

**05821****F-sak 024/2021**

Saksbehandler: Anne Skeie

Sakens hjemmelsgrunnlag: Økonomireglement for Rødøy kommune, kapittel 3.

Jnr. ref:

Arkiv:

Klageadgang: nei

Off. dok: ja

HELSEHUS I JEKTVIK – VURDERING AV INVESTERINGSBESLUTNING OG KONSEKVENSER

Totalentreprise for prosjektering og oppføring av helsehus Jektvik med tannklinikk har vært på tilbudsrunde. Det legges nå frem sak om konsekvenser og eventuell bevilgning til prosjektet, jf. økonomireglement for Rødøy kommune, kapittel 3.

Kommunestyret vedtok i [K-sak 006/2020 Helsehus – forprosjekt og behovsutredning](#), blant annet at det skulle oppføres et helsehus i Jektvik etter alternativ 1 av de fremlagte skisseprosjektene, som var et bygg i to etasjer med alle funksjoner.

Vedlagt ligger teknisk sjefs brev *vedr. eventuelt nytt helsehus i Jektvik. kapital og driftskostnader for nybygg*, av 9. april 2021. Her fremgår det en beregning av årlige kapital- og driftskostnader for et eventuelt nytt helsehusbygg i Jektvik, basert på vedtatte skisseprosjekt. Kalkylene i det følgende baserer seg på dette, samt på investerings- og driftskostnader knyttet til tjenesteytingen i helsesektoren.

Videre at fremgår det av teknisk sjef at Norconsult AS har utarbeidet tilbudsgrunnlaget for totalentreprisen, og at de har bistått med evaluering av tilbudsrunderen. Det har kommet inn totalt fire tilbud. Arbeider med gjennomgang og evaluering av innkomne tilbud pågår. Det antydes at innstilling på valg av leverandør kan være klart i løpet av april, med forbehold om eventuelle klager, etc.

Parallelt med dette har det blitt inngått intensjonsavtale om erverv av tomtegrunn på gnr. 34 bnr. 1 til helsehus, jf. K-sak 038/2020 Helsehus – godkjenning av intensjonsavtale for erverv av tomt.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER AV NYTT HELSEHUS I JEKTVIK

INVESTERINGER

Anslått anskaffelseskostnad for bygning fremgår av nevnte teknisk sjefs brev. Det er i tillegg kalkulert inventar. Det er lagt til grunn at mye medisinsk utstyr og brukbart møblement tas med fra nåværende legekontor og helsestasjon. Flere av arbeidsplassene vil fortsatt være i bruk på rådhuset, det er ikke hensiktsmessig å flytte inventar fra disse. Total investeringskalkyle inkl. mva fremkommer da som følger:

Investeringer	kr
Investeringer bygg	25 811 000
Investeringer inventar	837 650
Sum investeringer inkl. mva	26 648 650

Kapitalkostnadene som renteutgifter og avdrag på lån, samt avskrivninger, knyttet til investeringen skal føres i driftsbudsjettet, jf. forskrift om økonomiplan, årsbudsjett, årsregnskap og årsberetning for kommuner og fylkeskommuner. De fremkommer derfor nedenfor.

I investeringsbudsjett var det av kommunestyret avsatt kr 20 mill. inkl mva til helsehus med tannklinikk. Dette er basert på løselig anslag av kommunestyret etter skisseprosjektet. I dette saksfremlegget er det lagt frem nye kalkyler basert på tilbud på totalentreprise, og det er beregnet investeringer til inventar. Ny kalkyle for helsehuset i Jektvik viser investeringsbehov på totalt kr 26,7 mill. Dette er kr 6,7 mill. høyere enn hva som ligger til grunn for økonomiplanen.

DRIFTSØKONOMI

Det er gjort en beregning av totale årlige kapital- og driftskostnader knyttet til investeringen, ved etablering av helsehus i Jektvik, basert på de oppdaterte investeringskalkylene.

Driftskostnadene til tjenesteytingen er beregnet ut fra kostnadsnivå av dagens organisering og drift innenfor de enkelte enhetene i helse- og omsorgsetaten, med fradrag eller tillegg som følger av etableringen i og flytting av driften til et nytt helsehus, som beskrevet i [forprosjekt med behovsutredning, side 24](#). Netto økning fremkommer slik:

Netto driftskostnader helsehus i Jektvik m/inventar	
Avskrivning bygg	570 275
Avskrivning inventar	55 843
Rentekostnad bygg	432 165
Rentekostnad inventar	33 506
Vedlikehold, drift bygg	130 500
Driftskostnader heis	15 000
Sum endring årlige driftskostnader bygg/inv	1 237 289
Netto endring årlige driftskostnader tjenesteprod.	
Renhold	280 000
Reduserte utgift renhold Kila	- 110 000
Strøm	90 000
Reduserte utgift strøm Kila	- 20 000
Admin	35 000
Oppbemanning leger	1 280 000
Reise tilsyn/legevakt	60 000
Reise møter/samarbeid	30 000
Sum endring årlige driftskostnader tjenesteprod.	1 645 000
Sum endring årlige driftskostnader	2 882 289

I driftsregnskapet vil renteutgifter, avdrag på lån og avskrivninger fremkomme under samlepost Rødøy kommune finans, og øke med totalt ca kr 1 mill. Avskrivninger får ikke resultat effekt i kommuneregnskap, men tilsvarende får avdrag på lån det. Avdrag på lån beregnes i forhold til avskrivninger, og belastes driftsregnskapet, så det får resultat effekt. Avdrag belaster også likviditeten, ettersom kommuner må betale minimumsavdrag på gjeld.

Endring i øvrige driftskostnader vil fremkomme på enheten de endres fra, henholdsvis 381 legetjenesten, 383 helsestasjon/skolehelsetjenesten og 386 tiltak innen psykisk helsevern, og på den nye enheten helsehus i Jektvik, med økning på totalt ca kr 1,6 mill.

Øvrige driftskostnader vil omfatte blant annet økte reisekostnader for deler av tjenesten og oppbemanning av legetjenesten for å sikre forsvarlig drift av KAD-plasser, og andre behov ved Alderstun. Tiden som brukes til reise mellom enheter gir ikke økt tjenesteproduksjon, til tross for økte driftsutgifter.

Samlet netto økning av årlige driftskostnader vil være ca kr 2,9 mill. i 2021 kroner, i forhold til dagens organisering og drift.

LEIEINNTEKTER

Det er lagt til rette for utleie til tannklinikk og fysioterapi i andre etasje, hvor begge de eksterne leietakerne også vil leie andel av fellesareal i bygget.

Nordland fylkeskommune har vært involvert i utarbeidelse av planene for klinikken i andre etasje, og deres spesifikasjoner er lagt til grunn for utarbeidelse av grunnlaget for totalentreprisen. De er positive til prosjektet, og en er i forhandlinger om betingelser for leieavtale. NFK har allerede nå signalisert at de synes leiekostnaden basert på selvkost er dyr, de mener det er den desidert høyeste leieprisen i Nordland fylke. Det er grunn til å anta at nye lokaler i et relativt lite bygg regional målestokk, kan være årsak til at prisen blir dyr sammenlignet med ander.

Som det fremkom av forprosjektet, er det lagt til rette for fysioterapeut med kontor og treningslokale. Størrelsen var definert etter anbefalinger fra Norges fysioterapeutforbund, ettersom de to fysioterapeutene kommunen har avtale med i dag har svært forskjellig driftsform, og dermed også forskjellig behov for areal. Fysioterapeut Thomas Hoff er positiv til prosjektet, men ønsker nå ikke så stor plass som avsatt. En er i forhandlinger om areal og betingelser for leieavtale.

Anslagsvis bør leieinntektene for lokalene som er prosjektert til tannklinikk og fysioterapi utgjøre omkring kr 300´ til 350´ inkludert andel fellesarealer.

Tilsvarende vil vi tape leieinntekter ved Tjongsfjord bitannklinikk, ca. kr 150´ årlig. Der vil det fremdeles påløpe kostnader ved drift av bygget.

Netto effekt av leieinntekt vil således kunne bli i størrelsesorden kr 150´ årlig. Det avhenger av at vi leier ut hele arealet som er tilpasset spesielle tjenester.

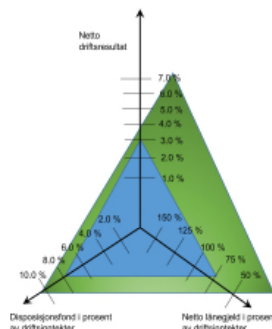
RØDØY KOMMUNES ØKONOMISKE SITUASJON

KOMMUNAL ØKONOMISK BÆREKRAFT OG FINANSIELLE MÅLTALL

Ifølge kommuneloven skal kommuner forvalte økonomien slik at den økonomiske handleevnen blir ivarettatt over tid.

Kommunestyret har vedtatt finansielle nøkkeltall for driften fra 2020, i tråd med ny kommunelov. Målene er basert på prinsippene om kommunal økonomisk bærekraft, KØB. Den økonomiske bærekraften skapes i rommet mellom netto driftsresultat, disposisjonsfond og lånegjeld.

- Netto driftsresultat 7 % skape et handlingsrom ved uforutsette hendelser
- Disposisjonsfond 20 % kan benyttes til nødvendig omstilling og innovasjon
- Netto lånegjeld 75 % betale ned langsiktig gjeld, spare årlige rente og avdrag



Rødøy kommune er i en særdeles krevende situasjon som skyldes utviklingen i folketall, synkende barnekull og flere eldre. Det er svært dramatisk at de statlige overføringene til drift som hovedsakelig gjenspeiler befolkningsutvikling og demografi går nedover, når lønnsutvikling, deflator og KPI øker.

Hele '000 kroner	2018	2019 til rev. 2020	bud 2021	øpl 2022	øpl 2023	øpl 2024	Endring 7 år	Endring årlig	
Rammetilskudd og inntektsutjevning	83 364	82 408	85 529	84 428	82 350	81 817	81 286	-2 078	-297
Årslønnsvekst	2,8%	3,3%	3,6%	2,2%	2,2%	2,2%	2,2%		
Endring lønn og sosiale 2018 + SSB	103 279	106 687	110 528	112 960	115 445	117 984	120 580	17 301	2 472
Endring lønn og sosiale regn/bud	103 279	114 184	116 511	121 145	125 986	139 396	139 959	36 680	5 240
								-38 758	-5 537

Oversikten viser hvordan inntektsutviklingen er flat eller svakt nedadgående, og kostnadsutviklingen går jevnt oppover en syvårsperiode fra 2018 til 2024. Hvert år øker det negative avviket med kr 5,5 mill. I perioden gir dette et underskudd på kr 38,7 mill. som må dekkes av annet enn statlige inntekter fra rammetilskudd og inntektsutjevning.

Det er behov for å utarbeide en politikk som beskriver hva vi skal gjøre som vil resultere i en økonomi i balanse, og at vi kan opprettholde god kvalitet i tjenestetilbudet, tross minkende ressurser.

Det ble i forbindelse med økonomiplanen påpekt at vi mangler strategier og visjoner for å håndtere befolkningsnedgangen. Det anbefales at det utvikles en tydelig og langsiktig tilpasningspolitikk. Tilpasninger som har til hensikt å tilpasse kommunens tjenestetilbud og organisasjon til den demografiske utviklingen. Dette vil måtte gi utslag på kommunens ressursbruk mellom de forskjellige sektorene. Det må beskrives hva vi skal gjøre som vil resultere i en økonomi i balanse, og at vi kan opprettholde god kvalitet i tjenestetilbudet, tross minkende ressurser.

Rådmannen har synliggjort en dramatisk forverring av den økonomiske situasjonen gjennom økonomiplanperioden, dersom det ikke identifiseres tiltak som kan bedre situasjonen.

Netto driftsresultat, simuleringer	2021	2022	2023	2024	Snitt 4 år	Sum 4 år
Havbruksfondet utgjør	7 000 000	19 900 000	7 000 000	19 900 000	13 450 000	53 800 000
Netto driftsresultat vedtatt budsjett/økonomiplan	-10 994 802	-5 928 028	-23 945 313	-16 831 901	-14 425 011	-57 700 044
Netto driftsresultat mål KØB 7 %	11 645 446	12 437 069	11 579 740	12 530 747	12 048 251	48 193 003

Oversikten viser at kommunen har budsjettert med et netto driftsresultat på minus kr 57 mill. i økonomiplanperioden 2021-2024. Det inkluderer bruk av havbruksfond på kr 54 mill. i samme periode. For å komme i null må en spare kr 14 mill. årlig, og for å nå de vedtatte målene om 7 % driftsresultat må en spare kr 26 mill. årlig. Om havbruksfondet skulle utebli vil innsparingsbehovet øke tilsvarende. Rødøy kommune har opparbeidet seg et stort disposisjonsfond siste fire år. Det vil utgjøre omkring kr 57 mill. etter disponering av årsresultatet for 2020, men vil brukes opp i løpet av fire år.

For å bedre driftsresultatet i nødvendig omfang og å redusere den reelle risikoen vi står overfor ved tap av ekstra inntekter fra havbruksfond og kraft, så må kostnadsnivået ned. Rådmannen påpeker i økonomiplanen at det vil ikke være tilstrekkelig med nøysomhet eller generell sparing alene – det har en forsøkt i mange år uten å oppnå nødvendig effekt. For å få ned kostnadsnivået vesentlig må en samle ressursene om drift av færre og mer rasjonelle enheter.

Statsforvalteren i Norland har ikke godkjent kommunens budsjett for 2021 og økonomiplan for 2021-24. Statsforvalteren skriver at de ser med bekymring på at hele økonomiplanperioden er saldert med bruk av disposisjonsfond, og sier at kommunen må tilpasse driften til de inntektsrammene som ligger til grunn. De ser også med bekymring på at kommunens drift er avhengig av inntekter fra havbruksfondet, og påpeker at utbetalingene fra havbruksfondet er beheftet med stor usikkerhet fremover. Statsforvalteren ber derfor om at økonomiplanen må bringes i balanse. Hvis endringer i økonomiplanen ikke blir gjennomført blir kommunen

innmeldt i ROBEK. Formannskapet har avholdt et møte med Statsforvalteren, hvor situasjonen ble gjennomgått.

Formannskapet har startet et arbeid hvor en legger til grunn prinsippene for «forpliktende plan», etter den modellen Statsforvalteren bruker for ROBEK-kommuner, når en skal identifisere tiltak som skal føre til økonomisk balanse. Det innebærer at tiltakene som utredes må være gjennomførbare, politisk og administrativt. De må særlig gjenspeile en god personalpolitikk. Desentralisering av tjenestetilbud er en villet politikk, men kommunestyret må kunne finansiere driften. Rådmannen har lagt forslag til en rekke potensielle innsparingstiltak, til vurdering. Dette arbeidet pågår våren 2021, og en tar sikte på å gjøre nytt budsjettvedtak første halvår 2021.

I investeringsbudsjett var det avsatt 20 mill inkl. mva. til helsehus i Jektvik med tan klinikk. Ny kalkyle viser investeringsbehov på totalt kr 26,7 mill.

Dette er kr 6,7 mill. høyere enn hva som ligger til grunn for økonomiplanen. Det innebærer at lånegjelden øker tilsvarende mer. Ved utgangen av 2024 var beregnet lånegjeld kr 126,7 mill. Den vil øke til kr 133,4 mill. Dette er dårligere enn målet i KØB, som er på 75 %, dvs. kr 132,1 mill.

Som prosjektet som er beskrevet over viser, øker også driftsutgifter til kapital (renter, avdrag, avskrivninger) med omkring kr 1 mill. årlig, og driftsutgifter til tjenesteytingen med ca. kr 1,9 mill. årlig. Som beskrevet tidligere, vil økte driftskostnader på kr 2,9 mill. årlig, redusere netto driftsresultat og dermed avsetninger til disposisjonsfond tilsvarende. Dette er det heller ikke tatt høyde for i økonomiplanen, noe som er svært uheldig, gitt kommunens usikre økonomiske situasjon.

At Statsforvalteren ikke har godkjent kommunens budsjetter for 2021 og økonomiplan for 2021-2024, innebærer at vedtak om årets låneopptak automatisk er ugyldig. En må ta forbehold om de fulle konsekvensene av dette, da en ikke har oversikt over disse. Vi kan ikke dokumentere forankring i gyldig vedtak overfor långivere, om en skulle be om låneopptak, før nytt budsjettvedtak er gjort og godkjent. Dette vil kunne få innvirkning på Helsehus-prosessen, og på alle andre lånefinansierte prosjekter som pågår.

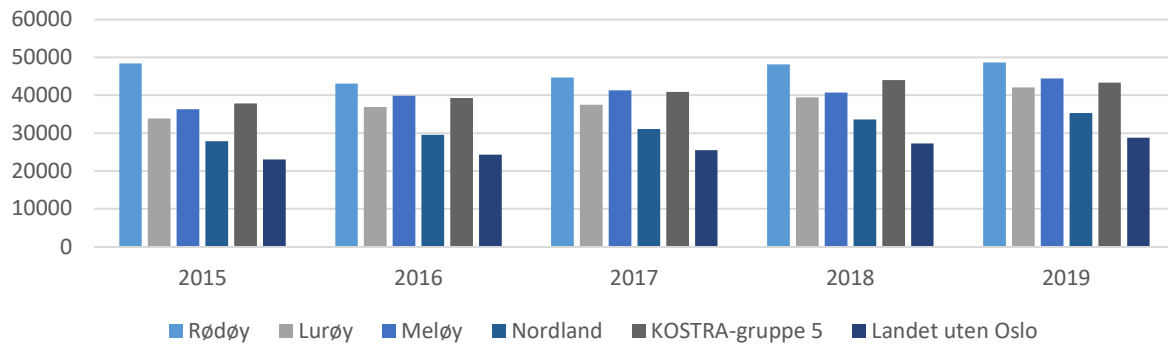
Å bygge Helsehuset vil medføre at det definerte innsparingsbehovet øker ytterligere – med kr 2,9 mill. årlig, og 1,9 mill. mer enn forutsatt i økonomiplanen. Det er bare kostnader knyttet til investeringene, renter og avdrag, som ligger inne i budsjettallene. Driftsutgifter er ikke med, idet bygging ikke var vedtatt da budsjettet ble fremlagt.

Alle de vedtatte økonomiske nøkkeltallene for kommunal økonomisk bærekraft, KØB, vil bli påvirket negativt av bygging av helsehuset. Netto driftsresultat vil gå ytterligere ned, disposisjonsfondet belastes enda mer, og lånegjelden vil øke.

SAMMENLIGNING MED ANDRE KOMMUNER - KOSTRA

Rødøy kommune bruker mer til helse- og omsorgstjenester per innbygger enn kommuner i samme KOSTRA-gruppe, og særlig sammenlignet med landet utenom Oslo, og Nordland fylke. Det skyldes infrastruktur og dyr drift ved desentralisering av tjenester til flere enheter. De fleste tjenestene innen helse- og omsorgs er lovpålagte tjenester.

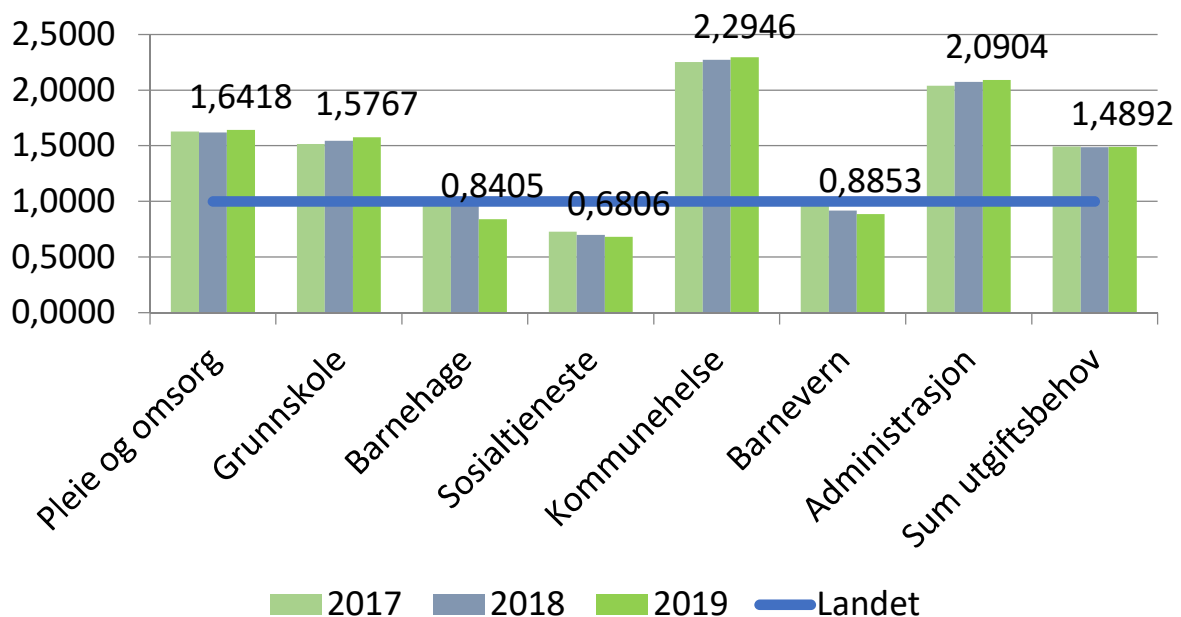
Brutto driftsutgifter Helse- og omsorg per innbygger



Rødøy hadde 65. høyeste driftsutgifter til helse- og omsorg per innbygger av 419 kommuner.

Helse- og omsorgstjenester	Rødøy	Kostrag.6	Landet	Nordland
Utgifter kommunale helse- og omsorgstjenester per innb. (kr)	48 664	52 809	28 025	35 284
Årsverk helse og omsorg per 10 000 innbygger (årsverk)	473,9	562,8	300,2	398,1
Netto driftsutg. omsorgstjenester av tot. netto driftsutg. (%)	31,4	36,7	31,3	35
Netto driftsutg. til helsetjen. av tot. netto driftsut. (%)	8,1	6,4	4,8	5,6

Rødøy hadde i 2019 langt høyere driftsutgifter til helsetjenesten enn både kostragruppe 6, landet og Nordland.



KS har beregnet hvordan kommunens utgiftsbehov har vært sammenlignet med landsgjennomsnittet (=1). Se kolonnen kommunehelse, viser at vi ligger mer enn dobbelt så mye høyere enn landsgjennomsnittet.

DAGENS OG FREMTIDENS FAGLIGE UTFORDRINGER

I K-sak 006/2020 Helsehus – forprosjekt og behovsutredninger ble vurder hvorvidt et helsehus i Jektvik bidrar til en god faglig utvikling av den samlede helse- og omsorgstjenesten, i et nåtidig og i et fremtidsperspektiv.

Det ble konkludert med det ikke er behov for og ikke kan forsvares å etablere en ny enhet i eget bygg for helsetjenesten i Jektvik. Dette ble blant annet begrunnet med:

- Samling av de relativt få personalressursene i helsetjeneste gir begrenset faglig utbytte, i forhold til ulempene det medfører å flytte dem ut av og lenger vekk fra de større tverrfaglige miljøene. Det vil medføre ulemper å øke avstanden til NAV, sosial, barnevern og støttefunksjoner som lønn, personal og ledelse ved rådhuset. Særlig er det kritisk med tett samarbeid med omsorgstjenesten ved Alderstun omsorgssenter der samhandling med spesialisthelsetjenesten skal skje. Det stilles stadig økte krav til samarbeid mellom legetjenesten og omsorgstjenesten i behandling og oppfølging av pasienter. Et slikt samarbeid vil også ha betydning for utvikling av legevaktstjenesten med tanke på sikkerhet og arbeidsmiljø, gjennom mulighet for kollegastøtte og samarbeid om støttepersonell ved legevakt utenom kontortid.
- Etablering av en egen enhet fører ikke til vesentlig bedre eller økt tjenesteproduksjon. Det vil derimot være kostnadsdrivende og gi mer uproduktiv tid og økte reisekostnader særlig for legene. Det kan også føre til behov for økt bemanning knyttet til arbeidsmiljø og sikkerhet på grunn av avstand til omsorgstjenesten.
- Økonomiplanen for 2020-2023 viser at det er behov for å redusere drifts- og kapitalkostnadene, samtidig som en må opprettholde et godt tjenestetilbud. Det er da ikke å anbefale å opprette nye enheter som ikke vil gi økonomiske besparelser eller økt effektivitet.

Behovsanalysen viste også at det ville være gunstig å tilrettelegge for mer samhandling internt i helsetjenesten, samtidig som det er behov for bedre fasiliteter, rom til samhandling og utekontor. Dette blir ansett som kritisk, for å yte tjenester etter dagens og fremtidens behov. Blant annet trekkes nærhet og helhet frem i [I Meld. St. 26 \(2014-2015\) Fremtidens primærhelsetjeneste](#). Her konkluderes det med at «Et første skritt for å gjøre tjenestene mer helhetlige for brukerne, er samlokalisering av tjenester og personell.»

Fremtidsbildet for rekruttering av personell og kompetanse er utfordrende, både lokalt og nasjonalt. Robuste og sterke fagmiljøer kan være avgjørende ved valg av arbeidsplass. En desentralisert tjenestestruktur kan gjøre rekruttering enda vanskeligere. Etablering av helsehus i Jektvik vil, selv om det samler endel tjenester, føre til oppsplitting av andre fagmiljøer.

Rødøy kommune har en god helse- og omsorgstjeneste. Vi har en geografi som gjør mange tjenester, som helsetjenester i hjemmet, særlig ressurs- og kostnadskrevende. Vi driver også mange enheter. Det fordyrer driften vesentlig. «Leve hele livet» reformer utfordrer kommunen til å bidra i større grad til at tjenester kan leveres slik at den enkelte kan bo lenger i eget hjem. Skal vi lykkes med det, har vi behov for mer samordning, og mer samlokalisering, slik at vi får mulighet og ressurser til endring.

Høsten 2020 ble Rødøy kommune med i samarbeidsprosjektet «Helserom Helgeland – lokal helsehjelp med avstandsoppfølging» (vedlagt). Prosjektet er et samarbeid mellom Helgelandsykehuset, Brønnøy, Dønna og Rødøy kommuner, samt SINTEF. Helserommet må være der legene er lokalisert. Målet for prosjektet er å utvikle en tjenestemodell som sikrer at pasienter får tilgang til likeverdig og tilrettelagt medisinsk oppfølging, behandling og akutthjelp i hjemmet, eller i et lokalt Helserom. De mest sårbare pasientene vil være på ØHD-plasser ved Alderstun omsorgssenter. Derfor bør også Helserommet etableres nær ØHD-plassene ved Alderstun.

Våren 2021 gjennomføres en ROS-analyse for akuttmedisinsk beredskap i Rødøy kommune, dette på bakgrunn av at ambulansetåten, Eyr Myken, er vedtatt flyttet til Indre Kvarøy. Tillitsvalgte ved Rødøya omsorgssenter har i den forbindelse uttrykt bekymring for at en viktig akuttmedisinsk ressurs flyttes vekk fra plasseringen nær omsorgssenteret. Til tross for at dette er en statlig ressurs, som betjener et større område.

Tilsvarende vurderer Rødøy kommune nå å flytte egen helsetjeneste, med akuttberedskap, bort fra det omsorgssenteret som ivaretar kommunens ansvar for lokale akuttsteder og samhandlingssteder. Dette bør være grunn for langt større bekymring. Legetjenesten er kjernen i lokale beredskapsressursen. Det er sannsynlig at lege i vakt ikke kan være alene, men må ha lokalt støttepersonell som er på vakt. Dette kan også bli et krav til beredskapen i fremtid. Et samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene vil være nødvendig for å kunne løse dette, som nevnt i begrunnelsen over.

VURDERING

ØKONOMISK

Bygging av nytt helsehus er en stor investering, og prosjektet ser dessverre ut til å bli betydelig dyrere enn det kommunestyret tidligere har lagt til grunn. Ny kalkyle viser investeringsbehov på totalt kr 26,7 mill. Dette er kr 6,7 mill. enn hva som ligger til grunn for økonomiplanen og 33% høyere enn avsatt til formålet.

Etablering av en ny enhet på ny lokasjon vil også øke driftskostnadene, uten at det vil gi vesentlig bedre tjenesteproduksjon. De økonomiske konsekvensene vil få stor betydning for handlingsrommet til utvikling av det totale tjenestetilbudet i kommunen. Det vil måtte gjøres omprioriteringer, også mellom enheter og tjenesteområder, for å finansiere nyinvestering og drift.

De viktigste kostnadsdriverne ved nytt helsehus i Jektvik utover kapitalkostnadene vil likevel være kostnader knyttet til personal. Administrasjonen ser behov for økt bemanning på grunn av økt avstand til omsorgstjenesten. Videre gir avstanden økt uproduktiv tid for legene, og økte reisekostnader. Disse kostnadsdriverne får vi ikke tilbake i økt tjenesteproduksjon.

Rødøy står foran en dramatisk forverring av den økonomiske situasjonen gjennom økonomiplanperioden, dersom det ikke identifiseres tiltak. For å oppnå null i driftsresultat må en spare kr 14 mill. årlig i perioden – da forutsatt fortsatt bruk av havbruksfondet.

Arbeidet med å identifisere mulige områder for innsparinger er igangsatt, men det er åpenbart at en må se på strukturelle endringer for å kunne spare så store beløp. Det vil også innebære som konsekvens nedleggelse av enheter. Å bygge Helsehuset i Jektvik vil medføre at det definerte innsparingsbehovet øker ytterligere – med 1,9 mill. mer enn forutsatt i økonomiplanen.

Alle de vedtatte økonomiske nøkkeltallene for kommunal økonomisk bærekraft, KØB, vil bli påvirket negativt av bygging av helsehuset i Jektvik. Netto driftsresultat vil gå ytterligere ned, disposisjonsfondet belastes enda mer, og lånegjelden vil øke.

FAGLIG

Det er ikke faglig anbefalt å bygge helsehus i Jektvik, Rødøy kommune har mer faglig å hente på en sterkere utvikling av hovedlegekontor/helsehus og Alderstun omsorgssenter sammen, for å løse morgendagens utfordringer.

Nytt helsehus i Jektvik gir ikke økt tjenesteproduksjon, men dårligere samhandling særlig mellom omsorgstjenesten og helsetjenesten, grunnet plassering langt unna Alderstun omsorgssenter. Samling av de relativt få personalressursene i helsetjeneste gir begrenset faglig utbytte, i forhold til ulempene det medfører å flytte dem ut av og lenger vekk fra de større tverrfaglige miljøene.

KONKLUSJON

Det bør ikke bygges nytt helsehus i Jektvik. Prosjektet anbefales avsluttet, og investerings- og driftsbudsjettene for 2021, og økonomiplanen for 2021-2024, regulert ned tilsvarende.

Rådmannen anser at Rødøy kommune ikke har økonomiske ressurser til å bære kapitalkostnadene ved investeringen over tid, og de økte driftskostnadene ved å etablere en ny enhet, helsehus i Jektvik, med stor avstand til Alderstun omsorgssenter der den viktigste samhandlingen med helse- og omsorgstjenesten skjer i dag.

Ifølge kommuneloven skal kommuner forvalte økonomien slik at den økonomiske handleevnen blir ivaretatt over tid. Det er i Rødøy kommune pr i dag definert et stort innsparingsbehov, som medfører at en må se på strukturelle endringer og nye måter å levere og organisere tjenestene på, med nedlegging av enheter som mulig konsekvens. Å starte dette arbeidet med nyetableringer som medfører enda høyere utgifter vil være uforvarselig. Det vil også være i strid med alle vedtatte nøkkeltall for å oppnå kommunal økonomisk bærekraft.

Det er heller ikke faglig tilrådelig å bygge et nytt helsehus i Jektvik. Dette vil ikke gi økt tjenesteproduksjon, men dårligere samhandling særlig mellom omsorgstjenesten og helsetjenesten grunnet plassering langt unna Alderstun omsorgssenter og de andre tverrfaglige miljøene. Dette er kritisk for å yte tjenester etter dagens og fremtidens behov.

VEDLEGG

1. Rødøy kommune, teknisk etat, Vedr. eventuelt nytt helsehus i Jektvik. Kapital- og driftskostnader for nybygg. 9. april 2021
2. K-sak 006/2020 Helsehus - behovsutredning
3. K-sak 038/2020 Helsehus – godkjenning av intensjonsavtale for erverv av tomt
4. IPO- Helserom Helgeland

RÅDMANNENS INNSTILLING

Det bygges ikke nytt helsehus i Jektvik. Prosjektet avsluttes, og investerings- og driftsbudsjettene for 2021, og økonomiplanen for 2021-2024, reguleres ned tilsvarende.

Rødøy kommune har ikke økonomiske ressurser til å bære kapitalkostnadene ved investeringen over tid, og de økte driftskostnadene ved å etablere en ny enhet, helsehus i Jektvik, med stor avstand til Alderstun omsorgssenter der den viktigste samhandlingen med helse- og omsorgstjenesten skjer i dag.

Ifølge kommuneloven skal kommuner forvalte økonomien slik at den økonomiske handleevnen blir ivaretatt over tid. Det er i Rødøy kommune pr i dag definert et stort innsparingsbehov, som medfører at en må se på strukturelle endringer og nye måter å levere og organisere tjenestene på, med nedlegging av enheter som mulig konsekvens. Å starte dette arbeidet med nyetableringer som medfører enda høyere utgifter vil være uforsvarlig. Det vil også være i strid med alle vedtatte nøkkeltall for å oppnå kommunal økonomisk bærekraft.

Det er heller ikke faglig tilrådelig å bygge et nytt helsehus i Jektvik. Dette vil ikke gi økt tjenesteproduksjon, men dårligere samhandling særlig mellom omsorgstjenesten og helsetjenesten grunnet plassering langt unna Alderstun omsorgssenter og de andre tverrfaglige miljøene. Dette er kritisk for å yte tjenester etter dagens og fremtidens behov.

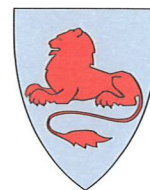
Rødøy 15. april 2021



Anne Skeie
Helse- og omsorgssjef



Kitt Grønningseter
Rådmann



RØDØY KOMMUNE

Teknisk etat

8185 VÅGAHOLMEN

Telefon 750 98000

Telefax 750 98001

E-post: teknisk.etat@rodoy.kommune.nowww.rodoy.kommune.no

Rådmannen,
her

Deres ref.: *Vår ref./* saksbeh.: Kjetil Hansen *J.nr.:* *Dato:* 09.04.2021

VEDR. EVENTUELT NYTT HELSEHUS I JEKTVIK. KAPITAL- OG DRIFTSKOSTNADER FOR NYBYGG.

I det nedenforstående gis en beregning av årlige kapital- og driftskostnader for et eventuelt nytt helsehusbygg i Jektvik.

Beregningen gjelder alternativ 1, som kommunestyret har bedt om at utredes, dvs. et bygg i 2 etasjer, inkl. lokaler for tan klinikk.

Status for prosjektet pr. i dag er at totalentreprise for prosjektering og oppføring av selve bygget har vært ute på tilbudsrunde, og 4 stk. tilbud er kommet inn.

Norconsult AS har for Rødøy kommune utarbeidet tilbudsgrunnlag for totalentreprisen, og de har også i oppdraget sitt at de bistår Rødøy kommune med gjennomføring av selve tilbudsrunderen, samt tilhørende evalueringer, utarbeidelse av eventuell kontrakt etc.

Norconsult AS arbeider nå med gjennomgang og evaluering av innkomne tilbud, herunder innstilling av entreprenør etc. Dette arbeidet er pr. i dag ikke ferdig, men de antyder at innstilling på valg av entreprenør kan være klart i løpet av ca. 2-3 uker, da selvfølgelig avhengig av om en får klager på tildelingsbeslutning etc.

Anskaffelseskostnad for bygning

Anskaffelseskostnad for bygning vil etter gjennomført tilbudsrunde bli som følger:

- | | |
|---|---------------------------|
| • Påløpte kostnader i prosjektet pr. d.d., til utredninger, forprosjekt, prosjektering, grunnundersøkelser, tilbudsrunder, etc. | = kr. 1.136.000,- |
| • Byggekostnad totalentreprise, komplett bygning, etter tilbudsrunder, ekskl. inventar, utstyr etc. | = kr. 23.500.000,- |
| • + 5 % uforutsett (byggelånsrenter inkludert) | = kr. 1.175.000,- |
| ----- | |
| Sum, anskaffelsesverdi, ekskl. inventar, utstyr, inkl. mva. | = kr. 25.811.000,- |

Kapitalkostnader, selve bygningen

Fremtidige kapitalkostnader for selve bygningen kan beregnes som følger:

1. Avskrivning kapital.
Dagens anskaffelsesverdi av bygningen = kr. 25.811.000,-
Avskrivningstid 40 år, dvs. 2,5 % pr. år.
Restverdi = kr. 3.000.000,-
Årlig avskrivning: $(25.811.000 - 3.000.000) \text{ kr.} / 40 \text{ år} = \text{kr. } 570.275,-/\text{år}$
 2. Rentekostnad.
Rentefot 3,0 %.
Årlige rentekostnader: $((25.811.000 + 3.000.000) \text{ kr.} / 2) \times 0,03 = \text{kr. } 432.165,-/\text{år}$
-
- Sum, årlige kapitalkostnader for selve bygningen = kr. 1.002.440,-/år**

Beløp er i nåverdi. Inventar/utstyr ikke medtatt.

Driftskostnader, selve bygningen

Årlige driftskostnader for selve bygningen beregnes som følger:

1. Vedlikehold etc.
Årlig vedlikehold/drift, serviceavtaler, forsikring,
kommunale avgifter, etc., i gjennomsnitt = kr. 130.500,-/år
 2. Renhold.
Årlige kostnader til renhold(lønn, renholdsartikler etc.) = kr. 280.000,-/år
 3. Strøm, til lys, varme, ventilasjon etc. = kr. 90.000,-/år
 4. Adm., regnskap etc.
Årlige kostnader til administrasjon, regnskap etc. = kr. 35.000,-/år
-
- Sum, årlige driftskostnader for selve bygningen = kr. 535.500,-/år**

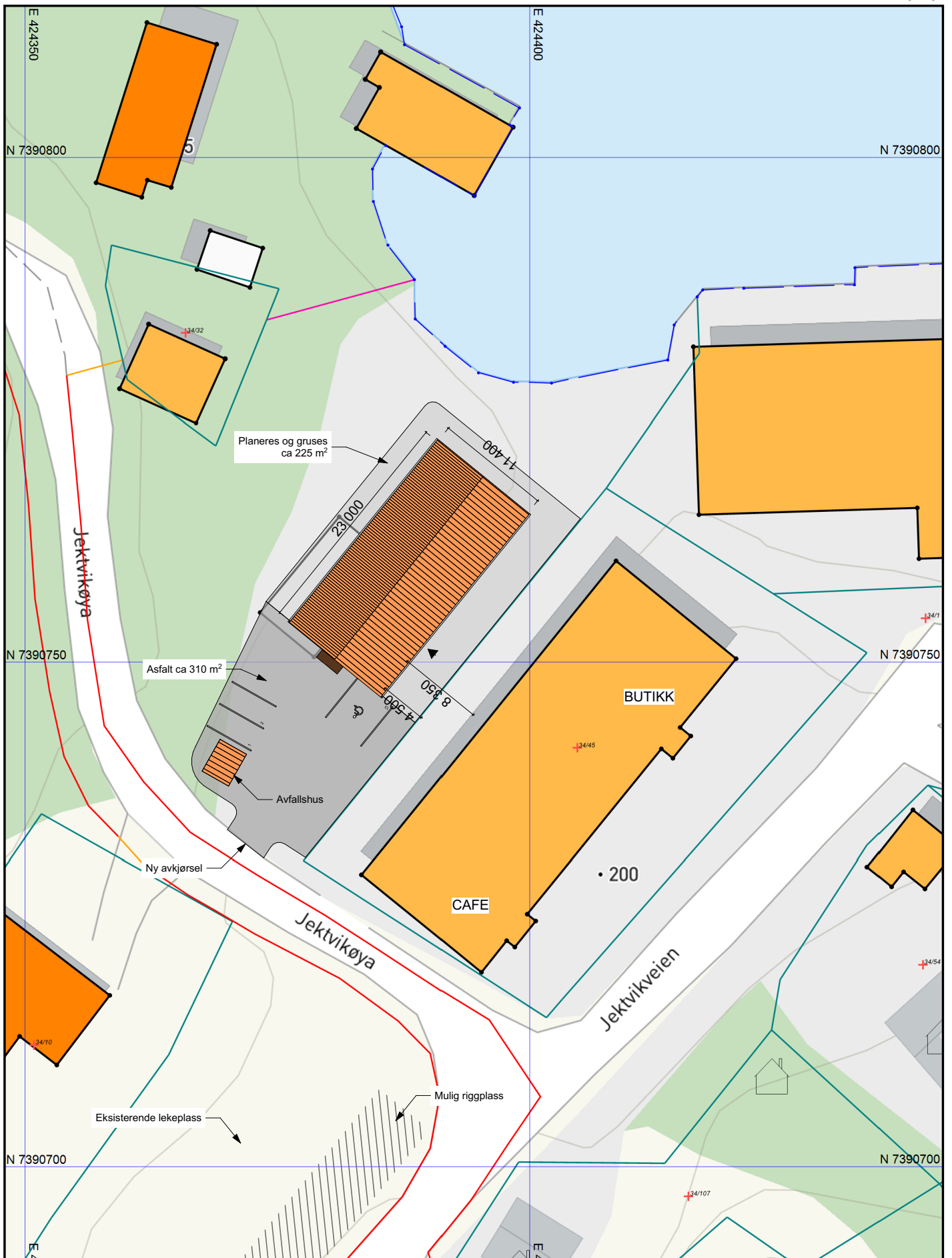
Beløp er i nåverdi. NB!: Abonnement for tele/fiber/linjer ikke medtatt.

Med vennlig hilsen

Rødøy kommune Teknisk etat

Kjetil Hansen
teknisk sjef

Vedlegg: Helsehus Jektvik, tegninger for alternativ 1.



TILBUDSTEGNING 2020-12-22

Norconsult

Oppdragsnummer

5193102

Tegningsnummer

A10-00-01

Oppdragsnavn

Helsehus Rødøy

Utarbeidet av

MarRo

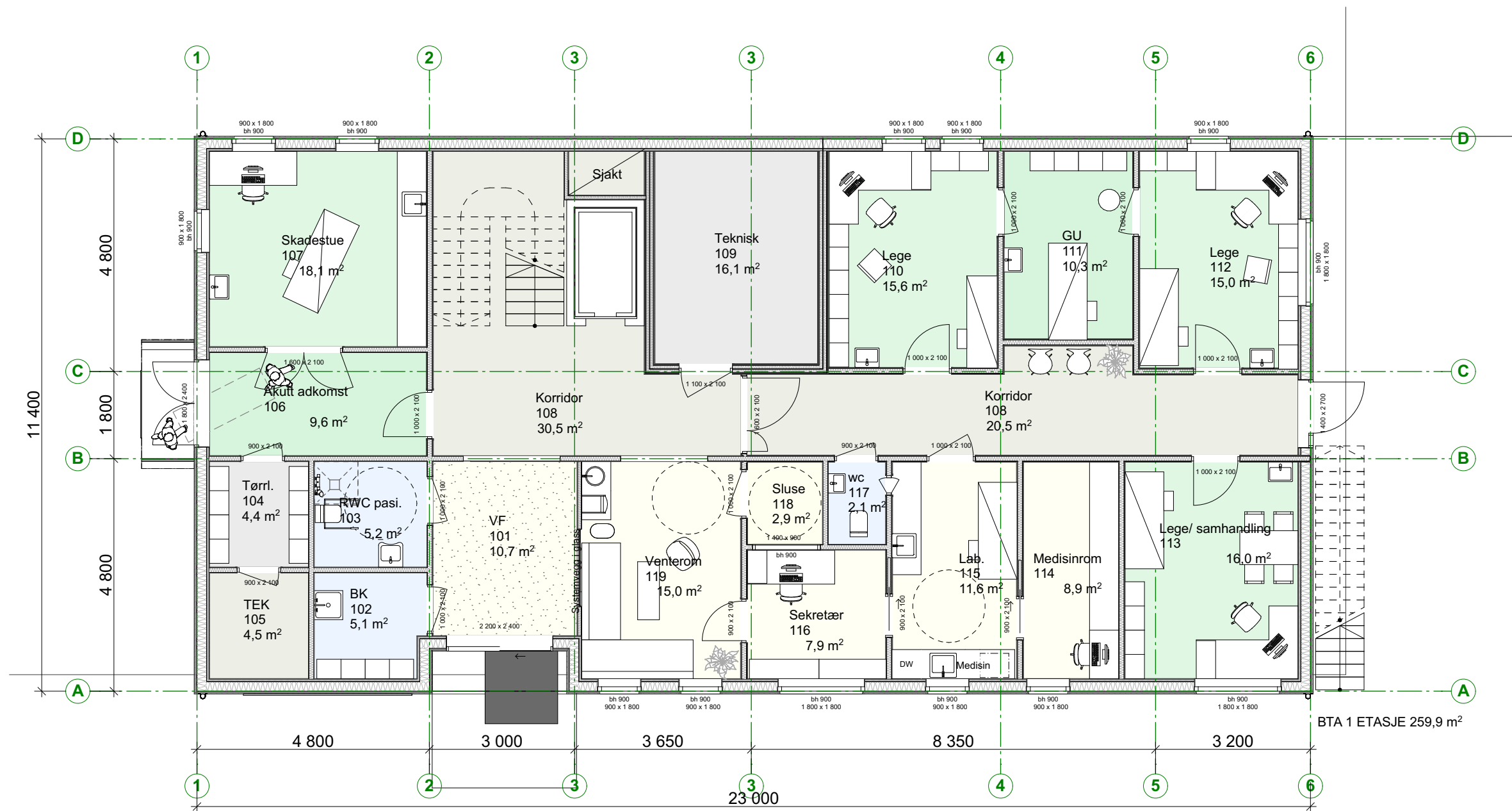
Fagkontrollert

KarRSt

Oppdragsgiver

Rødøy Kommune

Dette dokumentet er utarbeidet av Norconsult AS som del av angitt oppdrag. Opphavsretten tilhører Norconsult AS. Dokumentet må bare benyttes til det formål som oppdragsavtalen beskriver, og må ikke kopieres eller gjøres tilgjengelig på annen måte eller i større utstrekning enn formålet tilsier.



Fase			
TILBUDSTEGNING			
Oppdragsgiver			
Rødøy Kommune			
Oppdragsnavn			
Helsehus Rødøy			
Tegningsnavn			Målestokk (A3)
PLAN 1. ETASJE			1:100
Oppdragsnummer	Tegningsnummer		Revisjon
5193102	A20-01-01		F01
Dato	Utarbeidet av	Fagkontrollert	Godkjent
22.12.20	MarRo	KarSt	MarRo


**NB! Tegningen er orienterende og må videreutvikles i detaljeringsfasen.
Alle mål til konstruksjon. Utsparinger for dører og vinduer er målsatt med modulmål. Behov for ekstra utsparingsbredde/ -høyde vurderes på byggeplassen! Toleranseavvik iht NS!**

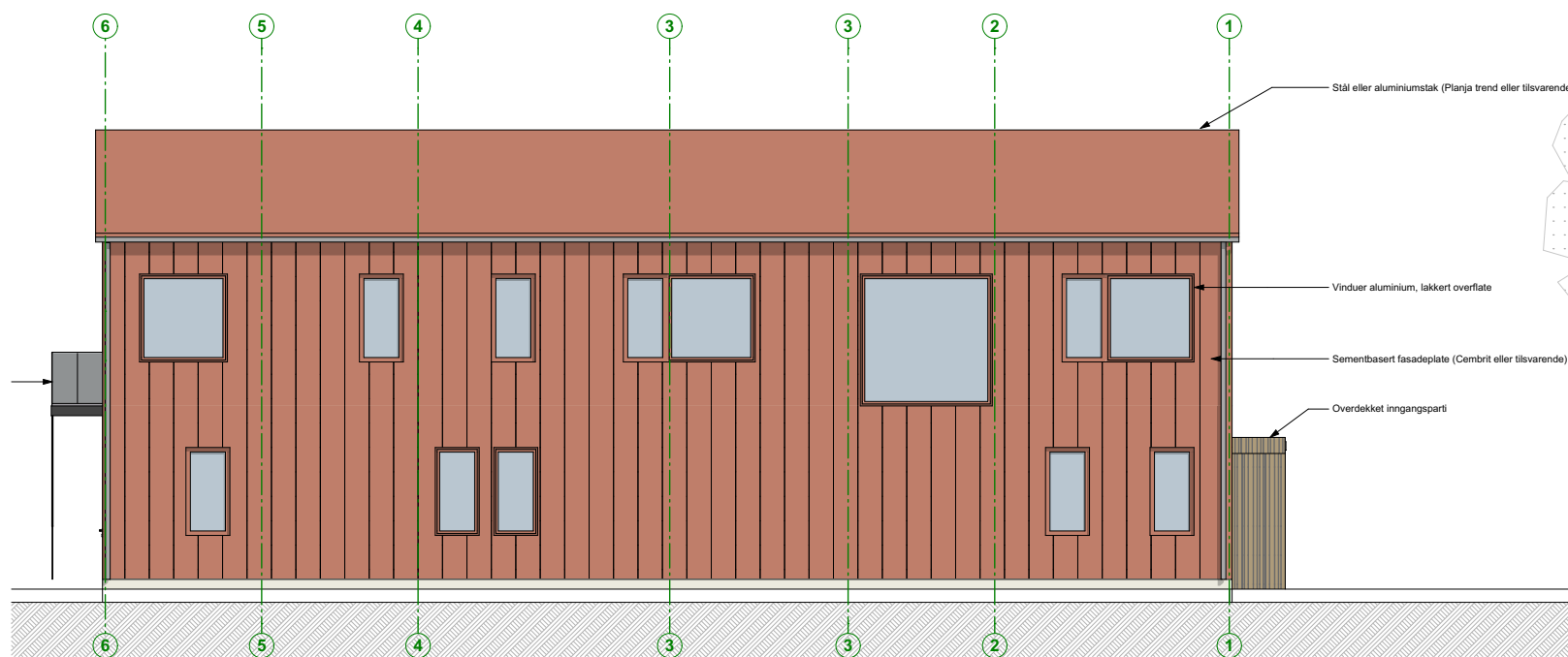
Norconsult 

Dette dokumentet er utarbeidet av Norconsult AS som del av angitt oppdrag. Opphavsretten tilhører Norconsult AS. Dokumentet må bare benyttes til det formål som oppdragsavtalen beskriver, og må ikke kopieres eller gjøres tilgjengelig på annen måte eller i større utstrekning enn formålet tilsier.

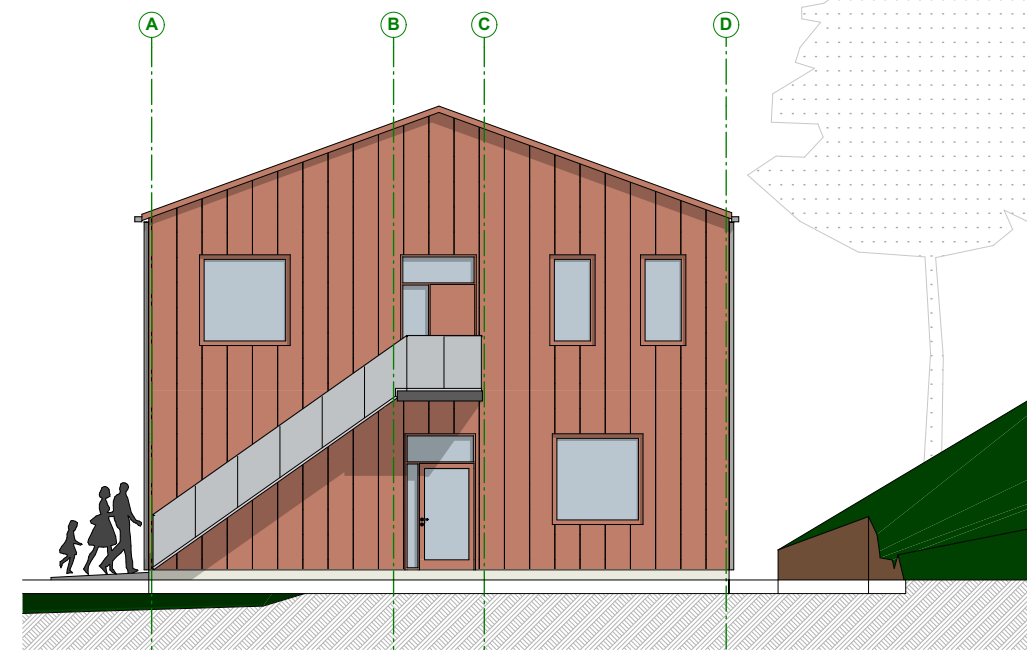


NB! Tegningen er orienterende og må videreutvikles i detaljeringsfasen. Alle mål til konstruksjon. Utsparinger for dører og vinduer er målsatt med modulmål. Behov for ekstra utsparingsbredde/ -høyde vurderes på byggeplassen! Toleranseavvik iht NS!

Fase			
TILBUDSTEGNING			
Oppdragsgiver			
Rødøy Kommune			
Oppdragsnavn			
Helsehus Rødøy			
Tegningsnavn			Målestokk (A3)
PLAN 2. ETASJE			1:100
Oppdragsnummer	Tegningsnummer		Revisjon
5193102	A20-02-01		F01
Dato	Utarbeidet av	Fagkontrollert	Godkjent
22.12.20	MarRo	KarSt	MarRo
			Dette dokumentet er utarbeidet av Norconsult AS som del av angitt oppdrag. Opphavsretten tilhører Norconsult AS. Dokumentet må bare benyttes til det formål som oppdragsavtalen beskriver, og må ikke kopieres eller gjøres tilgjengelig på annen måte eller i større utstrekning enn formålet tilsier.



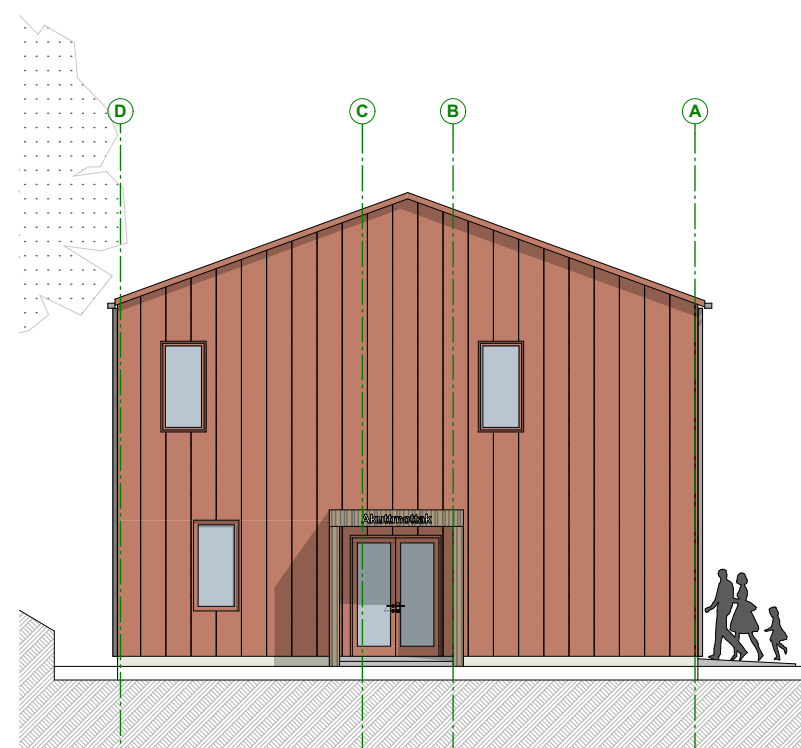
1:150 Fasade Nordvest



1:150 Fasade Nordøst



1:150 Fasade Sørøst



1:150 Fasade Sørvest

Fase			
TILBUDSTEGNING			
Oppdragsgiver			
Rødøy Kommune			
Oppdragsnavn			
Helsehus Rødøy			
Tegningsnavn			Målestokk (A3)
Fasader			1:150
Oppdragsnummer	Tegningsnummer		Revisjon
5193102	A45-00-01		F01
Dato	Utarbeidet av	Fagkontrollert	Godkjent
22.12.20	MarRo	KarSt	MarRo

Norconsult

Dette dokumentet er utarbeidet av Norconsult AS som del av angitt oppdrag. Opphavsretten tilhører Norconsult AS. Dokumentet må bare benyttes til det formål som oppdragsavtalen beskriver, og må ikke kopieres eller gjøres tilgjengelig på annen måte eller i større utstrekning enn formålet tilsier.

NB! Tegningen er orienterende og må videreutvikles i detaljeringsfasen. Alle mål til konstruksjon. Utsparinger for dører og vinduer er målsatt med modulmål. Behov for ekstra utsparingsbredde/ -høyde vurderes på byggeplassen! Toleranseavvik iht NS!

Utskrift av møteprotokoll

for Rødøy kommunestyre i møte onsdag den 25.02.2020 på Rødøy rådhus

Av 17 medlemmer var 17 tilstede (medregnet møtende varamedlemmer).

Henriette B. Blix erklært inhabil i sak 006/2020. Vararepresentant Thor Magne Hoff tiltrådte møtet under behandlingen av saken.

Sak 006/2020: HELSEHUS – FORPROSJEKT OG BEHOVSUTREDNING

Jf. saksutredning 01420

Formannskapetets innstilling:

1. Rødøy kommunestyre har gjort lovlig fattede vedtak på etablering av Helsehus i Jektvik og hvilke helsetjenester som bygget skal inneholde. Kommunestyret har siden 2017 ved gjentatte anledninger bekreftet sine vedtak på at helsehuset skal realiseres ihht. intensjon. – Sist i ny kommunestyreperiode i forbindelse med økonomiplanen 2020-2023 i sak 090/2019 i møte 18. des. 2019. Helsehuset i Jektvik ble av et enstemmig kommunestyre gitt første prioritet av de kommunale prosjekter som skal realiseres i perioden.

Rødøy formannskap ser ingen grunn til ny behandling med ny votering omkring realisering av helsehus i Jektvik. Vi viser til K-sak 048/2017 Helsetjeneste – struktur. Videre K-sak 077/2017 Økonomiplan med investeringsbudsjett 2018-2021, Fylkesting-sak 112/2018 Tannhelse for framtida, K-sak 056/2018 Økonomiplan med investeringsbudsjett 2019-2022, K-sak 063/2018 Lokalisering tomtevalg for prosjekt helsehus Jektvik, K-sak 090/2019 Økonomiplan 2020-2023 med drifts- og investeringsbudsjett 2020. Helsehuset i Jektvik er i økonomiplanen for Rødøy kommune 2020-2023 vedtatt gitt høyeste prioritet.

Formannskapet ser ingen grunn til ny behandling med ny votering over etablering av helsehus i Jektvika. I dette spørsmålet er det fattet lovlig vedtak. Jf. K-sak 048/2017.

Nytt helsehus skal bl.a. inneholde: Legetjeneste, helsetjenester skole, helsestasjon, svangerskap og barselsomsorgstjenester, utredning, diagnostisering og behandling herunder fastlegeordning, helsesøster, psykisk helse, psykolog, tannhelsetjeneste, fysioterapi. Samhandling med spesialisthelsetjenesten, dialyse og andre framtidige mulige helseoppgaver.

Helsehuset oppføres etter Alternativ 1 i Norconsults skisseprosjekt av 29.01.2020, stipulert kostnad kr. 19.982.974,-. Rådmannen pålegges å finne best mulige finansielle løsninger.

Arbeidet med etablering av helsehuset i Jektvik iverksettes umiddelbart. Det forventes at anbudsutsendelse kan være ferdig til junimøte i kommunestyret i 2020. Det forutsettes byggestart i oktober 2020.

Legekantoret på Rødøya opprettholdes. Legekantoret på Rødøya opprustes/renoveres med kr. 500.000,- ihht. økonomiplanen 2020-2023.

Utskrift av møteprotokoll

for Rødøy kommunestyre i møte onsdag den 25.02.2020 på Rødøy rådhus

Av 17 medlemmer var 17 tilstede (medregnet møtende varamedlemmer).

Konklusjon: Helsehuset plassert i Jektvik der alle sentrale helsefunksjoner samles inkludert fysioterapi og tannhelsetjeneste vil gi en fremtidsrettet, trygg og god løsning for Rødøy kommune. Helsetilbudet som ligger i det nye helsehuset vil gi helsetjenester av høy kvalitet som dagens samfunn og befolkning etterspør. Trygge, stabile og forutsigbare helsetjenester er av avgjørende betydning dersom det i fremtiden skal bygge og bo mennesker i vårt distrikt. Helsehuset, slik det er skissert vil gi mulige økte kostnader, men alternativet der en lapper på eksisterende

bygninger og oppnår mindre hensiktsmessige løsninger med fraksjonering av helsetilbudet, vil heller ikke være kostnadsfritt.

Helsehuset i Jektvik med de helhetlige helsefunksjoner som inngår i løsningen som er valgt, samt at legekantoret på Rødøya opprettholdes – gir de beste løsninger for innbyggerne i Rødøy kommune.

Forslag fra AP/KrF:

1. **Det oppføres nytt helsehus lokalisert til Jektvik.** Dette er i tråd med tidligere vedtak fattet i Rødøy kommunestyre jf. K-sak 048/2017 Helsetjenesten: struktur. Videre K-sak 077/2017 Økonomiplan med investeringsbudsjett 2018-2021, K-sak 056/2018 Økonomiplan med investeringsbudsjett 2019-2022, K-sak 090/2019 Økonomiplan 2020-2023 med drift og investeringsbudsjett 2020. Helsehuset i Jektvik er i økonomiplanen for Rødøy kommune 2020-2023 vedtak gitt høyeste prioritet.
2. Nytt helsehus skal bl.a. inneholde: Legetjeneste, helsetjenester skole, helsestasjon, svangerskap og barselsomsorgstjenester, utredning, diagnostisering og behandling herunder fastlegeordning, helsesøster, psykisk helse, psykolog, tannhelsetjeneste, fysioterapi. Samhandling med spesialisthelsetjenesten, eventuelt dialyse og andre fremtidige helseoppgaver.
3. Helsehuset oppføres etter Alternativ 1 etter Norconsults anbefaling i skisseprosjekt 29.01.20. Rådmannen bes finne best mulig finansielle løsning.
4. Rødøy kommune skal ha 2 legekantorer. Hovedlegekantoret skal plasseres i Helsehuset i Jektvik. Legekantoret på Rødøya opprettholdes/renoveres med kr. 500 000,- ihht. Økonomiplanen 2020-2023.
5. Arbeidet med etablering av helsehuset i Jektvik iverksettes umiddelbart. Det forventes at anbudsutsendelse kan være ferdig til junimøte i kommunestyret i 2020. Det forutsettes byggestart i oktober 2020.

Forslag fra RFL/SP/FrP:

1. Basert på at foreslåtte bygging av helsehus ikke kan vise til forventet forbedring av tjenesteproduksjon, så opprettholdes tjenestetilbudet som i dag.
2. Når KMD har kommet med sin anbefaling/anmodning om grensejustering, så settes det snarest i gang en prosess for å forbedre helse- og omsorgstilbudet for Øresvik/Sørfjorden krets.

Utskrift av møteprotokoll

for Rødøy kommunestyre i møte onsdag den 25.02.2020 på Rødøy rådhus

Av 17 medlemmer var 17 tilstede (medregnet møtende varamedlemmer).

Det ble først votert over formannskapetets innstilling. Innstillingen ble enstemmig forkastet. Deretter ble de to forslagene tatt opp til votering.

Vedtak:

Som forslaget fra AP/KrF.

Mot åtte stemmer som avgitt for forslag fra RFL/SP/FrP, av RFL, SP og FrP.

Rett utskrift bekreftes

Rødøy kommune, formannskapskontoret den 26.02.2020

Slava Korneev
Slava Korneev, konsulent

Utskrift av møteprotokoll

for Rødøy kommunestyre i møte onsdag den 26.06.2020, Rødøy rådhus
Av 17 medlemmer var 17 tilstede (medregnet møtende varamedlemmer).

Sak 038/2020: HELSEHUS – GODKJENNING AV INTENSJONSAVTALE FOR ERVERV AV TOMT
Jf. saksutredning 06420

Formannskapetets innstilling:

Utkast til intensjonsavtale, datert 30.04.2020, for erverv av tomtegrunn på gnr. 34 bnr. 1 til helsehus, godkjennes.

Forslag fra RFL/SP/FrP:

Tilleggspunkt: Administrasjonen bes avklare om ervervet av tomten er ihht. lov om offentlig anskaffelse.

Forslag fra AP/KrF:

Tilleggspunkt: Tidsplan for helsehus følges som vedtatt i k.sak 037/2020.

Det ble avholdt punktvis avstemming.

Vedtak:

1. Utkast til intensjonsavtale, datert 30.04.2020, for erverv av tomtegrunn på gnr. 34 bnr. 1 til helsehus, godkjennes.
2. Tidsplan for helsehus følges som vedtatt i k.sak 037/2020.

Enstemmig.

Forslag fra RFL/SP/FrP ble forkastet med 9 stemmer, avgitt av representantene fra AP/KrF.

Rett utskrift bekreftes

Rødøy kommune, formannskapskontoret den 26.06.2020

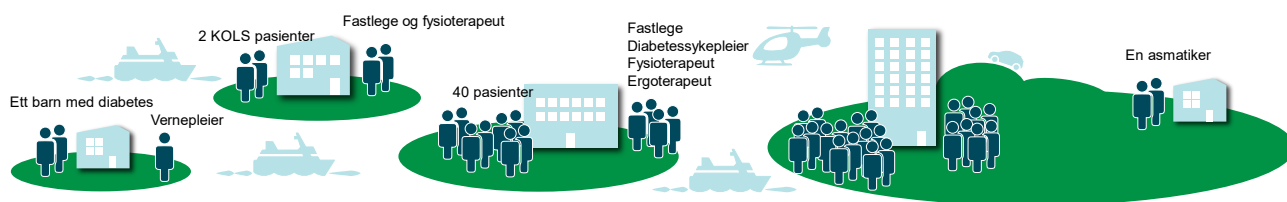
June V. Seljevoll
June Vibeke Seljevoll, konsulent

Helserom Helgeland – Lokal helsehjelp med avstandsoppfølging

1 utfordringer og behov

Målet for dette innovasjonsprosjektet er å utvikle en tjenestemodell som sikrer at pasienter på Helgeland får tilgang til likeverdig og tilrettelagt medisinsk oppfølging, behandling og akutthjelp i hjemmet eller i et lokalt Helserom. Helserommet er et konkret rom i et lokalsamfunn, for eksempel på legekontoret, på sykehjemmet eller i en annen kommunal bygning, som inneholder medisinsk utstyr og teknologi som gir pasienter, pårørende, kommunalt helsepersonell – både lokalt og fra andre kommuner – og spesialisthelsetjenesten nye måter å samhandle på samt fleksible løsninger for tilgang til kompetanse og utstyr. Ved å utnytte mulighetene for avstandsoppfølging, samhandling, kunnskapsoverføring og opplæring som eksisterer i dag, vil vi skape en modell som ivaretar innbyggerne – barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre, personer med flere kroniske sykdommer etc. Tjenestemodellen som skal utvikles i prosjektet, skal bidra til økt tilgang på helsetjenester i eller nær hjemmet, redusert reisebelastning for pasienter og helsepersonell, økt opplevelse av faglig trygghet og tilhørighet til et fagfellesskap for lokalt helsepersonell på små steder, redusert antall innleggelses og reduserte kostnader i helsetjenesten. Innovasjonsprosjektet er godt forankret i, og vil være et viktig bidrag til, den pågående nasjonale satsingen på Helsefellesskap og avstandsoppfølging av kronisk syke.

Bakgrunnen for prosjektet **Helserom Helgeland** er utfordringer som finnes på Helgeland og i mange andre regioner i Norge: **Lang reisevei til både primær- og spesialisthelsetjeneste, og spredt helsefaglig kompetanse på tvers av kommunene.** Helgeland strekker seg over et stort geografisk område og er kjennetegnet av spredt bosetning og lange reiseavstander. Mange pasienter må nå sendes til sykehus fordi det ikke finnes et lokalt tilbud som kan gi spesialisert oppfølging og behandling, eller de må flytte til et tettsted eller sykehjem for å få nødvendig helsehjelp. Det finnes ikke et bredt tilbud av helsetjenester i alle kommuner. Helseressurser som diabetessykepleier, kreftsykepleier og til og med fastlege er ikke nødvendigvis tilgjengelig i alle kommuner. På Helgeland er det pasienter som ikke bare har lang reisevei til sykehus, men også til fastlege og legekantor. Med få innbyggere i hver kommune, og på hvert enkelt tettsted eller øysamfunn, varierer også behovet for helseressurser og kompetanse i stor grad. Ett år kan det være tre KOLS-pasienter bosatt i kommunen, fem år senere kan behovet for spesialisert helsehjelp være tilknyttet andre diagnoser.



Lange reiseavstander er belastende for mange pasienter, spesielt i kombinasjon med faktorer som kronisk sykdom, høy alder, sosial ulikhet og nedsatt mobilitet. Lang reisevei synes dessuten å resultere i et underforbruk av spesialisthelsetjenester¹, som igjen kan føre til forsinket behandling og økt sannsynlighet for reinnleggelse. Å reise langt tar naturlig nok også lang tid. Det er anslått at ca. 18.000 helgelendinger har båt og/eller helikopter som primært transportmiddel ved alvorlige ulykker, og ca. 8.000 av disse er uten landfast forbindelse. For mange kan hele dagen gå med for å reise til en poliklinisk konsultasjon. Vanskelige værforhold kan videre medvirke til forsinkelser eller kanselleringer. Å bruke så mye tid på reise kan føre til unødvendige sykedager, noe som er ugunstig både for arbeidstaker og arbeidsgiver. For samfunnet representerer reisetid for pasienter, pårørende og helsepersonell kostnader i form av tapt arbeidstid, kostnader til selve reisen og ekstrakostnader dersom forsinkelser medfører at avtalte behandlinger eller konsultasjoner ikke kan gjennomføres.

Ifølge Helse- og omsorgsdepartementets e-helsestrategi for 2019–2022 er helsehjelp på avstand et høyt prioritert innsatsområde. En av de planlagte aktivitetene i strategien er å "prøve ut og innføre et bredt utvalg av avstandsoppfølgingstjenester, eksisterende som e-konsultasjon og velferdsteknologi i kommunal regi, og nye som hjemmebasert oppfølging fra sykehus som en integrert del av sømløs samhandling"². På Helgeland er

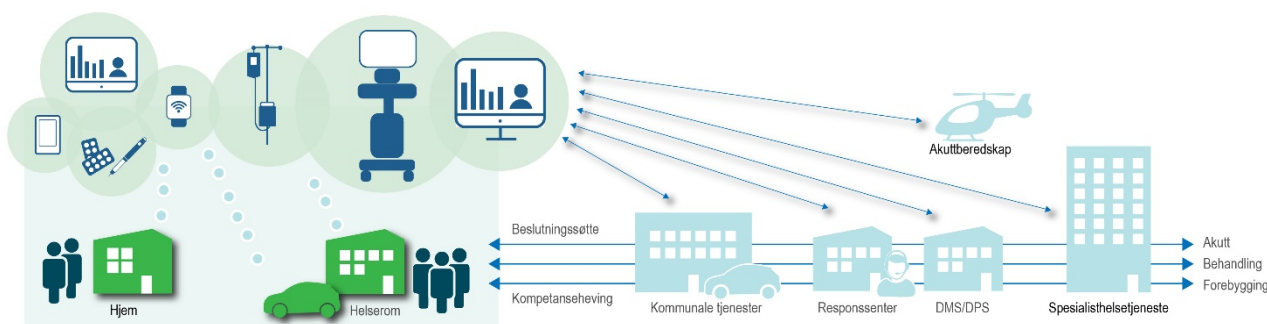
det behov for å utnytte økt kunnskap om avstandsoppfølgingstjenester til også å organisere tjenestene på en ny måte. Mens den nasjonale satsningen på avstandsoppfølging enten er kommunal eller knyttet til spesialisthelsetjenesten, trenger Helgeland en tjenestemodell for avstandsoppfølging som innebærer et tett samarbeid mellom kommunenes primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenesten gjennom oppfølging av pasienter og kunnskapsoverføring til lokalt helsepersonell. Det vil gi mulighet for et helhetlig og godt lokalt helsetjenestetilbud for innbyggerne på Helgeland som i størst mulig grad imøtekommer den store utfordringen med lange reiseavstander, spredt helsefaglig kompetanse og varierende lokale behov.

2 Forskning og innovasjon

2.1 Innovasjonen

Visjonen for dette prosjektet er å organisere helsetjenester på en ny måte som sørger for at pasienter får et likeverdig helsetilbud uavhengig om de bor i et øysamfunn i havgapet eller et steinkast fra et kommunesenter eller et universitetssykehus. Helsehjelpen skal komme til innbyggerne på øysamfunn og i utkantstrøk ved hjelp av teknologi, faglig støtte, kompetanseoverføring og kommunikasjon – i stedet for at innbyggerne trenger å reise langt for å komme til helsehjelpen. Innovasjonen i prosjektet Helserom Helgeland ligger ikke først og fremst i å utvikle ny teknologi, men snarere å utvikle en avansert og bærekraftig tjenestemodell som ivaretar samhandling på tvers, skaper en fleksibel og kvalitetsbærende organiseringsform og setter eksisterende teknologi sammen på nye måter som sikrer en helhetlig helsetjeneste tilrettelagt for flere pasientgrupper. Innovasjonen representerer et betydelig potensial for verdiskaping for pasientene, helsetjenesten og samfunnet. Løsningen vil være overførbart nasjonalt og internasjonalt.

2.1.1 Innovasjonsidéen



Innovasjonsidéen i prosjektet **Helserom Helgeland** er: En ny tjenestemodell på Helgeland som innebærer et lokalt tilbud som kan hjelpe pasienter, pårørende og ansatte i helsesektoren i forbindelse med oppfølging, behandling og akutte situasjoner.

Tjenestemodellen skal ivareta både pasienter og ansatte sine behov i forhold til en trygg og nær helsetjeneste gjennom å tilby A) Helsehjelp i **hjemmet**, som kan innebære tilbud om e-konsultasjoner, enkelt medisinsk utstyr og digitale verktøy for avstandsoppfølging og -behandling – støttet av lokalt helsepersonell og B) Et **helserom** som er tilpasset de varierende behovene i lokalsamfunnet, der pasienter kan få hjelp fra et lokalt helsepersonell med faglig støtte fra annet helsepersonell ved behov. Her kan det tilbys helsehjelp som ikke kan gis i hjemmet, slik som tilgang til større medisinsk utstyr, målinger og prøvetaking; videomøter med både pårørende, spesialist- og primærhelsetjeneste; kurs og opplæring, etc. Helserommene skal være universelt utformet, ha nødvendig medisinsk utstyr tilpasset behovene til pasientene som bor i lokalsamfunnet og gjøre avstandsoppfølging tilgjengelig også for pasienter med lav digital kompetanse.

Tjenestemodellen skal sørge for at pasientene får kvalifisert hjelp nærme hjemmet både ved oppfølging og behandling og i akutte situasjoner. Lokalt helsepersonell skal få beslutningsstøtte, faglig veiledning og opplæring via digitale løsninger og avstandsoppfølging fra annet helsepersonell. De skal også kunne delta i digitale fellesskap som gir en opplevelse av å være en del av et større faglig nettverk. Gjennom samme modell

skal helsepersonell også få mulighet til å bruke spesialkompetansen sin ut over eget lokalsamfunn i et større interkommunalt samarbeid. Slike digitale samarbeid skal gjøre det mulig for hvert lokalsamfunn å tilby tjenester fra legespesialister, allmennleger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter etc. selv om alle yrkesgrupper ikke engang er ansatt i egen kommune.

Innovasjonsidéen er i tråd med pågående nasjonal satsning på avstandsoppfølging av kronisk syke, som adressert i Nasjonal helse- og sykehusplan³ oppfordrer til bruk av videokonsultasjoner, pasientrapporterte data, sensorteknologi og nettbaserte behandlingsprogram, og å flytte medisinsk utstyr dit pasientene er. Elementer av dette er også prøvd ut og har dokumentert effekt (se 2.1.2 kunnskapsbehov). Tjenestemodellen som skal utvikles i **Helserom Helgeland**, vil være basert på eksisterende kunnskap fra den nasjonale satsningen og løsninger for avstandsoppfølging både nasjonalt og internasjonalt.

Tre spesifikke forhold skiller imidlertid Helserom-modellen fra tidligere modeller for avstandsoppfølging:

1. Den legger opp til en tjenestemodell med tett samhandling mellom flere aktører (pasienter, pårørende, primær- og spesialisthelsetjenesten m.fl.). Eksisterende tilbud både nasjonalt og internasjonalt er oftest enten kommunale eller knyttet til spesialisthelsetjenesten.
2. Helserommet og tilbudet i hjemmet skal være fleksibelt slik at innholdet (kompetanse og utstyr) tilpasses innbyggernes behov og endringer i behov. Modellen vil innebære en bedre koordinering og utnyttelse av tilgjengelige helseressurser og tilpasning til de faktiske behovene for helsehjelp.
3. Tjenestemodellen retter seg mot alle innbyggerne i en kommune. Mange av de eksisterende løsningene retter seg mot enkelte pasientgrupper som for eksempel KOLS, diabetes og psykisk helse. utfordringene med lange reiseavstander og spredt helsefaglig kompetanse rammer imidlertid hele lokalsamfunn.

Gjennom **Helserom Helgeland** vil **Helgelandssykehuset** få en ny tjenestemodell som gir mulighet for bedre tilbud gjennom direkte kontakt med både pasient, pårørende og lokalt ansatt helsepersonell. **Helsepersonell i kommunene** vil få enklere tilgang til kompetanse og opplæring slik at de ikke trenger å henvise videre, men får utført flere tjenester lokalt selv om ressursene (fastlege, fysioterapeut, legespesialist el.) ikke befinner seg i nærheten. **Innbyggerne** som bor i lokalsamfunn langt unna mange helsetjenester, får i denne modellen raskere tilgang til kvalifisert helsehjelp der de bor, uavhengig av om det er spesialist- eller primærhelsetjeneste det behøver.

2.1.2 Kunnskapsbehov

Internasjonal forskning har identifisert positive effekter av digital medisinsk avstandsoppfølging. Positive effekter dreier seg da enten om helse (som reduserte symptomer og bedre etterlevelse av behandling) eller ressurser (som reduserte antall innleggelses og redusert bruk av spesialisthelsetjenester)^{4,5}. De fleste studiene på feltet har adressert enkeltdiagnoser; diabetes⁶, KOLS⁷, kreft⁸, hjertesykdommer^{9,10} etc. Majoriteten av studier adresserer helseutfall eller brukertilfredshet¹¹. Norske studier av digital samhandling på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten har vist at kommunikasjonen mellom tjenestenivåene styrkes, og at koordinering av tjenester blir bedre^{12, 13, 14}. I kunnskapsoppsummeringer på feltet har det blitt reist spørsmål ved om feltet kan være preget av et publikasjonsbias i form av at negative resultater ikke har blitt publisert¹⁵, eller seleksjonsbias i form av at deltakere i studiene allerede er over gjennomsnittet positivt innstilt til å prøve teknologiske løsninger¹⁶, mens de som ikke kan eller ønsker å bruke teknologiske løsninger ikke deltar i studiene⁴.

Til tross for mange studier av digital avstandsoppfølging med positive effekter er det fortsatt kunnskapshull på feltet. Det trengs forskning på flere områder for å realisere innovasjonsideen i prosjekt **Helserom Helgeland**. For det første er det behov for forskning på samhandling der flere helseaktører er involvert i et tett samarbeid, ikke minst studier av felles konsultasjoner mellom helsepersonell fra ulike nivå og pasient – altså konsultasjoner med mer enn to deltakere. Slike konsultasjoner vil være relevante i **Helserom Helgeland**. Dette gjelder både typiske e-konsultasjoner der pasienten er hjemme/i Helserommet mens fastlegen og en sykehuslege deltar via video, og konsultasjoner der en lokalt ansatt helsearbeider og pasienten er fysisk sammen på Helserommet – for eksempel i forbindelse med sårstell, rehabiliteringsøvelser eller opplæring i medikamentbruk – mens en annen helsearbeider (fastlege, sykepleier fra annen kommune eller spesialist) bidrar med faglig støtte digitalt. Sistnevnte konsultasjonsform vil sannsynligvis være svært aktuell i prosjektet **Helserom Helgeland**. Det mangler forskning på system for og effekter av konsultasjoner med faglig støtte på avstand.

For det andre mangler det kunnskap om generelle system for digital avstandsoppfølging, dvs. løsninger som ikke bare er rettet mot utvalgte diagnosegrupper. Som vist over skal Helserommet være fleksibelt og kunne tilpasses alle innbyggerne og endrede behov i det aktuelle lokalsamfunnet, innen både somatikk og psykiatri. For å oppnå denne typen innovasjon trengs det forskning på hvordan et slikt tilbud kan rigges og tilpasses eksisterende helsetjenesteorganisering og tilgjengelige teknologi slik at det blir økonomisk lønnsomt og ha helsemessig effekt.

For det tredje er det behov for mer kunnskap om hvilken betydning den foreslåtte tjenestemodellen har for innbyggerne i et lokalsamfunn. Det mangler kunnskap om 1) hvilken innvirkning det har på helseutfall at flere helsetjenester kan gis av helsepersonell som er nær pasienten og kjenner pasienten godt, 2) i hvilken grad lokal tilgang på et bredt utvalg helsetjenester, inkludert spesialisthelsetjenester, fører til at det føles tryggere for innbyggerne å bo perifert og at flere blir boende, og 3) hvilken betydning tilgang på faglig støtte lokalt gjør at lokalt ansatt helsepersonell blir boende på stedet.

Prosjekter som grenser opp mot **Helserom Helgeland** både pågår og har vært gjennomført, bl.a. en stor nasjonal satsning på avstandsoppfølging av kronisk syke¹⁷. Prosjekt **Helserom Helgeland** skiller seg fra de pågående prosjektene på grunn av Helgelands geografi og demografi. Innbyggerne har behov for mer enn løsninger for medisinsk avstandsoppfølging. De trenger også lokalt tilbud om medisinsk utredning og behandling. Det er dermed nødvendig å bygge videre på de erfaringene som finnes fra eksisterende prosjekter, for å se hvordan avstandsoppfølging kan organiseres som en helhetlig tjeneste og ikke bare enkeltstående tilbud.

2.2 FoU-aktivitetene

2.2.1 FoU-mål

M1 Felles oversikt over problemfeltet slik det er i dag på individ-, organisasjon- og systemnivå.

1) Identifikasjon og visualisering av eksisterende behov, oppgaver, brukeropplevelser, kontaktflater, tjenesteforløp, ulike aktører sin rolle og rammebetingelser. 2) Identifikasjon av a) mulige nytteverdier og gevinster ved en tjenestemodell for lokal helsehjelp, b) sentrale barrierer og suksesskriterier som er avgjørende for at løsningene skal kunne implementeres og tas i bruk.

M2 Overordnede prinsipper og idéer for tjenestemodell på organisasjon- og systemnivå.

1) Utforske mulige idéer og prinsipper for en tjenestemodell som gir ønsket nytteverdi og gevinster, og imøtekommer barrierer og suksesskriterier. 2) Velge en overordnet tjenestemodell som rammeverk for videre utvikling (grovskisser som viser hvordan tjenesteforløp for representative pasientgrupper henger sammen i en større modell mht. ansvarsfordeling mellom aktører, støttefunksjoner, valg av lokasjoner for ulike typer helsehjelp, teknologivalg, finansieringsmodeller og andre rammebetingelser)

M3 Detaljerte tjenesteforløp som demonstrerer hvordan tjenestemodellen kan se ut og fungere

1) Identifisere 4–6 forskjellige tjenesteforløp (ulike pasientgrupper og deres varierende behov for oppfølging, behandling og akutt hjelp) og tilhørende case (varierende tilgang til helsepersonell lokalt, varierende avstand til sykehus eller DMS/DPS etc.) – som til sammen vil bidra til økt kunnskap om hele bredden i tjenestemodellen. 2) Utvikling av de utvalgte tjenesteforløpene i tett tilknytning til en detaljering og videreutvikling av tjenestemodellen, for å sørge for at forløpene og tjenestemodellen henger sammen. 3) Formativ evaluering av tjenesteforløpene i henhold til ønskede nytteverdier og gevinstrealisering. 4) Ferdig detaljerte tjenesteforløp som er klare for pilotering.

M4 Summativ evaluering av nytteverdi og gevinstrealisering i utvalgte tjenesteforløp i modellen

1) Pilotering og revidering av utvalgte konsepter, 2) Utprøving av utvalgte konsepter i ordinær drift, 3) Summativ evaluering av konsepter i forhold til identifiserte nytteverdier og helseøkonomiske gevinster, 4) Modell for identifisering av gevinster ut over prosjektperioden.

M5 Implementering av tjenestemodellen

Ferdigstille realiseringsplan for videre implementering. Dette er ikke en del av FoU-prosjektet, men en viktig og prioritert egenfinansiert aktivitet for helseforetaket og kommunene for etablering av den nye løsningen.

2.2.2 FoU-utfordring, design og -metode

En bærekraftig tjenestemodell for avstandsoppfølging og samhandling må ivareta krav knyttet til Mennesker, Organisasjon og Teknologi (MTO-perspektiv), i tillegg til at den skal fungere i et større System-perspektiv.

I et **meneskeperspektiv** skal tjenestemodellen imøtekomme behovene til de ulike pasientgruppene, pårørende og ansatte i forbindelse med oppfølging, behandling og akutt hjelp. Vesentlige FoU-utfordringer knyttet til dette er pasientenes komplekse og varierende behov (sykdom, avstand til helsehjelp, digital kompetanse etc.), og at også helsepersonell har ulike behov og forutsetninger som påvirker tjenestemodellen (faglig bakgrunn, arbeidsbelastning, motivasjon, digital kompetanse etc.). Det vil derfor være vesentlig med en bred kartlegging, samskapende idégenerering og utprøving av de ulike brukernes behov tilknyttet en fremtidig tjenestemodell.

På **organisasjonsnivå** skal tjenestemodellen være effektiv for hele organisasjonen og tilby en helhetlig helsetjeneste for alle innbyggere og ikke bare enkeltstående løsninger for utvalgte tjenesteforløp. For å imøtekomme dette trengs økt kunnskap om likheter og variasjoner i tjenesteforløp, hvilke aktører og organisatoriske enheter som bør være involvert i ulike forløp og hvilke kontaktpunkt som behøves mellom de ulike organisasjonene for å ivareta god avstandsoppfølging og samhandling. Vesentlige FoU-utfordringer er også knyttet til detaljering av de enkelte tjenesteforløp med kontaktpunkt, rutiner, prosedyrer og teknologi som legger til rette for tett samarbeid mellom ulike aktører i primær- og/eller spesialisthelsetjenesten.

Teknologien som benyttes, vil i stor grad basere seg på løsninger som allerede eksisterer (f.eks. videokonsultasjoner, pasientrapporterte data, sensorteknologi, VR (virtual reality) og nettbaserte behandlingsprogram), men det vil kunne være nødvendig med integrasjon av løsninger mellom ulike plattformer. Hovedtyngden i FoU-arbeidet vil ikke være relatert til utvikling av teknologi, men til eksperimentering rundt hvordan den kan benyttes i en tjenestemodell med utstrakt samhandling. Prosjektet vil kunne identifisere behov for videre utvikling av teknologiene som pilotes.

For å være bærekraftig må tjenestemodellen også ha løsninger på et **systemnivå**, som innebærer ansvarsfordeling, finansieringsmodeller og andre rammebetingelser som er avgjørende for gjennomføring. For å imøtekomme denne FoU-utfordringen trengs kartlegging og identifikasjon av strukturelle og fysiske rammebetingelser, nytteverdier, mulig gevinstrealisering, suksesskriterier og barrierer i de ulike organisasjonene. Det er deretter nødvendig å utvikle og prøve ut konsepter for organisering av tjenestemodellen som ivaretar disse komplekse organisatoriske behovene og rammebetingelsene.

For å realisere innovasjonsidéen er et godt sammensatt tverrfaglig team nødvendig. **Samskapende designmetodikk**¹⁸ vil bli benyttet i alle aktiviteter, med både prosjektpartnere og ulike brukergrupper (pasienter, pårørende, helsepersonell, administrativt personell etc.) for å sikre både en felles forståelse blant alle partnerne, og at løsninger ivaretar perspektivet til ulike brukergrupper. Vi vil videre bruke en **eksplorativ og iterativ tilnærming** for å etablere et solid kunnskapsgrunnlag for utvikling av tjenestemodellen. Innledningsvis vil vi benytte **systemorientert design**¹⁹, en designmetodikk som er tilpasset komplekse problemstillinger og inneholder metoder for å kartlegge, strukturere og idégenerere løsninger på system-, organisasjons- og individnivå. Denne metodikken vil benyttes til å definere en overordnet tjenestemodell som ivaretar FoU-utfordringene som er beskrevet ovenfor, og vil innebære både kvalitative og kvantitative kartlegginger av behov, og muligheter for gevinstrealisering. I de påfølgende hovedaktivitetene vil vi benytte **tjenestedesignmetodikk**²⁰ for å skaffe dypere innsikt i brukerens liv, situasjon og utfordringsbilde, og til å utvikle, prøve ut og detaljere kontaktpunkt (aktører, prosedyrer, teknologiske løsninger etc) for utvalgte tjenesteforløp. **Formative evalueringer** av tjenesteforløpene vil gjennomføres i flere iterasjoner, der tjenesteforløpene prøves ut først som enkle prototyper og etter hvert i reelle situasjoner med bruk av teknologiske løsninger i tilknytning til hjem og helserom. Ferdig utviklede tjenesteforløp skal pilotes i kommunene, og det vil gjennomføres en **summativ evaluering** av opplevd nytteverdi og muligheter for gevinstrealisering, for å danne et grunnlag for videre implementering av tjenestemodellen lokalt, nasjonalt og internasjonalt.

De faglige målene i prosjektet er ambisiøse i og med at vi ønsker å lage en helhetlig modell som skal dekke mange behov og koble sammen aktører i ulike organisasjoner. Risikoen i prosjektet er knyttet til usikkerhet angående hvordan organisasjoner med ulike arbeidsoppgaver, arbeidskulturer og teknologiske løsninger skal knyttes sammen i en felles modell for samhandling. Det er en risiko for at ikke alle behov blir ivaretatt. Den brede systemorienterte tilnærmingen, å bygge videre på løsninger med allerede påvist effekt, hyppige iterasjoner med utprøving, samt tett brukerinvolvering vil bidra til å redusere risikoen.

3 Virkninger og effekter

3.1 Verdiskapingspotensial

Målet med innovasjonsprosjektet er å danne grunnlag for å implementere en helt ny tjenestemodell på Helgeland. Forventet verdiskapingspotensial av den nye modellen er:

Gevinst for innbyggerne

- Bedre helse, livskvalitet og trygghetsfølelse
- Tidligere deteksjon av alvorlig sykdom eller forverrelser fordi terskelen for å oppsøke hjelp blir lavere
- Mindre avbrekk i arbeidslivet gjennom tettere og lokal oppfølging (kan f.eks. redusere behov for uføretrygd)
- Økt mulighet for å bo hjemme i stedet for å flytte til sykehjem eller mer sentrale strøk
- Støtte fra lokalt personell reduserer digitalt utenforskap knyttet til helseoppfølging
- Redusert reisebelastning – tidsbruk, stress, overnatting og kostnader

Gevinst for helsepersonell

- Økt kompetanse, faglig tilhørighet og -trygghet
- Økt mulighet til å utnytte og vedlikeholde egen spesialkompetanse utenfor lokalsamfunnet
- Redusert reisebelastning og økt effektivitet

Gevinst for Helgelandssykehuset og kommunene

- Færre liggedøgn på sykehjem og sykehus og færre reinnleggelser
- Økt effektivitet og reduserte kostnader grunnet færre avbestillinger pga. værutsatt og lang reisevei
- Redusert reisebelastning og økt effektivitet

Gevinst for samfunnet

- Reduserte reiseutgifter (drosje, ferje, ambulansébåt etc.) og redusert sykefravær
- Redusert miljøbelastning på grunn av redusert reisevirksomhet
- Økt helsekompetanse i befolkningen og økt og mer robust helseberedskap (ulykker, pandemi etc.)
- Helgelandregionen blir mer attraktivt som bosted og arbeidsplass

Gevinst for FoU og næringsliv

- Kunnskapsoppbygging digital avstandsoppfølging og samhandling

Gevinst for nasjonalt og internasjonalt

- En tjenestemodell for avstandsoppfølging og samarbeid som kan benyttes i rurale strøk

3.2 Nyttiggjøring av resultater

3.2.1 Plan for realisering av innovasjonen

Kommunene Brønnøy, Vefsn, Dønna, Rødøy og Helgelandssykehuset vil parallelt med FoU-prosjektet sette av egne ressurser og jobbe målrettet og tett sammen mot realisering, implementering og spredning av den nye tjenestemodellen. Realiseringsarbeidet vil være tett koplet opp mot den nasjonale satsingen på arbeidsdeling i helsefelleskap³ og på avstandsoppfølging. Resultater fra disse satsningene, og fra den summative evaluering av tjenestemodellen vil påvirke valgene som gjøres i forhold til videre implementering. Kommunene og Helgelandssykehuset peker på tre sentrale aksjoner knyttet til realisering: 1) Forankring og ledelse: sikre at prosjektet er godt kjent og anerkjent i alle deler av organisasjonen; 2) Organisasjonsutvikling: forberede ledere og medarbeiderne på hvordan "jobbe på nye måter", teknologistøtte etc og 3): Økonomisk handlingsrom: hva krever det av investeringer, folk, ekstern assistanse etc. Mer detaljert vil dette kunne være:

Handlinger: Kommuner og Helseforetak	21	22	23	24	25	26	27
Forankring: Involvering og eierskap på alle nivå i organisasjonen		◆					
Synliggjøring: Felles kommunikasjonsstrategi og nettside	◆						
Resultater: Formidles fortløpende internt og eksternt	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆
Endringsledelse: Klargjøre organisasjonen for ny praksis					◆		
Opplæring: Kurspakke for medarbeidere			◆				
Budsjettering: Finansieringsplan for etablering av tjenestemodell				◆			
Etablering: Helserom etableres, ny tjenestemodell tas i bruk						◆	
Evaluering: Langtidseffekt av tjenestemodellen							◆
Spredning: Tjenestemodellen er etablert i to andre norske fylker							◆

◆ = Milepæl i siste kvartal pr. år

Sentrale partnere: Kommunene og Helgelandssykehuset har hovedansvaret for realisering av innovasjonen. Andre viktige aktører er pasientorganisasjoner, pårørende, Helse Nord IKT (for å tilpasse sitt grensesnitt og arkitektur til den nye løsningen), Norsk Helsenet, teknologileverandører og FoU-partnere. **Risiko knyttet til iverksetting, finansiering og organisasjon:** Iverksettingsrisikoen reduseres ved at prosjekteier og prosjektledelsen har en god dialog med styringsgruppen som formidler dette til toppledelsen i kommunene og helseforetaket. Ved at det etableres arbeidsgruppe med målrettet og fortløpende fokus resultater og gevinstrealisering, og planlegger for implementering, vil risikoen bli betydelig redusert. Arbeidsgruppene er første forankringspunkt og blir tett knyttet opp til kommune-/og sykehusledelsen. Ledelsen vil sikre at prosjektgruppene får tid til å arbeide med prosjektet. Hvis det kreves investeringer fra organisasjonene for realisering, vil det bli lagt inn i budsjett som fremlegges til politisk ledelse i kommunene og helseforetakets styre.

Etikk: Praksisnær FoU og innovasjon og brukersentrert utvikling med potensielt sårbare grupper kan medføre etiske problemstillinger og dilemmaer. Etisk refleksjon og diskusjon vil være en viktig del av prosjektet, og dette vil hensyn tas ved gjennomføringen. Retningslinjer for god forskningsmetodikk vil overholdes, søknad til NSD og REK vil bli utarbeidet. Prosjektteamet har bred erfaring med brukersentrerte innovasjonsprosjekter innen helse og omsorg, der sårbare brukergrupper er involvert. Prosjektteamet har bred erfaring fra andre forskningsprosjekter, som for eksempel 1.fase i det nasjonale avstandsoppfølgingsprosjektet, HelsaMi+ og Trygge Spor, alle der teknologi er prøvd ut og der etisk refleksjon har vært sentralt. **Miljøkonsekvenser:** Det er forventet positive gevinster for miljøet i form av reduserte transportutslipp som følge av redusert behov for reise. **Kjønnsperspektiver:** Kontaktansvarlig for prosjekteier og prosjektleder er kvinner. Begge kjønn er representert i prosjektgruppen, og alle medlemmene i konsortiet er opptatt av likestilling og vil sikre en god kjønnsbalanse mellom deltakerne i prosjektet. Kjønnsperspektivet ivaretas i inklusjon av informanter og deltakere i prosjektet, og det vil tilstrebes en jevn kjønnsbalanse gjennom prosjektet.

3.2.2 Formidling, deling og spredning

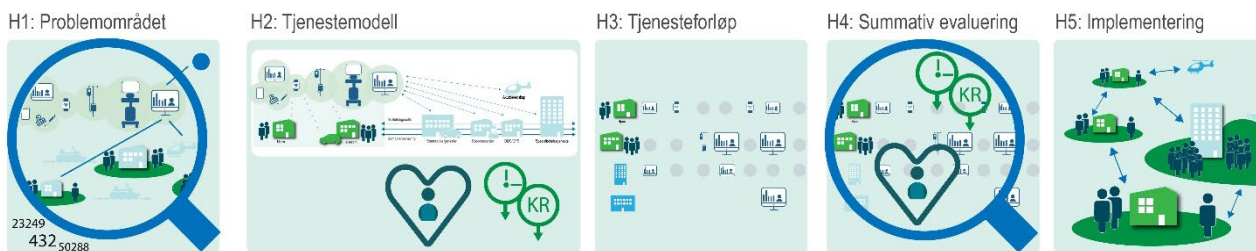
Formidling av resultater fra prosjektet vil gjøres ved vitenskapelig og populærvitenskapelig publisering. I tillegg vil kommunene og helseforetaket informere om prosjektet på egne arenaer internt og eksternt.

Vitenskapelig publisering: Minst 3 publikasjoner i relevante tidsskrift og konferanser nasjonalt og internasjonalt. **Populærvitenskapelig publisering:** Minst 10 medieoppslag i Gemini, forskning.no, tv, avisreportasjer. Deltakelse på minst 5 konferanser, seminarer. Hyppige nyhetsoppdateringer i digitale og sosiale medier: Nettsider, Facebook, Twitter. **Spredning:** Deling og spredning til andre kommuner og helseforetak regionalt og nasjonalt vil bli høyt prioritert. Aktuelle møteplasser er rådmannsmøtet, kommunenettverk, direktørmøtet, regionale-/nasjonale forskningskonferanser.

4 Prosjektplan for FoU-prosjektet

4.1.1 Hovedaktiviteter i FoU-prosjektet

Hovedaktiviteter	2021			2022			2023			2024		
H1 Felles problemforståelse												
H2 Tjenestemodell												
H3 Tjenesteforløp												
H4 Summativ evaluering												
H5 Spredning og implementering												
H6 Prosjektledelse												



H1, Problemforståelse

Faglig innhold: Prosjektgruppen definerer en felles forståelse av det komplekse problemfeltet i en samskapende prosess: A) Innledningsvis gjøres et grundig innsiktsarbeid som kartlegger: behov hos pasienter og helsepersonell og administrasjon i de deltakende kommunene og ved Helgelandssykehuset, forutsetninger og rammebetingelser på organisasjons- og systemnivå, og muligheter og erfaringer fra andre avstandsoppfølgingsprosjekter. Dette gjøres ved hjelp av samskapende intervjuer og workshops, dokumentgjennomgang og kartlegging av demografi, pasientflyt og kostnader. B) Funnene fra innsiktsarbeidet struktureres i fellesskap i gigamaps²¹, en systemorientert designmetode som bidrar til å få felles oversikt over komplekse problemstillinger, og som ivaretar perspektiver fra individ, organisasjon og systemnivå. Dette skal gi en felles oversikt over sammenhengene mellom de ulike strukturene og aktørene, slik at det er mulig å identifisere nytteverdier og gevinster samt sentrale barrierer og suksesskriterier. **Leveranser og resultater:** Rapport og visuell presentasjon (gigamap) av hvordan eksisterende behov, muligheter og rammebetingelser henger sammen og påvirker hverandre. Rapport med oversikt over mulige nytteverdier og gevinster, og sentrale barrierer og suksesskriterier. **Milepæler:** 1) Felles oversikt over problemfeltet. 2) Oversikt over nytteverdier, gevinster, sentrale barrierer og suksesskriterier. **Ansvarlig:** Helgelandssykehuset **Andre deltakere:** Alle partnerne.

H2, Tjenestemodell

Faglig innhold: Basert på Hovedaktivitet 1 vil idéer og prinsipper for en tjenestemodell utforskes i en rekke samskapende workshops med både prosjektdeltakerne og fremtidige brukere (pasienter, pårørende, helsepersonell, administrasjon etc.). Ulike tjenesteforløp vil visualiseres gjennom enkle Service Blueprints²⁰ og settes inn i nye gigamaps som visualiserer hvordan det hele kan kobles sammen i en ny tjenestemodell som imøtekommer identifiserte suksesskriterier og barrierer. Parallelt vil det være en idégenerering knyttet til systemelementer som ikke har direkte med de enkelte tjenesteforløp å gjøre (organisatoriske begrensninger, personvern, finansieringsmodeller etc.). Gjennom en rekke iterasjoner velges en tjenestemodell som best ivaretar ønskede nytteverdier og gevinster. **Leveranser og resultater:** Visuell presentasjon av mulige idéer og prinsipper for en tjenestemodell. Rapport som beskriver valgt tjenestemodell. **Milepæler:** Valg av overordnet tjenestemodell på organisasjons- og systemnivå. Valg av teknologileverandører i tillegg til CheckWare. Detaljert tjenestemodell klar for evaluering. **Ansvarlig:** SINTEF. **Andre deltakere:** Alle partnerne.

H3, Tjenesteforløp

Faglig innhold: Det utvikles detaljerte Service Blueprints for 4–6 tjenesteforløp som representerer ulike pasientgrupper og med varierende behov og rammebetingelser som f.eks. avstand til fastlege eller DMS/DPS. Arbeidet med hvert forløp samordnes, og bidrar til en videreutvikling og detaljering av den overordnede tjenestemodellen. Service Blueprintene inneholder detaljerte beskrivelser av organisering, arbeidsprosesser, forløp og innhold i møtepunkt i tjenesten (inkl. valg av teknologi), og de utvikles og detaljeres i flere iterasjoner gjennom samskapende workshops med prosjektgruppen og de ulike brukergruppene. Det vil gjennomføres en rekke formative evalueringer (alt fra papir-prototyper til utprøving i praksis) underveis i denne prosessen for å sørge for at tjenesteforløpene utvikles i henhold til ønskede nytteverdier og gevinstrealisering. Arbeidet vil foregå i en iterativ prosess der aktivitetene gjentas til man har forløp som er klare for pilotering i neste fase. **Leveranser og resultater:** Ferdig detaljerte tjenesteforløp som er klare for pilotering, presentert i form av Service Blueprint, og tilhørende detaljerte arbeidsprosedyrer og kontaktpunkt. **Milepæler:** 1) Tjenesteforløp klart for utprøving i praksis, 2) Tjenesteforløp ferdigstilt for pilotering. **Ansvarlig:** SINTEF **Andre deltakere:** Alle partnerne og valgte teknologileverandører.

H4, Summativ evaluering av tjenestemodell

Faglig innhold: Pilotstudie av utvalgte tjenesteforløp i tjenestemodellen med kvalitativ og kvantitativ evaluering av forløpenes nytteverdi og gevinstpotensial. I den kvalitative evalueringen gjennomføres det observasjoner av samhandling og kontaktpunkt i hvert forløp og 40–50 dybdeintervjuer med representanter for

alle brukergruppene om erfaringer med det nye forløpet og tjenestemodellen. I den kvantitative evalueringen måles eventuell endring i identifiserte ønskede gevinster (f.eks. reiseutgifter og -tidsbruk, endring i henvisninger til spesialisthelsetjenesten, livskvalitet. Pilotstudien vil vare i 1,5 år for å kunne foreta både en baseline måling ved oppstart, en midtveisevaluering og en sluttevaluering som gir indikasjon på nytteverdi og gevinster over en lenger periode. **Leveranser og resultater:** Rapport og publikasjoner i både vitenskapelige og populærvitenskapelige tidsskrift som oppsummerer resultater fra den summative evalueringen. **Milepæler:** 1) Plan for pilotering og evaluering, 2) Baseline måling, 3) Midtveisevaluering av pilot og 4) Sluttevaluering. **Ansvarlig:** SINTEF. **Andre deltakere:** Alle partnere.

H5, Implementering (egenfinansiert aktivitet – ikke en del av FoU-prosjektet)

Faglig innhold: Det vil i fellesskap bli utarbeidet en realiseringsplan for implementering og spredning av den nye tjenestemodellen. Realiseringsplanen vil være et levende handlingsdokument hvor det vil bli foretatt aksjoner og beslutninger underveis og parallelt med FoU-prosjektet og videre etter prosjektslutt. **Leveranser og resultater:** 1) Forankring i alle deler av organisasjonene, 2) Plan og tiltak for organisasjons-utvikling og endringsledelse, 3) Modell og budsjettering for økonomisk handlingsrom, 4) Plan for videre implementering av tjenestemodellen. **Milepæler:** Ferdigstilt realiseringsplan for videre implementering og spredning. **Ansvarlig:** Brønnøy kommune. **Andre deltakere:** Dønna, Rødøy, Vefsn og Helgelandssykehuset

H6, Prosjektledelse

Faglig innhold: Prosjektledelse, økonomi, risikohåndtering, administrasjon og forankringsarbeid. **Leveranser og resultater:** Effektiv prosjektledelse og måloppnåelse. **Milepæler:** Helserom og tjenestemodell klar for etablering på Helgeland. **Ansvarlig:** Helgelandssykehuset **Andre deltakere:** SINTEF, Brønnøy kommune.

4.1.2 Prosjektorganisering, samarbeid og forankring

Prosjekt **Helserom Helgeland** skal ledes og gjennomføres i et partnerskap med deltakere fra Helgeandssykehuset; kommunene Brønnøy, Vefsn, Dønna, Rødøy; forskingsinstitusjonen SINTEF og IT-bedriften CheckWare. Brønnøy kommune er prosjekteier, mens Helgelandssykehuset har prosjektledelsen. Denne delte ansvarsmodellen mener vi er en stor styrke og forutsetning for å lykkes med å etablere nye samhandlingsløsninger. Det er etablert en faglig ressursgruppe for prosjektet med nasjonale og internasjonale fagpersoner. Det vil også bli etablert en styringsgruppe med representanter fra alle partnerne i prosjektet som skal støtte prosjekteier og ledelse, sikre at prosjektet går som planlagt, godkjenne eventuelle endringer i prosjektplanen samt spre informasjon om prosjektet. Brukermedvirkning er vil være sentralt i hele prosjektperioden. Prosjektet er forankret i organisasjonenes toppledelse både administrativt og faglig, og er strategisk viktig for partnerne iht. strategier/planer og målsettinger for fremtidens helse- og omsorgstjeneste på Helgeland, i regionen og i landet for øvrig. Helgelandssykehuset og kommunene vil involvere personell innen helse, administrasjon, organisasjonsutvikling og teknologi som prosjektdeltakere.

Helgelandssykehuset deltar som prosjektleder for prosjektet. Helseforetaket vil ha det overordnede ansvaret for fremdrift og gjennomføring av prosjektet i tett dialog og samhandling med Brønnøy kommune, øvrige partnere. De vil delta i alle aktiviteter og jobbe internt med organisasjonsutvikling og forankring. Helseforetaket vil også bidra til at bruker-organisasjoner, pasienter og pårørende blir involvert og en viktig ressurs i FoU-prosjektet. **Prosjektleder:** Astri Merete Gullesten, rådgiver i Senter for samhandling. **Prosjektdeltakere:** Hulda Gunnlaugsdottir, adm.dir.; Knut Roar Johnsen, samhandlingssjef; Herald Reiersen, ph.d., forsknings- og innovasjonssjef.

Brønnøy kommune vil ha en ledende rolle i problemforståelse, samskapende utvikling av tjenestemodellen og i utprøving og evaluering, samt jobbe med organisasjonsutvikling og forankring. Kommunene vil være ansvarlig for å involvere brukerorganisasjoner. De vil også involvere ansatte, pasienter og pårørende. **Prosjektdeltakere:** Tove Karin Solli, helse- og omsorgssjef; Helge Thoresen, rådmann.

SINTEF AS vil lede FoU aktiviteten i prosjektet og vil bidra med kompetanse innen e-helse, tjenstedesign, interaksjonsdesign, organisasjonsutvikling, behovsdrevet innovasjon og samfunnsøkonomiske beregninger. Nøkkelpersonene fra SINTEF har gjennomført en rekke tjenesteinnovasjonsprosjekter innen helse der, digitalisering, teknologiutvikling og organisasjonsendringer er sentralt, og har spisskompetanse på brukerinvolvering og ledelse av designprosess fra idé til implementering. **Prosjektdeltakere:** Merete Rørvik, cand.polit., seniorressurs innovasjon i helse og omsorg; Anita Das, ph.d., forskningsleder og designer; Kari Sand, ph.d., seniorforsker kommunikasjon og helse; Kristine Holbø, MSc, seniorforsker og designer; Nina

Vanvik Hansen, sykepleier, seniorressurs klinisk forskning og innovasjon i helse og omsorg; Tove Håpnes, seniorforsker, teknologiledelse og organisasjonsutvikling; Kjartan Sarheim Anthun, ph.d., seniorforsker, helsetjenester, helseøkonomi, evaluering; Stein Espen Bøe, daglig leder, SINTEF Helgeland.

Vefsn, Dønna og Rødøy kommune vil ha en aktiv rolle i problemforståelse, samskapende utvikling av tjenestemodellen og i utprøving og evaluering, samt jobbe med organisasjonsutvikling og forankring. Kommunene vil involvere ansatte, pasienter og pårørende. **Prosjektdeltakere:** Vefsn: Erlend Eriksen, rådmann; John-Arvid Heggen, kommunalsjef helse og omsorg. Dønna: Tor Henning Jørgensen, rådmann; Rune Ånes, virksomhetsleder. Rødøy: Kitt Grønningsæter, rådmann; Anne Skeie, helse- og omsorgssjef.

CheckWare er teknologipartner i prosjektet. De bidrar med digitale løsninger for pasienter og ansatte med fokus på digitale kartlegginger, digital hjemmeoppfølging og nettbaserte behandlingsprogram. **Prosjektdeltakere:** Heidi Aabel, daglig leder; Ottar Aune, sales manager.

Faglig ressursgruppe: Birthe Dinesen, Professor, PhD & Head of Laboratory for Welfare - Telehealth & Telerehabilitation, Department of Health Science and Technology Aalborg University; Anette Fosse, lege, leder Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT; Gro Berntsen, professor, Nasjonalt senter for e-helseforskning, Tromsø; Hilde Rafaelsen, prosjektleder Digitale Helgeland; Anders Grimsmo, emeritus samfunnsmedisin, NTNU; Inger Holen, administrerende direktør, I4 Helse AS, Campus Grimstad; Wenche P. Dehli, direktør for samhandling og innovasjon, Kristiansand kommune; PL Telma prosjekter (Felles telemedisinsk løsning i Agder). Ressursgruppens oppgave vil være støtte prosjektgruppen kompetanse, erfaring og nettverk.

Referanser

- 1) Lappegaard O, Hjortdahl P. The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. *BMC Family Practice*. 2013;14:87
- 2) Direktoratet for e-helse. Plan for e-helse 2019-2022. Vedlegg til Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022. 2019.
- 3) Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. 2019
- 4) Dinesen B, Nonnecke B, Lindeman D ... and Nesbitt T. Personalized telehealth in the future: a global research agenda *Journal of Medical Internet Research* 2016;18:e53-e53
- 5) Nordgreen T, Gjestad R, Andersson G, Carlbring P, Havik OE. The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting. *Internet Interventions* 2018; 13, 24-29
- 6) Baker JW, Forkum W, McNeal J. Utilizing clinical video telehealth to improve access and optimize pharmacists' role in diabetes management. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2019; 59(2), Supplement: S63-S66
- 7) Bhatt SP, Batel SB, Anderson EM, ... Dransfield, MT. Video Telehealth Pulmonary Rehabilitation Intervention in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Reduces 30-Day Readmissions. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2019; 200(4):511-513
- 8) Hamilton E, van Veldhuizen E, Brown A, Brennan S, Sabesan S. Telehealth in radiation oncology at the Townsville Cancer Centre: Service evaluation and patient satisfaction. *Clinical and Translational Radiation Oncology*. 2019; 15:20-25
- 9) Rushcel KB, Rados DRV, Furtado MV ... Polanczyk CA. Transition of care of stable ischaemic heart disease patients from tertiary to primary care with telemedicine support: Randomized noninferiority clinical trial *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2020. doi.10.1177/1357633X20906648
- 10) Thokala P, Baalbaki H, Brennan A ... Wong R. Telemonitoring after discharge from hospital with heart failure: cost-effectiveness modelling of alternative service designs. *BMJ Open*. 2013;3(9):e003250
- 11) Ignatowicz A, Atherton H, Bernstein CJ ... Griffiths F. Internet videoconferencing for patient-clinician consultations in long-term conditions: A review of reviews and applications in line with guidelines and recommendations. *Digital Health*: 5:1-27
- 12) La Rocca A, Hoholm T. Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. *BMC Health Services Research*, 2017. 17
- 13) Melby L, Helleør R. Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration. *International Journal of Medical Informatics*, 2014. 83(5): 343-353
- 14) Helleør R, Gautun H. Digitalized Discharge Planning between Hospitals and Municipal Health Care. *Studies in Health Technology and Informatics*, 2018. 250:217-220
- 15) Wootton R. Twenty years of telemedicine in chronic disease management--an evidence synthesis. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2012 Jun;18(4):211-220
- 16) Wade VA, Karnon J, Elshaug AG, Hiller JE. A systematic review of economic analyses of telehealth services using real time video communication. *BMC health services research*. 2010;10(1):233.
- 17) Das A, Reitan J, Holbø K, Boysen ES, Aussen D. Avstandoppfølging av personer med kroniske sykdommer. Tjenesteutvikling i nasjonalt pilotprosjekt. SINTEF Digital
- 18) Sanders EBN, Stappers PJ. Co-creation and the new landscapes of design. *Co-design*. 2008; 4(1), 5-18.
- 19) Sevaldson, B. Systems Oriented Design: The emergence and development of a designerly approach to address complexity. *DRS//CUMULUS*. 2013: 14-17.
- 20) Polaine, A, Løvlie L, Reason B. Service design: From insight to inspiration. *Rosenfeld media*, 2013.
- 21) Sevaldson, B. Gigamaps: Their role as bridging artefacts and a new Sense Sharing Mode. In: *Relating Systems Thinking and Design (RSD4) 2015 Symposium*, 1-3 Sep 2015, Banff, Canada. Available at <http://openresearch.ualberta.ca/id/eprint/2049>