

Samhandling i helsetjenesten

**Hvordan forbereder Drammen kommune og samarbeidspartnere gjennomføring av samhandlingsreformen
St. meld. nr. 47 (2008-2009)**

- 1. Drammen geriatriske kompetansesenter**
 - viktige erfaringer å bygge på
- 2. Forprosjekt – *Brobyggende helsetjenester i et folkehelseperspektiv***
 - samarbeidsprosjekt mellom de åtte kommunene i Drammensregionen, HiBu og SBHF
- 3. Veien videre gjennom Vestregionsamarbeidet**
 - Foreløpig status

Geriatriløft - Drammen



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

St.meld. nr. 47
(2008-2009)

Samhandlingsreformen
Rett behandling – på rett sted – til rett tid



DRAMMEN
KOMMUNE



Sykehuset Buskerud

MÅLSETTING (Bystyrevedtak oktober 2005):

- Økt **behandlingskvalitet** for de sykeste eldre
- **Helhetlig** utredning, behandling og oppfølging
- Bedret **samforståelse** mellom kommune og sykehus
- **Samfunnsøkonomiske** gevinster på sikt
- Økt fokus på **fag og kompetanse**

Drammen geriatrike kompetansesenter

- Tett integrering mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten
- Samlokalisering av alle somatiske korttidsplasser – 83 plasser totalt
- Intermediær avdeling 23 plasser (korttidsavdeling med styrket fagbemanning)
- Sykehuset ivaretar legetjenestene
- Tverrfaglig team og geriatrik poliklinikk
- Fag- og forskningsinnsats (FoU) og eget forsterket fokus på kompetanseutvikling
- Satsning på systematisk kvalitetssikring

**”Alt dette i èn samlet administrativ enhet
Geriatrisk kompetansesenter”**

FoU-virksomheten – Noen eksempler:

- **Prosjekter i tre-partsamarbeidet - eksempler**
 - Lys og helse prosjekter
 - Ernæringsprosjekt
 - Demensprosjekt
 - Palliasjon – omsorg for alvorlig syke og døende
 - Refleksjon som pedagogisk metode for å fremme læring og etisk kompetanse
 - Undervisningshjemmetjeneste
- **Kompetanseprosjekt**
- **Mastergradsprogram - praksisnær forskning på egen arbeidsplass**



Erfaringer fra samhandlingsprosjektet

”Geriatriløft Drammen”

er at:

*Rett pasient på rett sted og til rett tid
forutsetter kompetanse*

kr 4.500 pr. døgn



kr 2.300 pr. døgn





- **FORPROSJEKT**
- **”BROBYGGENDE HELSETJENESTER I ET FOLKEHELSEPERSPEKTIV”**
 - *Helhet – Nærhet - Kompetanse*

Bakgrunn

- I september 2008 ble det avholdt møte mellom 8
- ordførere i Drammensregionen og Sykehuset
- Buskerud
- Besluttet at Drammen kommune skulle lede et forprosjekt som skulle forberede, koordinere og tilrettelegge for intermediære tjenester



Forprosjektets mandat -

- Utrede:
 - Behov
 - Muligheter
 - Rammebetingelser
 - - for etablering av intermediære tjenester i primærhelsetjenesten
 - - samarbeid mellom Sykehuset Buskerud, kommunene i Drammensregionen og Høgskolen i Buskerud.
- Grunnlag for søknad om statlig medfinansiering
- Forprosjektet gjennomføres i perioden 26.03 – ca 01.09

Utredningen skulle omfatte -

1. Behovet for intermediærtjenester
 2. Hvilket helsetilbud intermediærtjenestene bør inneholde
 3. Målgrupper
 4. Kapasitet
 5. Organisering og økonomiske forhold
 6. Kriterier for lokalisering
- Avgrensning til somatikk



Ideologi

- Pasienten i fokus
- Helhetlig fokus
- Kompetanse til pasienten
- Praksisnært

- Langsiktig perspektiv – opptrappingsplan

- Før, istedenfor, etter sykehusbehandling



Brobyggende helsetjenester i et folkehelseperspektiv

- *Helhet – Nærhet – Kompetanse*
- I dag sterkt fokus på *behandling* av sykdom og senkomplikasjoner, *lite på fremming* av helse og forebygging av helseproblemer.
- Store utfordringer ift livsstilssykdommer. God dokumentasjon på at sykdomsfremkallende faktorer kan påvirkes gjennom *systematisk forebyggende helsearbeid*.
- Kommunens kontaktflate kan benyttes

Innhold i det intermediære helsetilbudet

- Særlig fokus på pasienter med langvarig behov for helsetjenester. (kronikere)
- Behandling nærmere pasientens hjem
- Forebyggende, læring og mestring -høyrisikogrupper
- Utredning
- Behandling
- Rehabilitering
- Koordinerende funksjon
- Felles FOU

Målgrupper

- **Forebyggende, lærings og mestringsfunksjoner**
 - høyrisikogrupper
 - eldre innbyggere
- **Diagnostiserte livsstilssykdommer (KOLS, diabetes, hjerte/kar, kreft, mennesker med store funksjonstap)**
- **Utredning, behandling og rehabilitering (KOLS, diabetes, hjerte/kar, demens, kreft, slagpasienter, eldre med uspesifikke symptomer, etterbeh. etter kirurgiske inngrep, mennesker med store funksjonstap)**
- **Prioriterte grupper forskning og utvikling**
anvendt forskning og utviklingsarbeid (nytteverdi), vurdere opplæringsvirksomhet

Helsetjenester

- Helsehus – kommunesamarbeid
 - geriatrisk poliklinikk
 - obervasjonspost
 - forsterket somatisk sengepost
 - palliativ enhet
 - rehabiliteringsenhet
 - pasientkoordinator
 - forebygging, lærings og mestringsfunksjoner til høyrisikogrupper
- Ambulerende team
 - rehabilitering
 - demens
 - palliasjon
- Koordineringsfunksjoner
- Forebyggende helseteam



Anbefalinger

Tiltak	2010	2011	2012	2013
Oppstart hovedprosjekt				
Etablere forebyggende helseteam for eldre				
Ambulerende team - palliasjon				
Ambulerende team - demens				
Ambulerende team - rehabilitering				
Etablere helsehus: <ul style="list-style-type: none"> •Forebyggende helsetjenester, læring og mestringsfunksjoner •Sengeposter •Koordinerende funksjon 				
Felles FoU-enhet				

Erfaringer i forprosjektet

- Drammen kommune har oppnådd verdifulle erfaringer og kompetanse som er viktig å bygge videre på inn i videre samarbeid.



Plattform for videre utvikling av helsetjenesten i tråd med samhandlingsreformen

Geriatriløft – Sykehuset, HiBu og Drammen kommune – felles erfaringer

Brobyggende helsetjenester

Videre hovedprosjekt i Vestregionen



Vestregionen

Samhandlingsreformen – en av hovedutfordringene

Delmål:

Ivareta medlemskommunenes interesser i forbindelse med ny sykehusstruktur og samhandlingsreformen

Særskilte utfordringer som følge av at flere oppgaver flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten:

1. Behov for økt kompetanse
 2. Utvikle mer omfattende samarbeid mellom kommuner
 1. Videreutvikle samarbeidsavtaler mellom kommunene i kommunesamarbeidet og helseforetakene
- Prosjektleder er engasjert for 2 år
 - Milepæl og handlingsplaner ferdig innen 2. november 2009

Tverrfaglig team og geriatrik poliklinikk

Ca. 350 pasienter pr år

Sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom og geriater



- Poliklinikk er ISF-finansiert
- Tverrfaglig team: Rammefin.