

DISTRIKTSMEDISINSKE SENTRE

Vår felles gjøkunge eller institusjon for samhandling, innovasjon og nytenking?

AV KARSTEN KEHLET

allmennlege i Lenvik og prosjektleder

Prosjekt Distriktsmedisinsk senter i Midt-Troms er et prosjekt som skal sikre befolkningen i Midt-Troms tilgang til et bredt spekter av helsetjenester. Prosjektet tar sikte på at det etableres et godt utvalg av tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunchelsetjenesten og at det etableres samarbeidsløsninger på en rekke områder mellom flere av de ti kommuner.

Noen av de vesentligste utfordringer i prosjektet er knyttet til geografiske og infrastrukturelle forhold i regionen:

1. Prosjektet strekker seg mot 10 kommuner, med betydelig forskjell i størrelse, befolkning og næringsgrunnlag.
2. Disse ti kommuner dekker et areal på nesten 10 000 km².
3. Befolkningsgrunnlaget er ca 33 500 innbyggere.
4. Kommunene benytter sykehus fra to forskjellige helseforetak og har to forskjellige sykehus som sitt primærsykehus.
5. Det eksisterende tilbud innen spesialisthelsetjenesten skal fortsette. Tilbudet skal være komplementært og ikke kompetitivt i forhold til allerede eksisterende tilbud.

Prosjektet omfatter altså mange kommuner med en relativt stor samlet befolkning. Nærmeste sykehus er enten i Narvik, Harstad eller Tromsø. Området er det området i landet med så stor befolkningsgrunnlag som har lengst avstand til nærmeste sykehus.

Spesialisthelsetjenestetilbudet innen for dette område er representert ved:

1. Troms Militære Sykehus (TMS) som betjener det militære samfunn i Indre Troms, men i tillegg har en betyde-

lig poliklinisk aktivitet for den sivile befolkning, spesielt innenfor det kirurgiske fagområde.

2. På Finnsnes er etablert Områdeggeriatrisk tjeneste (OGT) som driver geriatrisk utredning og rehabilitering,
3. Der er også Fødestua som har ca 100 fødsler årlig. Begge disse institusjoner mottar pasienter fra samme 10 kommuner som DMS strekker seg mot.
4. En privatpraktiserende ØNH-lege har kontordag hver 14. dag på Finnsnes.

Det har i regionen vært betydelige problemer med å rekruttere helsepersonell spesielt til de små kommuner. Prosjektet tar sikte på etablering av et DMS vil bidra til å sikre rekruttering og stabilisering av primærleger og annet helsepersonell.

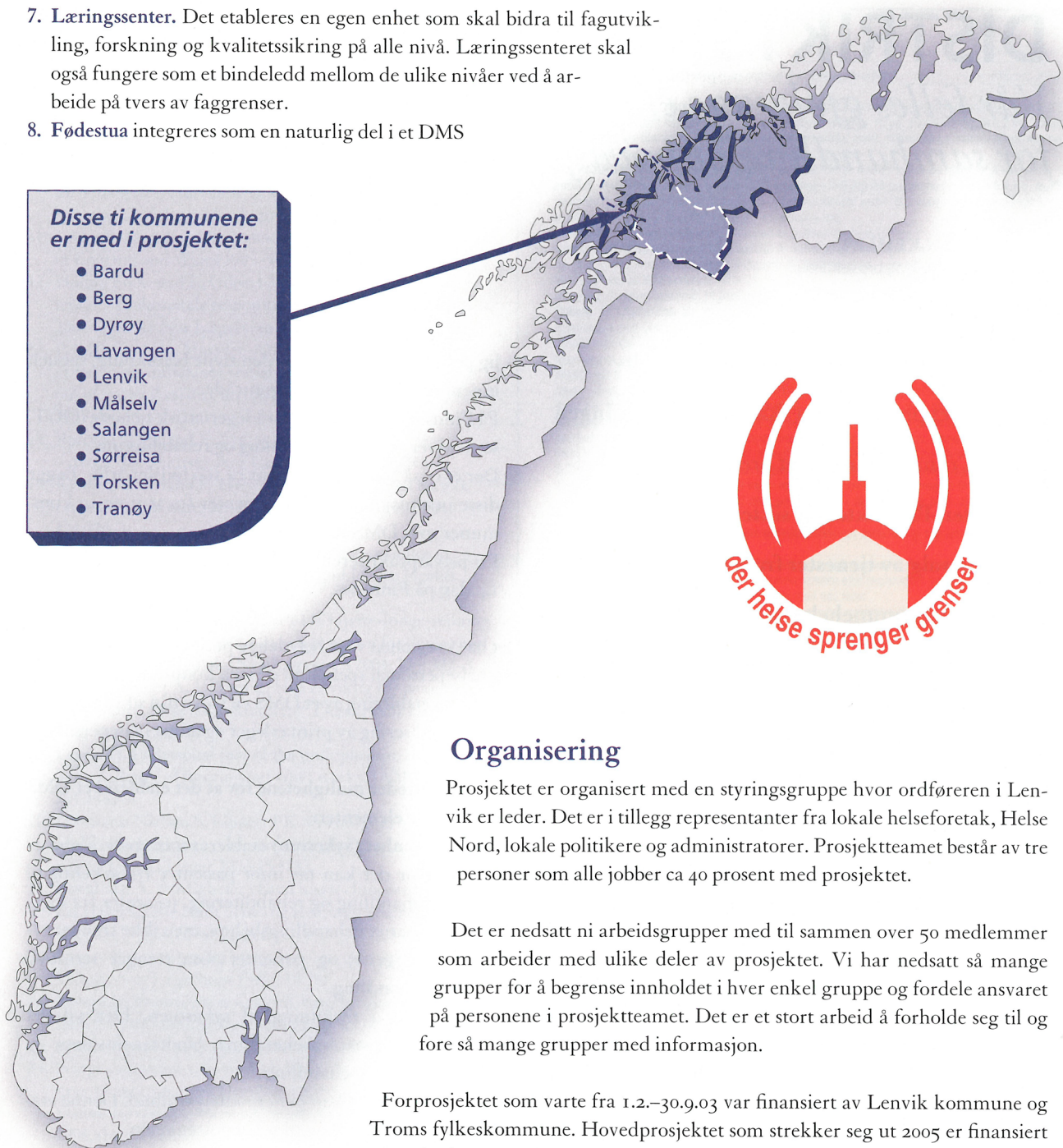
Prosjektet utreder mulighetene for at det etableres et DMS med følgende elementer:

1. **Sengepostenhet (sykestue)** etableres som en utvidelse av OGT, hvor det kan tas imot pasienter fra sykehus til fortsatt behandling og rehabilitering, pasienter fra legevakt som har et behandlingsbehov, men ikke trenger sykehusinnleggelse, og pasienter som trenger terminal pleie og behandling.
2. **Dagavdeling** i tilslutning til sykestuen. Her vil det kunne gis cytostatikabehandling, blodtransfusjoner og eventuell annen behandling.
3. **Dialyseenhet** som kan gi hemodialysetilbud. Denne etableres også i tilslutning til sengepostenheten.
4. **Interkommunal legevaktsentral.** Det arbeides med å etablere et legevaktsamarbeid mellom seks kommuner som i dag har fire legevaktdistrikter.
5. **Spesialistpoliklinikk.** Poliklinikken betjenes av spesialister fra sykehus eller eventuelt privatpraktiserende spesialister. Det tas sikte på å utnytte erfaringene fra Alta med en fleksibel utnyttelse av lokaliteter.
6. **Interkommunal offentlig legestilling.** Det utredes muligheten for etablering av en interkommunal offentlig legestilling, som kan ivareta funksjoner innen miljørettet helsevern, smittevern og eventuelt andre samfunnsmedisinske områder.

7. **Læringscenter.** Det etableres en egen enhet som skal bidra til fagutvikling, forskning og kvalitetssikring på alle nivå. Læringscenteret skal også fungere som et bindeledd mellom de ulike nivåer ved å arbeide på tvers av faggrenser.
8. **Fødestua** integreres som en naturlig del i et DMS

Disse ti kommunene er med i prosjektet:

- Bardu
- Berg
- Dyrøy
- Lavangen
- Lenvik
- Målselv
- Salangen
- Sørreisa
- Torsken
- Tranøy



Organisering

Prosjektet er organisert med en styringsgruppe hvor ordføreren i Lenvik er leder. Det er i tillegg representanter fra lokale helseforetak, Helse Nord, lokale politikere og administratorer. Prosjektteamet består av tre personer som alle jobber ca 40 prosent med prosjektet.

Det er nedsatt ni arbeidsgrupper med til sammen over 50 medlemmer som arbeider med ulike deler av prosjektet. Vi har nedsatt så mange grupper for å begrense innholdet i hver enkel gruppe og fordele ansvaret på personene i prosjektteamet. Det er et stort arbeid å forholde seg til og fore så mange grupper med informasjon.

Forprosjektet som varte fra 1.2.–30.9.03 var finansiert av Lenvik kommune og Troms fylkeskommune. Hovedprosjektet som strekker seg ut 2005 er finansiert av SH-direktoratet.

Utfordringer

Interkommunalt samarbeid

De fleste som har jobbet med interkommunalt arbeid vet at dette er komplisert og tidkrevende. Å få til et samarbeid mellom 10 kommuner kan virke som en umulig oppgave. Når vi har valgt å la DMS rette seg mot så mange som 10 kommuner, er bakgrunnen den erfaring vi har fra OGT og Fødestua. Disse to institusjoner har ved faglig godt arbeid og oppsøkende virksomhet, etablert en posisjon i kommunene som viser at interkommunalt arbeid er mulig hvis kvaliteten på tjenestene holder mål.

Etablering av et interkommunalt DMS er en desentralisering av visse tjenester (spesialistpoliklinikk, sengepostenhet, dialyse) og en sentralisering av andre tjenester (legevaktssentral og interkommunalt legevakt). Kontinuerlig informasjon er en vesentlig faktor for å sikre et interkommunalt samarbeid, og både de desentraliserende og de sentraliserende elementer i DMS må ha som grunnlag et faglig fundament som medfører en forbedring av tilbudet til befolkningen.

Faglig og administrativ forankring

Fødestua og OGT har som mange andre desentraliserte spesialisthelsetjenester og sykestuer hatt sin administrative forankring i kommunene, mens de er finansiert av helseforetakene. Rapporten fra SH-direktoratet fra 2002 om Fremtidens desentraliserte spesialisthelsetjeneste presiserer at desentraliserte spesialisthelsetjenester, som spesialistpoliklinikk eller sengepost, skal være faglig forankret i spesialisthelsetjenesten. Hvordan sikrer man at sengeposten bibeholder det beste fra «sykestua» samtidig som denne forankring legges til grunn? Hvordan fastholder man og videreutvikler et nært samarbeid med fastleger og hjemmetjeneste i de involverte kommuner?

En modell er at fastleger i vertskommunen har det daglige ansvar for visitt, evt supplert med videokonferanse med spesialist fra ansvarlig avdeling eller visitt i forbindelse med at spesialist har konsultasjoner på spesialistpoliklinikken.

Finansiering

Til tross for at SH-direktoratet tydelig plasserer det faglige ansvar for den desentraliserte spesialisthelsetjenesten på foretaksnivå, er man ikke like tydelig i sin plassering av det økonomiske ansvar for tjenestene. I en periode med åpenbare økonomiske utfordringer for helseforetakene er det i seg selv en betydelig utfordring å presentere et prosjekt som medfører en aktivitetsøkning i en region, selv om dette prosjektet vil ivareta en vesentlig del av de problemer som vi vet vil komme, ikke minst som følge av befolkningsutviklingen. Løsninger av finansieringen, både investeringsmessig og driftsmessig, er en av de største utfordringer prosjektet står overfor i dag.

Teknologi

Desentralisert dialyse uten teledialyse er uaktuelt i dag ved etablering av et nytt tilbud. Økt bruk av videokonferanse kan være et brukbart telemedisinsk hjelpemiddel. Mer spe-

sifikke telemedisinske tjenester vurderes, men de to ovennevnte tjenester anses for de mest aktuelle for vårt prosjekt.

Informasjon

Jevnlig informasjon er vesentlig for å unngå at det oppstår misforståelser eller ryktespredning. Vi har startet med å sende ut nyhetsbrev og skal opprette egen hjemmeside. Vi har i løpet av for- og hovedprosjekt vært to turer rundt til alle kommuner og informert. Dette er en nyttig, men arbeidskrevende måte å informere på og ikke mulig å gjennomføre i det omfang som kunne være ønskelig. Bruk av nettbasert kommunikasjon gjør det mulig med hyppigere informasjon som samtidig når flere.

Glød

Vårt prosjekt samler en rekke forskjellige institusjoner under en paraply. Hvordan sikrer man at denne institusjon har glød og vilje til kontinuerlig utvikling og samarbeid? Under oppbygging av en ny institusjon er mulighetene for å implementere holdninger som preger institusjonen fremover sannsynligvis større enn hvis man forsøker å endre en bestående institusjon. Holdninger preget av samhandling, dynamikk, innovasjon, nytenkning og grensesprengning bør inngå i prosjektet og bør videreføres etter prosjektet er avsluttet. Hvordan dette skal gjøre best mulig er noe prosjektteamet kontinuerlig arbeider med.

Veien videre

Fortsatt arbeid med å sikre oppslutning om prosjektet både lokalt og sentralt samtidig som innholdet faglig og organisatorisk må avklares, er store og vesentlige arbeidsoppgaver som venter.

En kontinuerlig vurdering og evaluering av spesielt informasjonsflyten til samarbeidende kommuner, helseforetak og sentrale myndigheter er særdeles vesentlig. Hvis ikke DMS skal fremstå som den gjøkunge som ingen vil ta ansvar for må innholdet defineres ikke av en institusjon, men av en rekke institusjoner som samlet er med på å definere innhold, organisering og struktur.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Helen Brandstorp. Kontakt henne på helenbra@hotmail.com



BARDU



BERG



DYRØY



LAVANGEN



LENVIK



MÅLSELV



SALANGEN



SØRREISA



TORSKEN



TRANØY