktur kan nyttiggjøre seg ny medisinsk teknologi innen diagnostikk og pasientbehandling i sentraliserte og desentraliserte strukturer i helsetjenesten.»

Det heldigitale sykehuset

«IKT utvikles for at rett informasjon er tilgjengelig til rett tid til rett person, slik at alle ansatte kan utføre sine oppgaver effektivt og med høy kvalitet, samt at pasientsikkerheten blir ivaretatt. Både kliniske prosesser og prosesser for ledelse og administrasjon krever god, hurtig og sikker informasjonstilgang for å støtte helsepersonellet i deres arbeid med diagnostisering, behandling og pleie, samt administrativt personell med administrasjon, analyse og beslutningsstøtte. Mye blir gjort tilgjengelig for pasienter og pårørende. Informasjons- og kommunikasjonstjenester er digitalisert, felles, integrert og i større grad standardisert.»

Det virtuelle sykehuset

«Helhetlig helsetjeneste med større desentralisert aktivitetsnivå. Langt mindre behov for å forflytte pasienter til klinikk. Diagnostisering og behandling så nært pasienten som mulig og økt dokumentert kvalitet i pasientbehandling.»

Pasientens Helsetjeneste

«IKT-løsningene som utformes bør derfor legge opp til å kunne samhandle med, og dele informasjon direkte med pasienten i størst mulig grad. Dette er sentralt for å sikre pasientens autonomi, deltagelse i samhandling og pasienter med mer kunnskap om egen sykdom og behandling.»

Det er to store anskaffelsesløp i Helse Midt-Norge (HMN) som delvis er sammenfallende med tidslinjen i SNR. Helseplattformen skal erstatte dagens PAS/EPJ, men vil også inneholde leveranser og løsninger knyttet til velferdsteknologi. Det andre er «Nytt Laboratoriesystem». Disse to programmene, og andre, vil ha avhengigheter til hverandre.

Teknologi, og i særdeleshet IKT-teknologi for understøttelse av arbeidsprosesser i DMS-et, vil fra et spesialisthelsesynspunkt være forankret i de løsninger som Helseplattformen gir. De tjenestene som spesialisthelsetjenesten tilbyr i DMS Kristiansund skal ha samme kvalitet som i SNR forøvrig. Dette betyr at det i utgangspunktet blir tilgang til de samme IKT-løsninger i DMS Kristiansund som i sykehuset på Hjelset. For SNR kan det allikevel bli selvstendige utviklingsprosjekt på IKT som ikke dekkes av disse to programmene.

I sum skal dette bidra til å gi bedre samhandling mellom pasient, primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

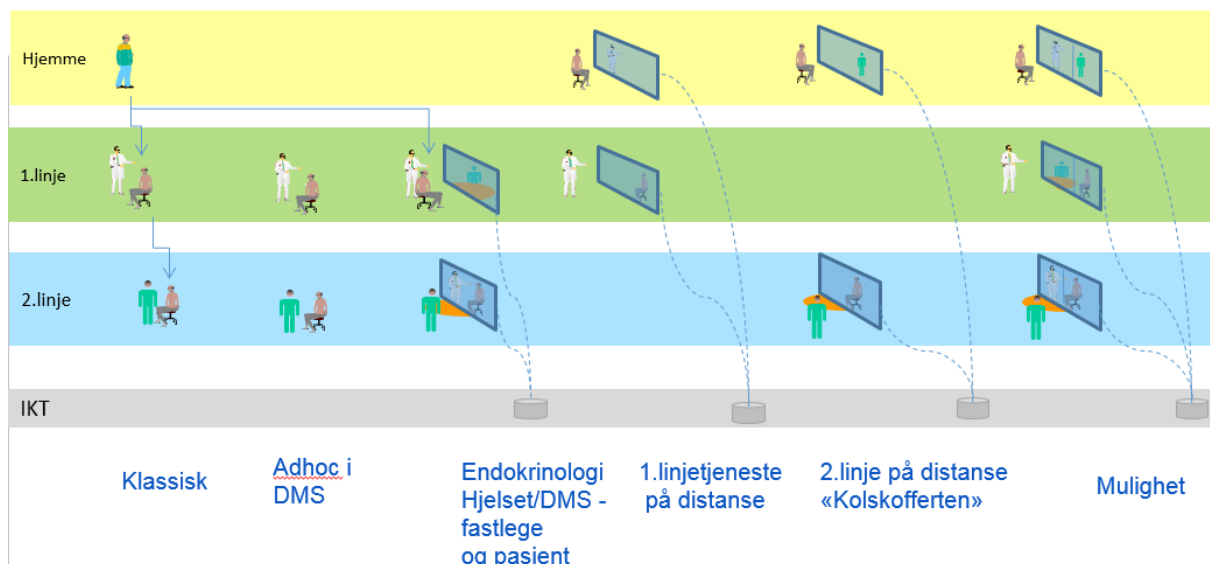
Det nye journalsystemet som Helseplattformen skal levere, kan ses som navet i IKT-løsningene for SNR. For å oppleve at IKT-systemene skal være til nytte, er det avgjørende å se sammenhengen mellom organisasjon, prosess og teknologi. IKT-system alene løser ikke samhandlingsutfordringene mellom nivåene i dagens helsetjeneste, men IKT er et virkemiddel for å understøtte de prosesser som skal til for å lykkes med samarbeidet.

Velferdsteknologi, spesielt den delen av velferdsteknologi som gjelder pasientovervåking, er et felt hvor det ventes betydelig utvikling i årene framover. Denne teknologien er mer direkte knyttet til pasienten, og man antar at det i årene framover vil bli utviklet flere sensortyper som kan benyttes i monitorering og overvåking av pasienter. Dette er et område som vil være egnet for innovasjonsprosjekter.

Metodene som anvendes i Virksomhetsarkitektur er et godt egnet verktøy til å etablere velfungerende prosesser innenfor velferdsteknologi.

Figur 5.1 nedenfor viser konsultasjoner ved hjelp av teknologi. Til venstre i bildet fremstilles en klassisk henvisning fra fastlege til spesialist. Deretter vises muligheter for ad hoc avklaringer mellom nivåene når disse er samlokalisert i et DMS. Videre fremstilles en videokonsultasjon der fastlege og pasient tar opp problemstillinger med spesialister i sykehus/DMS. Tilsvarende konsultasjoner kan også gjennomføres mellom pasienten i hjemmet og fastlege eller spesialisthelsetjenesten (f.eks. Kolskofferten²⁷). Til høyre i bildet illustreres en samtale der alle de tre partene deltar.

Samhandlingsløsninger i pasientbehandling



Figur 5.1 Samhandling med IKT støtte

²⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=ZVpWt4dJJ7A>

Følgende dokument er utarbeidet for IKT i SNR:

- Overordnet teknisk plan IKT
- Overordnet IKT strategi og mål
- Overordnet IKT plan og konseptskisse

6. Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling

«Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling»²⁸ er et samarbeid mellom kommunene i Orkide – Nordmøre regionråd. Nedenfor gjøres det rede for innholdet i «Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling» på bakgrunn av beskrivelser fra ORKidé og forprosjektrapport²⁹.

Private aktører og tjenester er i denne rapporten beskrevet i kapittel 6. Dette gjøres fordi private tjenester utgjør en vesentlig del av Helseinnovasjonssenteret.

Kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester inngår både i beskrivelsen av DMS Kristiansund og i Helseinnovasjonssenteret, og begge ser gevinster ved å samle tjenester og kompetanse på tvers av fag og nivå. Figur 6.1 illustrerer dette.

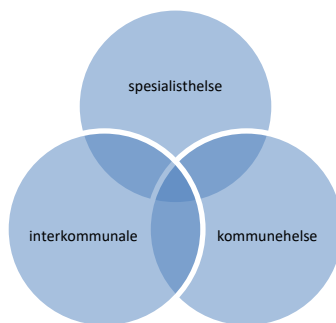


Fig 6.1 Samhandling

Både DMS Kristiansund og Helseinnovasjonssenteret ønsker å legge til rette for forebygging, brukermedvirkning³⁰, utdanning og forskning³¹. Helseinnovasjonssenteret vektlegger bruk og utprøving av ny teknologi (inkl. velferdsteknologi) og FoU i sine beskrivelser. Det er størst ulikhet mellom DMS og Helseinnovasjonssenteret når det gjelder volumet av private aktører. Næringslivsaktører inngår som en av fem sentrale fagområder i Helseinnovasjonssenteret. I DMS-et er innholdet av private tjenester vektlagt i mindre omfang, dvs. DMS Kristiansund skal kunne inneholde private helse- og sosialtjenester.

ORKidé vektlegger at utviklingen av Helseinnovasjonssenteret må skje i nært samarbeid med HMR og utviklingsarbeidet rundt SNR.

²⁸ Forkortes som Helseinnovasjonssenteret i rapporten

²⁹ Nordmøre Regionråd – ORKidé 2016. Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling. Forprosjektrapport

³⁰ Lov om pasient- og brukerrettigheter

³¹ Lov om spesialisthelsetjenester

Det er en ambisjon at Helseinnovasjonssenteret skal utvikle nyskapende helhetlige helsetilbud og pasientforløp gjennom samlokalisering og samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste, private aktører og pasient/brukerorganisasjoner.

Helseinnovasjonssenteret planlegges rundt fem sentrale fagområder:

- Forskning og innovasjon
- Velferdsteknologi og responsentertjenester
- Kommunale tjenester/spesialisthelsetjenester
- Helse som næring
- Brukermedvirkning

Disse fem områdene er nærmere beskrevet under.

Innovasjon, samhandling, utdanning og forskning

Orkidé viser til at avdelingen for innovasjon, samhandling, utdanning og forskning skal være overbyggende for hele Helseinnovasjonssenteret. Dette er aktiviteter som skal kunne knyttes tett sammen for å kunne løse utfordringer i samfunnet og næringslivet - for å gi befolkningen helsetjenester av høy kvalitet.

Innovasjon i Helseinnovasjonssenteret dreier seg om å utvikle og innføre nye og bedre produkter og tjenester, forbedringer i form av bedre og mer kostnadseffektive prosesser, organisatoriske løsninger og pasientflyt. ORKidé fremhever at innovasjon kan skape en ny verden av tjenester og erfaringer, og innovasjon er et av virkemidlene for å redusere det økende gapet mellom ressurser og behov i framtidens helsetjeneste. Brukernes erfaring står helt sentralt i arbeidet med å identifisere behov, påvirke design av tjenester, produkter og tjenestemodeller.

Som beskrevet i rapporten «Distriktsmedisinsk senter i Kristiansund», datert 11.06.2016, er Samhandlingsreformen også et viktig grunnlag for ORKidé og planleggingen av Helseinnovasjonssenteret.

I både DMS-et og i Helseinnovasjonssenteret skal det tilrettelegges for utdanning. Velferdsteknologiske løsninger kan være en sammensatt oppgave og krever både helsefaglig, teknologisk og pedagogisk kompetanse fra bruker og personell. Helseinnovasjonssenteret har ambisjoner om å bidra til å etablere nye utdanningsløp innen velferdsteknologi. Det jobbes konkret med nye tilbud og intensjonsavtaler med utdanningsinstitusjoner. Det arbeides også konkret med avtaler om etablering av nasjonalt kompetansesenter med en brukerorganisasjon.

Når det gjelder forskning, viser Helseinnovasjonssenteret til det ortopediske miljøet ved Kristiansund Sjukehus. Samlokalisering med DMS og det allerede etablerte forskermiljøet i Kristiansund vil kunne generere mer forskning. Det er også ønskelig å knytte en ph.d. til Helseinnovasjonssenteret i tillegg til en masteroppgave.

Responscenter for velferdsteknologi

Kristiansund kommune skal være vertskommune for et responscenter for velferdsteknologi på Nordmøre. Kommunens eksisterende alarmsentral skal utvikles både kapasitetsmessig og kompetansemessig, og det er et mål for kommunen å bli en leverandør for all frihets- og velferdsteknologiske løsninger som regionens kommuner vil benytte seg av. Responscenteret skal utgjøre en viktig del av samarbeidet på Nordmøre. Ny plattform for infrastruktur skal komme i løpet av 2017 og kommunene kjøper i disse dager inn digitale trygghetsalarmer. ORKidé forventer at responscenteret i løpet av få år kan håndtere teknologier som dekker hele spekteret innenfor trygghet, kommunikasjon og aktivisering, men også teknologi og sensorering/monitorering av avansert medisinske data. Dette skal utvikles koordinert og i nært samarbeid med IKT Orkidé³².

Tilknyttet responscenteret skal det også være en testlab for velferdsteknologi hvor all opplæring og testing av utstyr vil foregå. Det framheves at Responscenteret og legevaktsformidling med fordel kan samlokaliseres.

Den digitale samhandlingsarenaen er en forutsetning, blant annet Helseplattformen. Kommuner og spesialisthelsetjenesten må være kompatibel med hverandre. Kristiansund kommune har en ambisjon om å være klar med infrastruktur når spesialisthelsetjenesten er ønsket å kople seg på.

Framtidens responscenter vil ha behov for kompetanse fra leverandører av de mange tekniske hjelpemidlene som vil komme i hjemmet. Dette gir en synergieffekt mellom private tjenester, kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Helse som næring

Næringsutvikling og nasjonal økonomisk utvikling:

Medisinske nyvinninger og ny teknologi er vesentlig for å kunne løse fremtidens helseutfordringer både når det gjelder ressurser og nye behandlingsmetoder. Et åpent og mangfoldig norsk leverandørmiljø er viktig for en god kvalitet på helsetjenestene, pasientsikkerhet og effektivitet. Næringsutvikling innen helse og omsorg med næringslivet som samarbeidspartner og medutvikler av nye løsninger er en klar ambisjon for Orkidé.

HelseOmsorg21³³ viser blant annet til at helse og omsorgssektoren må etablere mekanismer som er innovasjonsdrivere ved at de offentlige tjenesteleverandørene ser at forbedring, innovasjon og effektivisering etterspørres. For utvikling av medisinsk teknologi er det nødvendig med tett samarbeid mellom innovatører og utviklere på den ene siden og brukere og utprøvere på den andre. E-helse- og velferdsteknologiløsninger har behov for tydelighet om standarder og infrastruktur som sikrer at de forskjellige løsningene kan kommunisere med hverandre.

³² Er ORKidé-samarbeidets felles organisasjon for Ikt tjenester. Består av samtlige kommuner på Nordmøre, samt Romsdalskommunene Nesset og Fræna. <http://www.orkideportalen.no/ikt-orkid>

³³ Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) tok våren 2013 initiativ til HelseOmsorg21 (HO21). Målet med HO21 er å bidra til en kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste kjennetegnet av kvalitet, pasientsikkerhet og effektive tjenester» <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/HelseOmsorg21/id764389/>

Utdanning, forskning og innovasjon må samhandle for at man skal kunne løse utfordringer i samfunnet og næringslivet (kunnskapstriangel)³⁴. Dette ser man igjen i overbygningen i «Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling», både mot (inter)kommunale og spesialisthelsetjenester, private aktører og brukerorganisasjonene.

Et konkret forslag fra Helseinnovasjonssenteret er at private aktører vil kunne leie og nyttiggjøre seg ledig operasjonsromkapasitet i DMS-et (forutsatt at aktiviteten ikke konkurrerer med det offentlige tilbudet).

Brukermedvirkning

Helseinnovasjonssenteret har satt brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner som en gjennomgående del av senteret. Brukernes erfaringer og synspunkter skal tas med i utviklingen og anvendelsen av kunnskap.

7. Avtaler

Kommuner

For de to lokasjonsalternativene i Kristiansund, er det foreløpig ikke konkludert med eierskap og drift av byggene. Dette gjør det vanskelig for kommunene å forplikte seg til konkrete avtaler som medfører økonomiske bindinger i DMS, vedrørende areal og tjenester. Likedan er det vanskelig å spå om behovet for tjenesteinnhold langt fram i tid uten at man har hatt en grundig prosess i kommunene. Denne prosessen har man verken hatt tilstrekkelig tid eller mulighet til å gjennomføre i løpet av det siste året.

Forvaltningsapparatet i kommunene trenger både lenger tid og mer avklarte forhold for å inngå avtaler.

Kristiansund kommune, samt «Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling» har imidlertid gitt uttrykk for at hvis det blir et DMS med dagkirurgi i Kristiansund, vil de flytte inn/etablere tjenester i eventuelle ledige arealer (i alternativet Kristiansund Sjukehus, se kap 8). De mener at HMR ikke tar noen risiko med dette alternativet. Kommunen signaliserer at de kan bidra til å løse en eventuell risiko. For alternativet med nybygg knyttet til Storhaugen Helsehus (se kap. 8), gir kommunen uttrykk for at det ikke er interessant for dem å investere i nytt areal der.

Kommunene peker på mulighetsrommet som gis et DMS og at avtaler lar seg skrive når man mer vet hvilket konsept som blir vedtatt.

Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling

Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling, forankret i ORKidé, arbeider med å signere en rekke intensjonsavtaler med private aktører innenfor helse. Det jobbes med både små og store, lokale, nasjonale og internasjonale aktører; intensjonsavtaler innenfor forskning og innovasjon, velferdsteknologi og responsentertjenester, helse som næring og brukermedvirkning.

ORKidé har størst fokus på å få til avtaler med parter og tjenester hvor man vil se de største synergiene av samlokaliseringen. Forutsatt at helseinnovasjonssenteret og DMS blir samlokalisert søkes ikke intensjonsavtaler med parter som driver konkurrerende virksomhet med allerede eksisterende tilbud tenkt

³⁴ http://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Kunnskapstriangel_skal_gi_oss_losningene/1253980556489

inn i DMS.

8. Alternativene

Arbeidsgruppa har drøftet synergier og merverdi ved å ha helsetjenester samlokalisert på tvers av nivåene (kommunale- og spesialisthelsetjenester). Her har man en stor grad av enighet. Det er et samlet ønske om å legge til rette for de beste pasientforløpene for pasienter og pårørende. Alle ser muligheter som ligger i å skape et DMS, der man har fokus på en innovativ, fremtidsrettet og koordinert helsetjeneste. Arbeidet viser et stort spenn av som enten bør være eller kan være i et DMS; beregnede spesialisthelsetjenester (jf. Konseptrapport SNR), beregnede eller anslåtte kommunale/interkommunale, private helsetjenester og mulige samhandlingstjenester (fellestjenester).

Mens gruppearbeidet har pågått, har man vært midt i en høringsprosess på Konseptrapport SNR. Nordmørskommunene og ORKidé har gitt klare høringsuttalelser på hvilket alternativ som må velges; DMS med dagkirurgi i eksisterende sykehus. Dette mener man vil gi større samfunnsøkonomiske gevinster, best samhandlingsarena, sparte penger i form av å slippe å etablere ny infrastruktur, fremme vekstimpulser og innovasjon, bedre total pasientbehandling, sikre det ortopediske fagmiljøet i SNR, større sikkerhet for robust nok DMS i et langvarig perspektiv og utvikle helse som næring³⁵. Kommunene vektlegger at samlokalisering av en rekke tjenester samt dagkirurgi er en forutsetning for å lykkes. De mener derfor at det bare er lokasjonsalternativet eksisterende sykehus som har tilstrekkelig areal.

Slik kommunen ser det, kan de ikke gå inn i en drøfting med SNR-prosjektet som innebærer å plassere kommunale/interkommunale aktivitet/funksjoner inn i alle de fire alternativene, fordi de kun anbefaler ett alternativ. Dersom flere alternativ skal drøftes mener kommunene at de vil gå på tvers av sine egne høringsuttalelser.

På bakgrunn av dette har prosjektorganisasjonen utført de følgende vurderingene av aktivitet/tjenester med tilhørende areal - innplassert i lokasjonsalternativene og virksomhetsalternativene.

8.1 Status 2016 Storhaugen helsehus

Storhaugen helsehus i Kristiansund er et kommunalt kompetansesenter for forebyggende helsearbeid, rehabilitering, øyeblikkelig hjelp, palliasjon (lindring) og annen korttidsbehandling³⁶. Storhaugen helsehus ligger på Kirkelandet, like ved Kringsjå- og Rokilde sykehjem. Helsehuset har til sammen 35 døgnplasser fordelt på to avdelinger. Fem av plassene er interkommunale øyeblikkelig hjelp plasser (ØHD) for kommunene Averøy, Gjemnes, Tingvoll og Kristiansund. De øvrige plassene er kommunale korttidsplasser for palliasjon, rehabilitering, utredning og behandling.

Den kommunale legetjenesten er organisert som en egen avdeling ved helsehuset, men er lokalisert på flere steder. Administrasjonen, samt kommuneoverlege og sykehjemsleger har kontor i helsehuset.

Avdeling for forebygging og rehabilitering gir varierte tjenester for voksne over 18 år innen forebygging,

³⁵Bl.a. Høringsuttalelse til konseptrapport for sykehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) – fra ORKidé – Nordmøre regionråd. Høringsuttalelse fra Kristiansund kommune, SNR Konseptrapport

³⁶ <http://www.kristiansund.kommune.no/nyheter/nyhetsarkiv/storhaugen-helsehus.51864.aspx>

behandling, habilitering og rehabilitering til mennesker med medfødt eller ervervet funksjonsnedsettelse. Avdelingen har tjenester innen fysioterapi, ergoterapi, rehabilitering, friskliv og mestring, miljøarbeidertjeneste, dagtilbud og seniorsenter og tilbyr tjenester lokalisert på ulike steder i kommunen.

Friskliv og mestring er et tilbud for personer mellom 18-67 år, bosatt i Kristiansund kommune og som ønsker å endre levevaner innenfor områdene fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og mestring av hverdagen. Friskliv og mestring har to kontor på Storhaugen og tilgang til testrom.

8.2 Status Kristiansund sykehus

Kristiansund sjukehus sitt innhold er omtalt i Konseptrapport SNR, kap. 6, «Status dagens verksemd og bygg». I Hovedfunksjonsprogram revidert versjon 02 (delutredning til Konseptrapporten SNR) kap. 4.1 finnes omtale av teknisk tilstand på eksisterende sykehus.

8.3 Vurdering av alternativene

Prosjektorganisasjonen har i det følgende sammenstilt nærhetsbehov, samhandlingsgevinster og areal og laget forslag til aktivitet/innhold i DMS Kristiansund knyttet til de fire alternativene (fig 8.1).

Prosjektorganisasjonen har først definert et basisinnhold som bør være inkludert i alle de fire alternativene. Dette er gjort på bakgrunn av innspill, erfaringer og utredninger i prosjektet. Dersom man ønsker å utvide innholdet i DMS Kristiansund, utover basis, er dette avhengig av tilgjengelig areal i DMS-et.

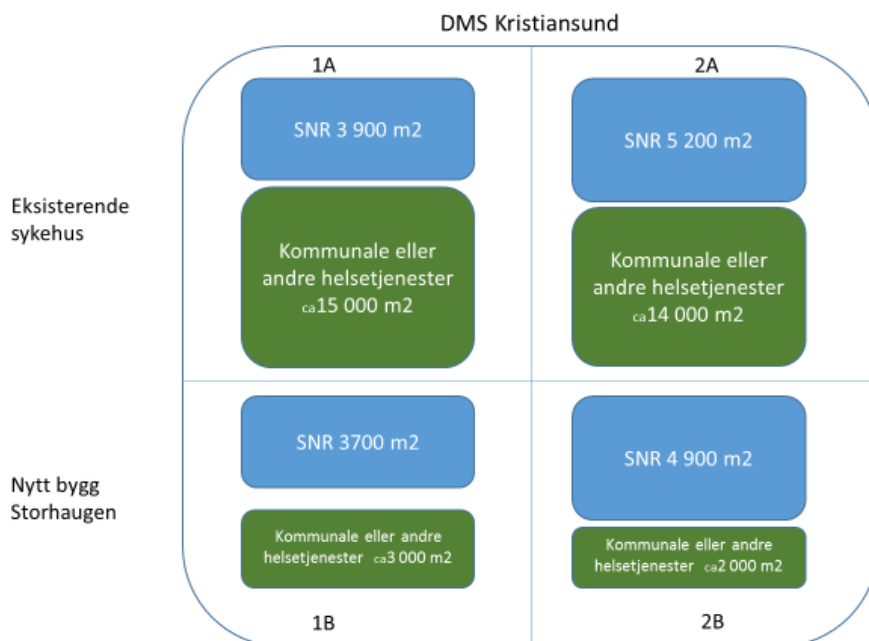


Fig 8.1 Fire alternativ

Alternativ 1A: SNR Kristiansund uten dagkirurgi i dagens sykehus. Alternativ 2A: SNR Kristiansund med dagkirurgi i dagens sykehus.

Alternativ 1B: SNR Kristiansund uten dagkirurgi i nytt bygg. Alternativ 2B: SNR Kristiansund med dagkirurgi i nytt bygg.

Basisinnhold i DMS Kristiansund - 1B og 2B

Med basisinnhold menes de tilbudene som prosjektorganisasjonen anbefaler i alle de fire DMS alternativene i Kristiansund. Basisinnhold med tilleggsaktivitet omtales som et utvidet innhold. (Dette beskrives etter basisinnhold).

Sengeområde

I SNR-konseptet planlegges det ikke at spesialisthelsetjenesten skal etablere egne senger i DMS Kristiansund. Arbeidsgruppen foreslår at det etableres etterbehandlingsplasser (samhandlings-/felles senger) i sengeområdet i DMS-et. I tillegg vil kommunene ha sine ØHD-senger i DMS og eventuelt rehabiliteringsplasser.

Erfaringer fra etablerte DMS (Fosen Helse IKS, Værnesregionen DMS³⁷) viser at samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommune(r) om tjenester knyttet ulike typer senger (døgnplasser), gir gevinst og verdi både for pasient, kommuner og sykehus. Slike sengeområder viser seg å være effektive i drift, man får bemanningsgevinster, fleksibilitet og man øker kompetansen på begge nivå. Samlokalisering legger til rette for sømløse overganger mellom enheter og nivå. I tillegg vil personell i sengeområdet kunne få veiledning fra spesialister i poliklinikken i SNR Kristiansund. Forskningsresultat viser at pasienter blir tidligere utskrevet til kommuner som har etterbehandlingssenger i et DMS sammenlignet med kommuner uten DMS³⁸ og at man unngår innleggelse i spesialisthelsetjenesten³⁹.

Legevakt, legevaktsformidling, responscenter

Legevakt er en vesentlig tjeneste i DMS. Legevakten vil ha nytte av å ha ØHD-senger i samme lokaler. Legevakta vil også få en forsterket tjeneste ved å ha tilgang til funksjoner fra spesialisthelsetjenesten, som røntgen og laboratorietjenester på dagtid.

Legevaktsformidling opplever en gradvis økende sentraliseringstendens på grunn av teknologiutvikling og krav til spesialkompetanse. Man kan se for seg at legevaktsformidlinger i Møre og Romsdal vil samle seg i større enheter. Legevaktsformidlingen i DMS i Kristiansund vil kunne betjene flere kommuner. Samlokalisering i DMS-et gjør det mulig å dra veksler på personell og kompetanse i legevaktsformidlingen, legevakten og det planlagte responscenteret (i «Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling»).

Friskliv, læring og mestring, fysioterapi og ergoterapi, brukerorganisasjoner

En samling av tjenester som understøtter personers egenmestring, helsefremming og forebygging av sykdom eller plager, er ansett som verdifullt både for folkehelsen og for behandlingsapparatet. I DMS-et vil det være pasienter både i døgnavdeling og i poliklinikk. Her kan frisklivssentral, kliniske støttefunksjoner (som fysio- og ergoterapi), samt læring og mestring (på tvers av tjenestenivåene), komme tidlig inn i forløpene og yte en innsats for et bedre kortsiktig og langsiktig forløp for pasientene.

³⁷Dahl U. Hospital discharge of elderly patients to primary health care, with and without an intermediate care hospital – a qualitative study of health professionals' experiences. Int J Integr Care 2014

³⁸ Dahl U. The influence of an intermediate care hospital on health care utilization among elderly patients – a retrospective comparative cohort study. BMC Health Services Research 2015.

³⁹ Lappegard Ø, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital: Experiences from Hallingdal sjukestugu. Scand J Public Health 2012

Fellesarenaer; møterom/undervisningsrom/forskningsareal

For å ta ut gevinsten i det faglige samarbeidet mellom tjenestene i DMS, samt mellom tjenestene i DMS og akuttsjukehuset på Hjelset må det finnes lokaler og IKT løsninger som legger til rette for felles undervisning, felles møter, drive kontorkrevende forsknings- og fagutviklingsarbeid. Man ser for seg at disse synergiene vil tas ut både planlagt og ad hoc.

Forvaltningskontor – tildeling og koordinering

At DMS-et har nærhet til kontoret for tildeling helse- og omsorgstjenester i kommunen, mener man kan gi gevinster som god koordinering, raskere beslutningslinjer og riktigere tjenestetilbud på rett tjenestenivå. Dette er også erfaringer fra andre DMS (jf. Værnesregionen DMS).

Prosjektorganisasjonen vurderer at de ovenstående beskrivelsene sammen med spesialisthelsetjenestene, som beskrevet i delrapporten «Virksomhetsalternativer for spesialisthelsetjenesten», utgjør et basisinnhold for et DMS i Kristiansund (fig. 8.2).

Basisinnholdet bidrar til å oppfylle vedtaket i Foretaksmøtet i 2014 (kap 1)⁴⁰. Både regionale og nasjonale føringer understøtter denne oppfatningen (jf. Samhandlingsreformen, Nasjonal Helse- og omsorgsplan, Nasjonal helse- og sykehusplan). Prosjektorganisasjonen vurderer det slik at det er mulig å samlokalisere disse tjenestene i Storhaugen-alternativet, dvs. i 1B og 2B.

Investeringskostnader/leiekostnader for andre enn spesialisthelsetjenestens tjenester, må vurderes av kommunene.

⁴⁰ Et godt poliklinisk tilbud/distriktsmedisinsk senter i Kristiansund



Fig 8.2 Alternativ 1B og 2B

Merknad til Sum kommunale tjenester i figuren: Kommunene på Nordmøre og ORKidés synspunkt er beskrevet i kap. 7 og 8.

Utvidet innhold i DMS Kristiansund - 1A og 2A

Prosjektorganisasjonen ser det slik at DMS-et vil kunne oppnå enda flere synergier dersom de nedenstående aktivitetene også blir samlokalisert i DMS Kristiansund i tillegg til basisinnholdet. Denne muligheten er tilstede ved bruk av eksisterende sykehus som lokasjon (fig. 8.3).

Investeringskostnad/leiekostnad for andre enn spesialisthelsetjenestens tjenester, må vurderes av kommunene.

Fastleger

Prosjektet antar at det vil være interessant for fastleger i Kristiansund sentrum å flytte sin praksis inn i lokaler i DMS-et. Der vil det være en klynge av helsetjenester som gir verdier både i samhandling med andre behandlere, fagutvikling og koordinering. Fastleger, legespesialister (i spesialisthelsetjenesten), medisinske og kirurgiske poliklinikker vil ha spesielt nytte av å være lokalisert nært hverandre.

ØHD psykisk helse og rusbehandling, kommunal psykisk helse og rus, eventuelt spesialisthelsetjenestens DPS

Nordlandet DPS (spesialisthelsetjeneste) er ikke en del av SNR-prosjektet. Det er derfor ikke anledning til å beregne dette inn i SNR-prosjektet. Temaet omtales likevel i denne rapporten fordi det har vært vesentlig, og arbeidsgruppen peker på store samhandlingsgevinster mellom tjenestenivåene når det gjelder helsetilbud i psykisk helse og rusbehandling. Det er spesielt viktig med god koordinering mellom psykisk

helsevern i spesialisthelsetjenesten og psykisk helsearbeid i kommunene. Samlokalisering og samarbeid vil fremme kompetanse i kommunene og spesialisthelsetjenesten og bidra til at man kjenner hverandres roller. Man vil ha nærhet til avklaringer mellom nivåene, og vil dermed kunne gi et tryggere og raskere tilbud. Et større miljø vil trolig bidra til å styrke rekrutteringen.

Samlokalisering av DPS døgn og DPS poliklinikk vil gi gevinst. For eksempel kan det bli lettere for pasienten å fortsette sin behandling i poliklinikk under/etter et døgnopphold – enten i DPS døgn eller i kommunal ØHD. Samlokalisering kan spare pasientene for reiser, bl.a. ved tilgang på røntgen- og laboratorietjenester. Helsetjenestetilbudene i psykisk helse og rusbehandling vil også ha nytte av en samlokalisering nært friskliv, læring og mestring.

Kommunale tjenester for barn/ungdom/familie, PPT, eventuelt spesialisthelsetjenestens BUP

Det er gitt innspill til arbeidsgruppa på at det er viktige synergier mellom BUP, kommunale tjenester for barn og ungdom, interkommunal PPT. BUP (spesialisthelsetjeneste) er imidlertid ikke en del av SNR-prosjektet, men BUP skal fortsatt være i Kristiansund. Det er særlig pekt på samhandlingsgevinster både kompetansemessig og for pasientene mellom BUP og PPT. Kommunale helsetjenester for barn og unge vil også ha nytte av en samlokalisering med friskliv, læring og mestring.

Senter for helseinnovasjon og samhandling, samt private helsetjenester

Senteret er omtalt i kapittel 6. Arbeidsgruppen ser at mye av det som «Regionalt senter for Helseinnovasjon og samhandling» planlegger og jobber for, vil styrke DMS-et i Kristiansund. Dette gjelder både for bredde på tilbud, som pådriver for innovasjon mellom tjenestene og mellom nivåene, samt levering av konkrete helsetjenester. Styrken ligger i robusthet og samhandling i samlokaliseringen. Det forventes at man vil finne flere grenseflater og synergier etter hvert som prosjektet utvikler seg⁴¹.

⁴¹ Nordmøre Regionråd – ORKidé 2016. Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling. Forprosjektrapport

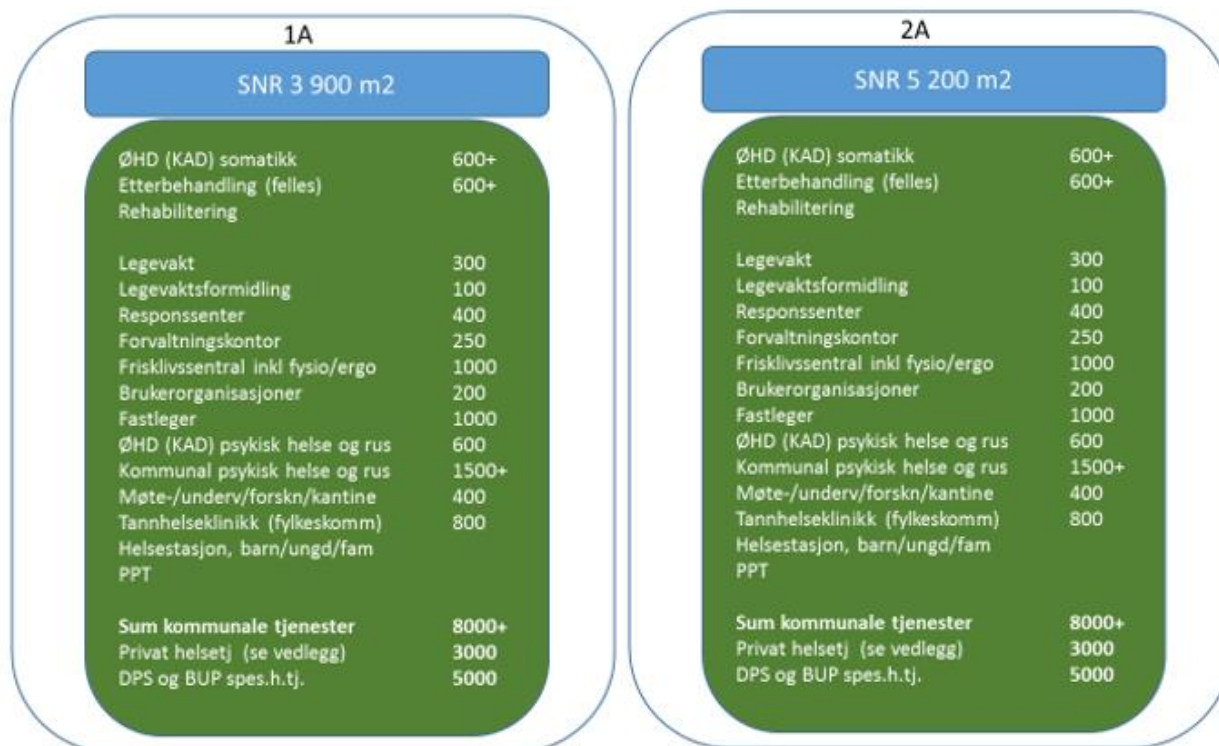


Fig 8.3 Alternativ 1A og 2A

8.4 Oppsummering

Arbeidet gir et godt grunnlag til å skissere innhold og muligheter i DMS i Kristiansund; i de fire alternativene som blir utredet i konseptfasen. DMS-et vil inneholde både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester hovedsakelig til befolkningen i Kristiansund og på Nordmøre. I tillegg kan også private helsetjenester være lokalisert i DMS-et.

Samlokalisering av helsetjenester på tvers av nivåene, vil gi synergier til nytte både for pasienter, for helsepersonell og for de ulike driftsenhetene. Utvikling av koordinerte pasientforløp mellom aktørene, samt fellesarenaer for undervisning, læring og mestring vil også kunne være en arena for innovasjon og nye teknologiske løsninger. Spesialisthelsetjenesten vil kunne oppnå flere gevinster gjennom å lokalisere noe av sine SNR-tjenester sammen med kommunale tjenester i DMS. Det vil gi en nær samhandlingsmulighet som gir nyttig kunnskap og erfaringer. Dette kan anvendes og utvikles også i relasjon til andre kommuner og samarbeidspartnere.

Arbeidet med et DMS har ikke vært så detaljert at man kan tallfeste konkrete driftsøkonomiske gevinster, men det ligger en ambisjon og antagelse om at nær samhandling og bedre koordinering av tjenester, gir driftsøkonomiske gevinster for alle driftsenheter.

Prosjektorganisasjonen har vist et DMS med funksjonsinnhold og areal på Storhaugen (figur 8.2). Dette er et basisinnhold som inneholder vesentlige felles fag- og samarbeidsområder på tvers av omsorgsnivåene.

Storhaugen helsehus har i dag kommunale døgnplasser, hvorav fem ØHD (somatikk) er et interkommunalt tilbud. Storhaugen har også tilbud innen forebygging og rehabilitering. Det betyr at noen av basistilbudene i alternativ 1B og 2B allerede er tilstede. På Storhaugen er det vist at man kan bygge og etablere et spesialisthelsetjenestetilbud med eller uten dagkirurgi. Man kan også bygge nytt areal til å etablere noen flere kommunale tilbud, men i mindre grad enn mulighetene i lokasjon eksisterende Kristiansund sjukehus. På Storhaugen vil nytt bygg har større investeringskostnader, men mindre vedlikeholdskostnader⁴². Storhaugen vil ha mindre tilgjengelig areal og derav også begrensninger i videre utvikling av DMS-et i et langtidsperspektiv. Parkerings- og trafikkutfordringer er foreløpig ikke løst. Det er ikke aksept for dette alternativet blant Nordmørskommunene.

Prosjektorganisasjonen har vist et DMS med funksjonsinnhold og areal i eksisterende Kristiansund sjukehus (figur 8.3). Dette alternativet har mer areal disponibelt, som gir anledning til å legge til flere kommunale tjenester, noe som kan gi et større og mer differensiert DMS. I dette alternativet vil det også være disponibelt areal til private helseaktører⁴³. Det er sannsynlig at samlokalisering av offentlige tjenester fra begge nivå og private tjenester vil legge til rette for at tjenestene understøtter hverandre, samarbeider om innovasjon og utvikler sterkere fagmiljø enn dersom tjenesteområdene utvikles hver for seg i ulike lokaler. Alternativet har en usikkerhet knyttet til at bygget har et stort areal, at avtaler knyttet til eie- og leieforhold er uavklart og at vedlikeholdskostnader vil påløpe over tid. Arbeidsgruppen har vist DMS-funksjoner og en rekke andre funksjoner som kan finne sin plass i arealet. Kristiansund kommune har signalisert at de kan bidra med å løse en eventuell risiko knyttet til å få hele bygget fylt med innhold.

Arbeidsgruppa for DMS oppnådde ikke samlet å stå bak innholdet i begge lokasjonene. Dette fordi Nordmørskommunene ikke ønsker et DMS i nytt bygg på Storhaugen, men peker på å bruke eksisterende sykehus til dette (se kap. 7 og 8). «Regionalt senter for helseinnovasjon og samhandling» har et ønske og en ambisjon om å samlokalisere flere av sine tilbud med DMS-et og slik hente ut synergier for alle parter. Det presiseres at dette ikke vil la seg gjøre arealmessig med Storhaugen som lokasjon.

9. Videre arbeid

Dimensjonerende forutsetninger, aktivitet og areal, er ikke tilstrekkelig kvalitetssikret. Dette arbeidet bør fortsette i et samarbeid mellom kommunene som inngår i Orkidé – Nordmøre regionråd med sikte på å komme fram til konkret framskrevet arealbehov for kommunale- og interkommunale tjenester i DMS-et. Forslag til fellestjenester (for eksempel etterbehandlingssenger) bør utarbeides i samarbeid med HMR HF.

Målsettingene for DMS-arbeidet er å prøve ut og utvikle tverrfaglige prosjekter og innsatsområder på tvers av sektorer som også kan følges opp og implementeres andre steder i fylket, regionen eller landet (eksempelvis IKT-løsninger). Derfor bør DMS-arbeidet ha oppmerksomhet rettet mot en ytterligere konkretisering av aktivitet og samarbeid, og på forberedelser til innflytting i bygg med nye pasientforløp, ny organisering, ny teknologi og innovasjon.

⁴² Utredet i konseptfase SNR

⁴³ Ibid

Vedlegg

Tjenester og arealbehov