



RØMSKOG KOMMUNE

INN K A L L I N G til møte i utvalg for oppvekst og omsorg

Det innkalles til møte i utvalg for oppvekst og omsorg torsdag 31.01.13 kl. 19.00. på eldresenteret.

Til behandling:

SAK NR. 1/13 REFERATSAKER

SAK NR. 2/13 SAMHANDLINGSREFORMEN

- SLUTTRAPPORT FRA SAMHANDLINGSPROSJEKTET AURSKOG-HØLAND OG RØMSKOG
- DELRAPPORT AKUTT MEDISINSKE TJENESTER OG KOMMUNENS NYE PLIKT ØYEBLICKELIG HJELP DØGN FRA SAMHANDLINGSPROSJEKTET NEDRE ROMERIKE OG RØMSKOG

Sak 2/13 og vedlegget endelig sluttrapport fra Utredningsprosjektet Lokalmedisinsk senter og folkehelse Aurskog-Høland og Rømskog ettersendes.

Vedlegg til sak 2/12:

- Delrapporten Akuttmedisinske tjenester og kommunens nye plikt øyeblikkelig hjelp døgn (Samhandlingsprosjektet Nedre Romerike og Rømskog)
- Foreløpig sluttrapport Samhandlingsprosjektet Lokalmedisinsk senter og folkehelse Aurskog-Høland og Rømskog.

Eventuelt.

Forfall meldes kommuneadministrasjonen snarest.

Rømskog 24.1.13

Karoline Dedorsson
leder Utvalg for oppvekst og omsorg
(sign.)

Bjørg T.Nilsen
helse- og omsorgsleder
(sign.)



SAK: REFERATSAKER

Behandlende organ:	Møtedato	Sak nr.	Ark.nr.
Utvalg for oppvekst og omsorg	31.01.13.	01/13	

Saksbehandler: Tone Bergquist

1. HVA SAKEN GJELDER:

Følgende refereres:

1. Protokoll fra forrige møte - 29.11.12
2. Skriv fra Utdanningsdirektoratet: Norske barnehagar i tal, tal og analyse av barnehagane i Noreg.
3. Årsplan, Rømskog barnehage 2013. "Vi er gode med hverandre!"

2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL VEDTAK:

Referatsak tas til orientering.

Rådmannen i Rømskog, 24.01.2013

Anne Kirsti Johnsen
rådmann

3. VEDTAK:

2012

Delrapport fra samhandlingsprosjektet Nedre
Romerike og Rømskog:

Akuttmedisinske tjenester og kommunens nye plikt øyeblikkelig hjelp døgn



Samhandlingsprosjektet Nedre Romerike og Rømskog 2011-2013
Februar – november 2012



Delrapport 1 - Akuttmedisinske tjenester

INNHOOLD

Sammendrag	4
1. Bakgrunn og virkemidler i samhandlingsreformen	6
2. Samhandlingsprosjektet Nedre Romerike og Rømskog	6
2.1 Organisering av prosjektet.....	8
2.2 prosjektets kriterier for vurdering av tiltak og Effektmål	8
2.3 Fremdriftsplan 2011-2013	9
3. rammene for Delprosjekt 1 - Akuttmedisinske tjenester:.....	10
3.1 Mandat og organisering av utredning	10
4. Befolkningssammensetning og utvikling i regionen.....	11
4.1 Sykehusinnleggelser og kommunal medfinansiering.....	12
5. Beskrivelse av kommunenes akuttmedisinske ansvar	13
5.1 Forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.....	13
5.2 om mer om kommunalt ansvar for øyeblikkelig hjelp døgn.....	14
5.3 Pasientgrupper aktuelle for øyeblikkelig hjelp døgn.....	14
5.4 Kompetanse og kravet til forsvarlighet.....	15
5.5 Øvrige lovkrav	16
5.6 Finansiering av kommunenes ansvar for øyeblikkelig hjelp døgn	16
5.7 Øvrige føringer og bruk av tallgrunnlag for utvikling av kommunal øyeblikkelig hjelp døgn-tilbud.....	17
5.8 Bruk av øvrig styringsdata.....	17
6. Beskrivelse av legevakt-ordningene i regionen.....	18
7. Forslag til etablering av øyeblikkelig hjelp Døgn(ØHD) Nedre Romerike og Rømskog	19
7.1 Målgruppe	20
7.2 Medisinsk ansvar - innleggelsesmyndighet.	21
7.3 Kompetanse- og utstyrskrav	22
7.4 ØHD som del av helhetlig Pasientforløp	22

7.5 Kartlegging av pasientstrøm legevakt - ØHD	23
7.6 samdrift legevakt og øhd	24
7.7 Avstand mellom hjem og innleggelsesenheter	25
7.8 Bemanning og kostnadsanslag.....	25
7.9 Alternative interkommunale samarbeidsløsninger og krav til forsvarlighet	25
7.10 vertskommune eller iks?.....	27
7.11 Finansieringsnøkkel for samarbeid	28
7.12 Økonomiske konsekvenser 2013	28
7.13 Lokaler og DIMENSJONERING - kort og lang sikt.	28
7.14 Oppstart og søknad.....	28
Vedlegg 1: Notat økonomisk analyse legevakt.....	31
Vedlegg 2 : Kartleggingsgrunnlag.....	31

Denne rapporten ble behandlet av styringsgruppen i møte 23.11.2013. Følgende vedtak ble fattet:

- *Styringsgruppen er inneforstått med at kommuner vil søke om oppstartsmidler til ØHD med utgangspunkt i Legevakten Nedre Romerike innen fristen 1.mars 2013.*
- *Styringsgruppen mener det bør være mulig for de kommunene som i dag ikke deltar i Legevakt Nedre Romerike å delta bare i ØHD-samarbeidet.*
- *Styringsgruppen ber Skedsmo kommune klarlegge forutsetninger for en slik søknad hva gjelder lokaler.*
- *Styringsgruppen anbefaler ØHD etablert i de hovedlinjer når det gjelder målgrupper og tjenesteorganisering som ligger i rapporten.*
- *Når det gjelder organisasjonsform for ØHD, tas dette opp til vurdering i 2013.*

SAMMENDRAG

- Denne delrapporten er en del av det interkommunale samhandlingsprosjektet på Nedre Romerike som skal utrede behovet for en rekke interkommunale tjenester for å møte samhandlingsreformen. Denne rapporten vurderer kommunenes nye plikt til å sørge for ø-hjelp døgnet i henhold til kommunal helse og omsorgstjenestelov § 3-5 (heretter kalt ØHD). Plikten trer i kraft senest fra 2016.
- Tjenesten er fullfinansiert med 4330 pr pasient pr liggedøgn. Anbefalt liggetid er maksimalt 3 dager. For prosjektkommunene i denne regionen er det beregnet at om lag 7500 liggedøgn i spesialisthelsetjenesten skal erstattes av kommunale tilbud.
- Plikten inntreer uavhengig av avstand til nærmeste helseforetak.
- I perioden frem til 2016 er det lagt ut en finansieringsordning som gjør det mulig å planlegge og igangsette tjenesten før 2016. Søknadsfristen er 01.mars hvert år frem til 2016.
- ØHD-tjenesten kan og bør sees i en faglig sammenheng med øvrige tjenester, men er i sin finansielle innretning rettet mot pasienter som et tilbud *før og istedenfor* sykehusinnleggelse, og *ikke* for utskrivningsklare pasienter.
- Arbeidsgruppa som har arbeidet med innholdet i denne rapporten har tatt utgangspunkt i den nasjonale veilederen som helsedirektoratet som føringer fra myndighetene om innhold og krav til tjenesten. Det forutsettes at personellet har observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse for å ivareta pasienter som blir akutt syke, som får en forverring av tilstand eller behøver observasjon og overvåkning. I tillegg til å styrke den generelle generalistkompetansen for alle faggrupper, stilles det her også krav om prosedyrekunnskap som for eksempel hjerte/lunge redning (HRL) og nødvendig bruk av medisinsk utstyr, f.eks EKG, oksymeter, O2-behandling, blodprøvetaking, kateterisering, CVK, administrering av væske og legemidler intravenøst. Det skal videre sørges for nødvendig opplæring og planer for og rutiner for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening.
- Legevakten er hovedinnleggelse av pasienter fra kommunene. Det er derfor gjennomført en kartlegging av innleggelse fra legevaktordningen i denne regionen til sykehus over en fireukers periode. Resultatene av denne undersøkelsen viser at en kan hindre om lag 30-40 % av alle innleggelsene i sykehus fra legevakten dersom en bygger opp til tilstrekkelig tilbud i kommunal regi i tråd med føringene fra myndighetene.
- Arbeidsgruppen anbefaler å etablere ØHD-tjenesten som et interkommunalt tilbud for å sikre tilstrekkelig kvalitet og kompetanse i tjenesten. For å redusere transaksjonskostnadene ved etablering, anbefales det å ta utgangspunkt i den døgnbemannede legevaktordningen for Skedsmo, Rælingen, Fet og Lørenskog som i dag har lokaler i Helsebygget i Lillestrøm. Observasjons- og vurderings og handlingskompetanse er sentralt innenfor ØHD og ligger svært tett opp til legevaktens kompetanseområder. Det legges derfor til grunn at en slik ordning vil være en faglig god løsning for pasienten.
- Det er i dag 4 ulike legevaktordninger i regionen. I tillegg til Nedre Romerike legevakt som er et samarbeid mellom 4 kommuner (samt deler av Enebakk), har Sørums og Nittedal egne legevaktordninger i egen regi, mens Aurskog Høland og Rømskog samarbeider. Etableringen av ØHD med Nedre Romerike Legevakt *kan* også omfatte et samarbeid mellom alle fire legevaktordningene. Et slikt samarbeid vil kunne etableres innenfor en organisasjon hvor en opprettholder eksisterende

lokalisering. En slik samorganisering er imidlertid ingen forutsetning for etablering av ØHD for alle 8 kommuner innenfor en løsning med Nedre Romerike Legevakt.

- Etableringen av ØHD krever lokaler. Det er pr i dag tilgjengelig lokaler i Helsebygget i Lillestrøm som gjør at arbeidsgruppen mener det vil være forsvarlig å etablere tjenesten allerede fra midten av 2013 og at kommunene derfor bør søke innen fristen 01.03.2013. Konsekvensene ved å utsette etableringen er at man står i fare for å ikke ha tilstrekkelig store nok lokaler for tjeneste i 2014.
- Styringsgruppa skal ta stilling til om en skal igangsette arbeidet med en søknad for 2013.
- Etableringen av ØHD skal avtales mellom kommunen og helseforetaket. Det betyr at eksisterende delavtale om øyeblikkelig hjelp døgnet som er vedtatt i alle kommunene skal revideres og politisk behandles pånytt, og er hovedkriteriet for innvilgelse av midler fra helsedirektoratet.

1. BAKGRUNN OG VIRKEMIDLER I SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreformen som ble innført 01.01.2012 gir kommunene både *et forsterket og nytt* ansvar for en rekke helsetjenester. Reformen tar i bruk en rekke virkemidler – både rettslig, organisatorisk og økonomisk som skal understøtte en ny oppgavefordeling mellom spesialist og kommunehelsetjenesten.

- Kommunal medfinansiering er et økonomisk virkemiddel som gir kommunene 20 % medfinansieringsansvar for om lag halvparten av pasientene¹ som i dag behandles i sykehus. Publiseringer av pasientstatistikk som viser antall innleggelses, gir kommunene et overslag for hvilke pasientgrupper som gir grunnlag for en fakturering mellom helseforetak og hver enkelt kommune. I utgangspunktet er kommunene overført 144 millioner kroner som grunnlag for den antatte medfinansieringsandelen over rammen. Denne blir justert og antas å ligge på om lag 146 mill kroner.
- Utskrivningsklare pasienter. Helseforetaket fakturerer en kostnad på 4000 kroner pr pasient pr døgn for pasienter som er definert som utskrivningsklar av helseforetaket dersom ikke kommunen har tilbud til pasientene. På NR og R har det med unntak av Skedsmo kommune, vært få "overliggere".
- Øyeblikkelig hjelp døgn. Kommunene gis 4330 pr pasient pr døgn for til sammen om lag 240.000 liggedøgn på nasjonalt nivå. Målsettingen er å redusere antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten. For kommunene på NR og R, tilsvarer dette om lag 7500 liggedøgn som finansieres med om lag 32 millioner kroner.
- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester og folkehelseloven, med tilhørende forskrifter, samt flere stortingsmeldinger som bredder ut både forventninger og krav. Loven gir også kommunene en rettslig plikt til å inngå samarbeid med helseforetak om etablering av tjenester og samarbeid.
- Faglige virkemidler. Helsedirektoratet utgir en rekke veiledningsmateriell knyttet til kommunens nye og forsterkede ansvar som vil være retningsgivende for hvordan kommunene bygger opp nye tilbud. Helsedirektoratet har også en rekke økonomiske finansieringsordninger som kommunene oppfordres til å søke innenfor, for å etablere konkrete tjenester, teknologiske løsning, frisklivsentraler og lærings og mestringssentral og lokalmedisinske tjenester. En rekke av disse tilskuddsordningene oppfordrer til interkommunalt samarbeid.

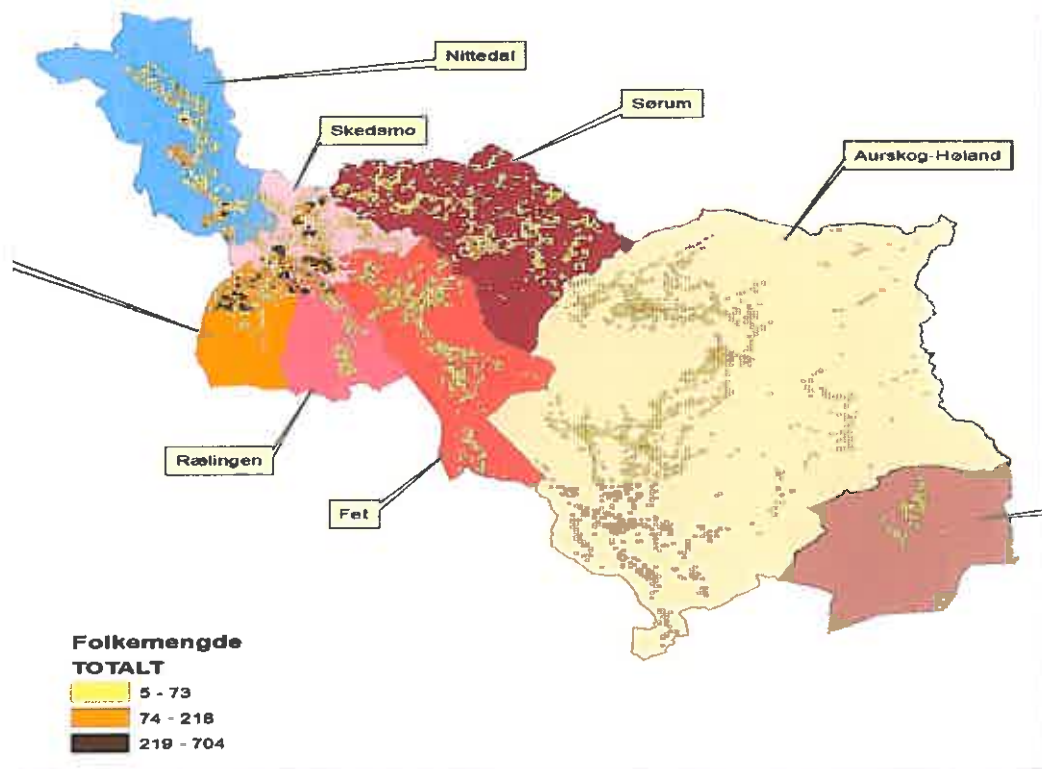
Reformen er en retningsreform som har som målsettingen at færre pasienter skal behandles i sykehuset gjennom økt satsing på forebyggende helsetjenester i kommunene, og dermed sikre tidlig intervensjon og bedre folkehelse. Samtidig er det er kortidsmål at en rekke pasienter som i dag gis behandling ved sykehusene skal ivaretas av kommunehelsetjenesten gjennom kommunenes nye plikt til å etablere et forsvarlig døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Plikten trer i kraft etter en innfasingsperiode over 4 år, fra 2012 – 2016.

2. SAMHANDLINGSPROSJEKTET NEDRE ROMERIKE OG RØMSKOG

Samhandlingsprosjektet NR og R har som målsetting å utrede flere tjenester innenfor helseområdet for å møte samhandlingsreformen gjennom tettere interkommunalt samarbeid. Denne tilnærmingen er i tråd med de nasjonale føringene om at innbyggerne bedre ivaretas gjennom utvikling av lokale tilbud, og at interkommunalt samarbeid er en forutsetning for å sikre tilstrekkelig kvalitet og kompetanse i de lokale tilbudene.

¹ Beskriv drg.

Mange av de nye tjenestene som skal opprettes krever en supplerende kompetanse og tverrfaglighet til det hver kommune har i dag. Nedre Romerike er en befolkningstett vekstregion med nærhet til helseforetaket. Denne kombinasjonen gir kommunene en rekke fordeler sammenlignet med øvrige regioner i Norge hvor nettopp avstand til helseforetak kombinert med spredt befolkningstetthet er en utfordring i å sikre tilstrekkelig kompetanse og kvalitet i de lokale tilbudene. Gjennom et høyere volum på behandlingstjenester som i utgangspunktet hver kommune har få tilfeller av, kan kommunene sikre bedre kvalitet gjennom et bredt bemanningsgrunnlag med god pasientflyt mellom kommunene og sykehus. Nærheten til og det eksisterende samarbeidet med helseforetaket gir i tillegg et svært godt supplement til de kommunale tjenestene, dette gjelder f eks ambulante team, samarbeid om spesialisert korttid, palliasjon osv som det er viktig å bygge videre på. Kartet under viser befolkningstettheten og geografien for de 8 kommunene.



2.1 ORGANISERING AV PROSJEKTET



Prosjektet er et administrativt utredningsprosjekt som rapporterer til styringsgruppen, bestående av rådmenn. Prosjektgruppen består av kommunalsjefs nivå fra kommunene, høyskolen i Oslo og Akershus, Ahus, Akershus fylkeskommune og tillitsvalgte fra NSF og fagforbundet. Det er nedsatt støttegrupper innenfor en rekke områder som bygg, økonomi og it.

2.2 PROSJEKTETS KRITERIER FOR VURDERING AV TILTAK OG EFFEKT MÅL

Prosjektet har som føring at løsningene som foreslås skal være ressurseffektive og robuste for å sikre forsvarlighet. Generelt kan stordrift gjennom tilstrekkelig volum oppnås enten ved å samorganisere tjenester med øvrige kommunale tjenester i egen kommune eller som et interkommunalt samarbeid hvor flere tjenester sees i sammenheng. Prosjektet har ikke mandat til å utrede samorganisering i egen regi, men skal utelukkende vurdere interkommunale tiltak med utgangspunkt i robuste og kostnadseffektive løsninger. Styringsgruppen for prosjektet har vedtatt at de interkommunale tiltakene som utredes skal gi følgende effektmål:

For innbyggerne:

- Bidra til å bedre helsetilbudet for innbyggerne før, istedenfor og etter sykehusopphold
- Bidra til at innbyggerne opplever sammenhengende og koordinerte tjenester
- Bidra til brukermedvirkning
- Bidra til at innbyggerne har tillitt til kommunens tjenestetilbud

For kommunene:

- Bidra til å redusere utgiftene til finansiering av sykehusopphold gjennom økt satsing på forebygging, rehabilitering og behandling.
- Bidra til å sikre likeverdighet i partnerskap med spesialisthelsetjenesten
- Bidra til at kommunens helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste oppleves som koordinerte

- Bidra til at kommunen som arbeidsgiver er attraktiv gjennom utvikling av fremtidsrettet regional kunnskapsbaserte fagmiljøer og praksis
- Bidra til å utvikle likeverdig og forutsigbarhet i de interkommunale samarbeidsløsninger

For ansatte:

- Skal bidra til at ansatte har tilstrekkelig og oppdatert kompetanse
- Skal bidra til at ansatte tar i bruk fremtidsrettet teknologiske verktøy
- Skal bidra til at ansatte opplever kommunene som en attraktiv arbeidsgiver

2.3 FREMDRIFSPLAN 2011-2013

Prosjektets målsetting er å utrede interkommunalt samarbeid innenfor ulike tjenesteområder og i forhold til nye forvaltningsoppgaver som følge av reformen. Prosjektporteføljen har følgende fremdriftsplan:

Del utredning	Utredningsområder	Dato igangsatt	Dato ferdigstilt	Kommentar
4	Interkommunal samhandlingsadministrasjon	Jan 2012	Oktober 2012	Vedtatt i 6 av 8 kommuner.
2a	Palliasjon/lindrende	Jan 2012	November 2012	
2	Forsterket korttid og rehabilitering	Jan 2012	November 2012	
2b	Demens	August 2012	Mars 2013	
1	Akuttmedisinske tjenester	Januar 2012	November 2012	
3	Friskliv, læring og mestring	April 2012	November 2012	
1-3	Lokalmedisinske tjenester	November 2012	Mars 2013	Basert på delutredningene 1-3 i fht lokalmedisinske senter
5	Psykisk helse og rus	2013		Mandat og fremdriftsplan legges frem desember 2012
6	Velferdsteknologi	2013		Mandat og fremdriftsplan frem desember 2012

De ulike delutredningene skal legge det faglige grunnlaget for dimensjonering og organisering av helhetlige og sammenhengende fellestjenester før, istedenfor og etter sykehusinnleggelse, herunder av et eller flere

lokalmedisinske sentra og lærings- og mestringssentra, se punkt 1-3 i fremdriftsplan og illustrasjon under:

Delutredninger 2012: Helsefaglig tjenestetilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling



3. RAMMENE FOR DELPROSJEKT 1 - AKUTTMEDISINSKE TJENESTER:

Denne delrapporten skal utrede spesielt akuttmedisinske tjenester og kommunens utvidede ansvar for akutt døgntjenest. Akuttmedisinske tjenester kan defineres som behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for liv og helse². Akuttmedisinske tjenester er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Kommunene har i dag en plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp til sine innbyggere. Denne plikten blir utvidet fra 2016 til å være døgnbasert. I regionen er det i dag 4 legevakter; Nittedal og Sørum har legevakt i egen regi, Skedsmo kommune er vertskommune og selger tjenester til Lørenskog, Rælingen, Fet og deler av Enebakk. Aurskog-Høland er vertskommune for Rømskog kommune.

3.1 MANDAT OG ORGANISERING AV UTREDNING

Delutredningen skal identifisere og analysere pasientgrupper som benytter tjenester som defineres som akuttmedisinske innenfor helse- og omsorgstjenesteloven s § 3-5 og innenfor samhandlingsreformens intensjon å redusere antall "unødvendige" sykehusinnleggelses. Behovet skal vurderes i forhold til kompetanse og tverrfaglighet og foreslå rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten, ambulansetjenesten og kommunens egne tjenester, herunder fastlegene. Utredningen skal sees i sammenheng med kriterier for tilskuddsordning for øyeblikkelig hjelp.

Arbeidgruppen – deltakere

Rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av prosjektgruppen og består av representanter innenfor akuttmedisinske tjenester i og utenfor sykehus og kommunehelsetjenesten generelt.

Navn	Org/kommune	Funksjon
Berit Helen Furuset	Legevakten NR	Daglig leder
Hedi Anne Birkeland	Skedsmo kommune	Kommuneoverlege
Kristin Halvorsen	Legevakten Sørum	Leder

² FOR 2005-03-18 nr 252: Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Siw Lund	Kommuneadm AH	Prosjektleder
Kiana Kasiri	Overlege	Legevakt NR
Roger Hansen	Ambulansetjenesten	Seksjonsleder AH
Jan Emil Kristoffersen (Henriette Tyldum vara)	A-hus	Overlege samhandling (Leder akuttmedisinsk mottak)
Marit Brenna	Enebakk kommune	Enhetsleder sykehjem
Elisabeth Hansson	Nittedal legevakt	Ansatterrepresentant NSF
Sonja Magnussen	FFO	Brukerrepresentant (ikke møtt)
Liv Tveito	Prosjektstab	Hjemmetjenesten
Brit Olsson	Prosjektstab/PL	Delprosjektleder

Metode

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i lov- og forskriftsverk knyttet til kommunens ansvar for akuttmedisinske tjenester og øyeblikkelig hjelp døgn, veiledningsmateriell fra helsedirektoratet og ikke minst erfaringer fra andre kommuner som er i gang med å etablere tilsvarende tjenester.

Arbeidsgruppen har gjennomført en 4-ukers kartlegging av innleggelser fra legevaktordningene og ambulansetjenesten i regionen som grunnlag for å vurdere aktuelle pasienter til et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgn-tilbud som erstatning for sykehusinnleggelser. I tillegg har Ahus gjennomført en kartlegging av pasientgrupper som grunnlag for deres vurderes av pasientgrupper aktuelle for et kommunalt tilbud som i dag er i sykehus.

Arbeidsgruppen har innhentet kompetanse fra økonomigruppen i forhold til tall- og finansieringsopplegg, samt som grunnlag for en økonomisk analyse av legevakt. Bygg-gruppen har arbeidet med lokaliseringssløsninger slik skissert i rapporten.

Det har vært gjennomført til sammen 9 møter i tillegg til mail og noe separate møtevirksomhet underveis.

4. BEFOLKNINGSSAMMENSETNING OG UTVIKLING I REGIONEN

Skedsmo, Rælingen, Lørenskog, Nittedal, Fet, Sørumsdal, Aurskog-Høland og Rømskog har til sammen 163.000 innbyggere, og er en region med en forventet befolkningsvekst på nesten 2 % pr år. Frem mot 2040 forventes en samlet befolkningsvekst i regionen på 44 %. En stor andel av veksten har bakgrunn i økt innvandring, og i 2011 hadde Rælingen, Skedsmo og Lørenskog den høyeste andelen innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, tilsvarende 19 %. I 2040 forventes andelen å utgjøre 40,3 %.

Bef. Utvikling	2012	2015	2020	2025	2030	2035	2040	% 2012-2040
Skedsmo	49 698	52 834	58 218	63 258	67 663	71 448	74 752	50,4
Lørenskog	33 709	35 252	37 855	40 239	42 262	43 892	45 242	34,2
Fet	10 626	11 183	12 094	12 918	13 589	14 141	14 611	37,5
Rælingen	16 170	16 937	18 201	19 289	20 166	20 865	21 433	32,5
Sørumsdal	16 091	17 545	19 985	22 281	24 376	26 277	27 988	73,9
Nittedal	21 454	22 428	24 010	25 430	26 672	27 760	28 688	33,7
Aurskog-Høland	14 905	15 753	17 182	18 520	19 707	20 697	21 556	44,6
Rømskog	688	719	763	809	860	901	941	36,8
Sum	163 341	172 651	188 308	202 744	215 295	225 981	235 211	44,0

Regionen har generelt en ung befolkning sammenlignet med fylket og landet for øvrig. Av Akershus-kommunene i vår region, er det Aurskog-Høland som har høyeste andelen eldre over 80 år, mens Nittedals andel eldre over 80 ligger 45 % under landsgjennomsnittet og 28 % under fylkessnittet.

I regionen forventes andelen eldre å øke fra 3,3 % til 3,5 % av befolkningen samlet. Størst økning vil Rælingen, Fet og Nittedal ha, mens Aurskog-Høland kan forvente en lavere andel eldre over 80.

Folkehelseinstituttet³ har analysert regionens bruk av sykehustjenester og legemiddelbruk til pasientgrupper innenfor psykiske lidelser, hjerte og karsykdommer, KOLS, diabetes 2, hoftebrudd, samt fødselsvekt og sammenlignet med fylket og landsgjennomsnittet. Generelt finner en ingen store forskjeller når det gjelder hjerte og karlidelse og psykiske lidelser. Det er imidlertid interessant at regionen har en hyppigere bruk av sykehustjenester og legemidler for pasienter innenfor KOLS, astma og diabetes 2. Videre er det registrert flere hoftebrudd behandlet på sykehus i vår region, og særlig Rælingen ligger høyt i forhold til den lave andelen eldre kommunen har, med 16 % over landsgjennomsnittet. Videre har regionen en lavere andel med høy fødselsvekt enn landet og fylket.

Befolkningssammensetningen og forventet utvikling tilsier at kommunene må tenke langsiktig for å tilrettelegge for gode og helsefremmende tiltak tilrettelagt for eldre. Økningen innebærer at vi får flere eldre som vil leve lenger med god helse, men også at langt flere vil leve lenger med kroniske sykdommer. De største sykdomsgruppene hos de eldre er hjerte og karlidelser, kreft, demens, hjerneslag, diabetes, KOLS, infeksjoner, lårhalsbrudd, artrose, osteoporose og urinlekkasje. Innenfor psykiatrien er angst og depresjoner mest utbredt blant eldre. Det forventes en aldersforskyvning for sykdommene fordi helsetilstanden blir bedre samtidig som behandling vil føre til at flere lever lenger med disse sykdommene. Som følge av en økning i sykdomsforekomst, vil forekomst av hjerneslag doubles frem til 2030 fra 15.000 tilfeller pr år i dag. Forekomsten av kognitiv svikt og demens vil tredobles, og spesielt fra 65 år. Kostnadene for langvarig pleie og omsorg for denne gruppen er store, og tidlig intervensjon er et verktøy som man mener kan redusere debut for demens betydelig.

Forventet befolkningsvekst som følge av økt innvandring, innebærer også en helseutfordring spesielt knyttet til somatiske sykdommer som diabetes, KOLS, hjerte- og karsykdom, vitamin D-mangel. Rehabilitering, psykisk helse og rus kan være krevende å håndtere pga språk og kulturbarrierer, og vanskeliggjør tidlig intervensjon og forebyggende behandling til både pårørende og brukere. Innvandrere fra Pakistan, India og Sri Lanka får i høyere grad diabetes 2 før fylte 50 år sammenlignet med etniske nordmenn (debutalderen er 8-15 år lavere enn hos etniske nordmenn, og diabetes 2 slår også i høyere grad ut hos gravide kvinner). Hjerte- og karsykdommer er 2-3 ganger høyere hos innvandrere.

4.1 SYKEHUSINNLEGGELSER OG KOMMUNAL MEDFINANSIERING

Samhandlingsreformens medfinansieringskrav for kommunene (KMF) skal gi et faglig og økonomisk incentiv for å redusere antall innleggelses. Pr september hadde regionen litt over 100.000 døgnopphold i sykehuset som grunnlag for medfinansieringsplikten, tilsvarende om lag 97 mill kroner, se tabell. Oppgjørsordningen for kommunal medfinansiering bygger på a konto-prinsippet. Hver kommune skal i 2012 betale et månedlig beløp slik at årssummen representerer et anslag på hva medfinansieringen vil bli for året som helhet. Den endelige størrelsen på medfinansieringen skal beregnes på bakgrunn av faktisk forbruk i 2012, og endelig avregning finner sted i 2013. Anslaget for kommunal medfinansiering i 2012 tilsier til sammen om lag 144 mill kroner

³ Akershus fylkeskommune har systematisert folkehelse tall for regionen. I tillegg info fra www.folkehelseinstituttet.no og folkehelse rapporten 2010

Kommuner	Faktisk kostnad pr 14.09.2012	Opphold pr 14.09.2012	Anslag 2012
0121 Rømskog	398 040	349	641 842
0221 Aurskog-Høland	9 839 248	9 277	14 562 212
0226 Sørum	8 969 859	9 230	12 157 635
0227 Fet	6 684 200	6 383	9 047 668
0228 Rælingen	8 513 563	10 382	13 585 176
0230 Lørenskog	20 482 740	22 127	30 696 130
0231 Skedsmo	31 044 937	32 448	46 537 466
0233 Nittedal	11 555 487	12 963	17 357 141
Totalt	97 488 074	103 159	144 585 266

5. BESKRIVELSE AV KOMMUNENES AKUTTMEDISINSKE ANSVAR

Kommunene har ansvar for å yte øyeblikkelig hjelp til personer som oppholder seg i kommunen, jmf kommunal helse og omsorgstjenesteloven § 3-5 og § 3-1. Denne plikten innebærer å vurdere hva slags tilbud pasienten behøver og ut i fra dette enten sørge for et slikt tilbud blir gitt i kommunen eller at pasienten blir henvist videre til sykehus for nødvendig behandling. Kommunene ivaretar denne plikten gjennom legevaktordningen og fastlegenes plikt til å ta i mot listepasienter som har behov for ØH-hjelp på dagtid. Det er denne plikten som fra 2016 utvides til å omfatte døgn, og som innebærer at både legevakt og fastlegene skal vurdere et nytt kommunalt ØHD-tilbud som før og istedenfor sykehusinnleggelse. Kommunene skal gjennom sitt ansvar sikre tilstrekkelig rutiner og samarbeid med både legevakt og fastleger for å sikre en forsvarlig behandling av pasientene innenfor kommunens utvidede ansvar. Kommunene står fritt til å vurdere om utvikling av dette tilbudet også skal sees i sammenheng med tilbud til pasienter etter sykehusinnleggelse.

5.1 FORSKRIFT OM AKUTTMEDISINSKE TJENESTER UTENFOR SYKEHUS

Legevakt er hjemlet i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, og regulerer hvordan kommunene skal ivareta ansvaret for at befolkningen får en faglig forsvarlig akuttmedisinsk tjeneste utenfor sykehus. Forskriften stiller krav til det faglige innholdet, samarbeidet i den akuttmedisinske kjeden og samarbeid med politi, brann og hovedredningssentralene. Forskriften gir kommunene stor grad av frihet til hvordan legevakten organiseres og hvilke kompetansekrav denne skal ha. Det er varslet en revidering av forskriften hvor kompetansekravene både til innhold, organisering og kommunikasjon detaljeres ytterligere. Det må antas at en revisjon av forskriften vil måtte innebære en kostnadsøkning for å tilfredsstille kravene.

Dagens forskrift definerer akuttmedisin som kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåkning ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade, herunder akutte psykiske lidelser der raskt medisinsk hjelp kan være avgjørende for liv og helse. Det er interessant å merke seg at virkeområdet omfatter både somatikk og psykiske sykdommer (psykisk førstehjelp), samt nødmeldertjeneste og krav til opplæring og øvelser.

Med medisinsk nødmeldetjeneste, menes landsdekkende organisatorisk og kommunikasjonsteknisk system for varsling og håndtering av henvendelser. Kommunen har ansvar for:

- ✦ Etablering og drift av fast legevaktnummer betjent 24/7
- ✦ Etablering og drift av Legevaktsentral
- ✦ Kommunikasjonsberedskap og utstyr
- ✦ Samarbeidet med helseforetak vedr kommunikasjon

LV-sentralene skal motta og håndtere henvendelser via et fast legevaktnummer innenfor et geografisk område og ha et system for å håndtere oppfølgingen av disse telefonene til en lege i vaktjeneste, hjemmesykepleier, jordmor, kriseteam og andre relevante instanser. Den skal kommunisere direkte med AMK-sentralen og ha et forsvarlig system for dokumentasjon av kommunikasjon, herunder utstyr for logging av viktig trafikk. Akutte psykiske lidelser skal også aktiviseres gjennom LV-sentralen.

Lege i vakt er regulert i forskriftens § 12 og kan ytes enten gjennom egne ansatte, fastlegene (regulert i fastlegeforskriften hvor kommunen kan stille krav om at disse deltar i organisert legevakt utenfor kontortid) eller andre leger. Ordningen må vurderes ut i fra en risiko og sårbarhetsanalyse av bl a sykdoms- og skadeforekomst. LV-sentralen har ansvar for å håndtere henvendelser dersom legevakten ikke er bemannet. Lege i vaktordningen skal dekke både somatisk og psykiske sykdommer.

5.2 OM MER OM KOMMUNALT ANSVAR FOR ØYEBLIKKELIG HJELP DØGN.

Samhandlingsreformen gir kommunene et nytt ansvar for *døgnbasert øyeblikkelig hjelp*. Et slikt døgntilbud vil kunne organiseres på ulike måter, men forutsetter en styrking av kapasitet og kompetanse både mht diagnostisering, utredning og behandling i kommunene. Det vil videre være sentralt å se tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling i sammenheng, da erfaringer viser at kommunene ofte benytter samme tilbud til alle disse tre tjenestebehovene.

Et sentralt mål i samhandlingsreformen er å gi et bedre pasientforløp, og et av flere tiltak er å opprette tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i kommunene. Tilbudet skal være bedre eller like godt som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten, og skal bidra til å redusere antall ØH innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Tjenesten skal etableres ved et samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og det skal inngås en avtale (lovpålagt) hvor tilbudet er konkretisert og ansvarsfordelingen mellom nivåene er tydeliggjort. Målsettingen med avtalen er å bidra til å synliggjøre at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og av god kvalitet. Avtalen skal også sikre et samarbeid om utviklingsoppgaver og avklaring av hvordan partene skal håndtere ulike spørsmål. Den nye tjenesten er lovfestet og plikten til å etablere et slikt tilbud skal gi et tydelig signal om at kommunene skal bidra aktivt til en utvikling hvor flere aktiviteter naturlig organiseres og utføres lokalt, nær pasienten.

5.3 PASIENTGRUPPER AKTUELLE FOR ØYEBLIKKELIG HJELP DØGN

Helsedirektoratet har utgitt en veileder⁴ som skisserer kommunenes ansvar for et kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud. Tilbudet skal sikre

⁴ Kommunal plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, veiledningsmaterieell, 02/2012

1. behandling av pasienter som har en forverring av kjent tilstand, med avklart diagnose og funksjonsnivå,
2. pasienter med behov for observasjon og behandling hvor innleggelse i ØHD er nødvendig, f eks fall uten brudd, feber, diare eller obstipasjon,
3. pasienter med behov for observasjon og utredning av uavklarte tilstander hvor sykehusinnleggelse ikke anses som nødvendig.

Samhandlingsreformen omtaler ofte kommunenes nye ansvar som tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling. Etablering av Øyeblikkelig hjelp døgn (ØHD) er i utgangspunktet tenkt å utgjøre et supplement til et kommunalt før og istedenfor sykehusinnleggelse, hvor dette tilbudet kan f eks tilby medikamentjustering hos pasienter med kjent kronisk smerteproblematikk, diabetesbehandling og som del av palliativ omsorg heter det i veilederen. Tilbudet som utvikles kan også se utover disse gruppene og fungere som del i et kommunalt etter-tilbud, f eks ved at pasienter får medikamentoppfølging istedenfor å måtte reise på sykehuset, og på den måten reduserer antall innleggelser i sykehuset. Kommunene står fritt til selv å velge hvordan tilbudet innrettes og utvikles.

5.4 KOMPETANSE OG KRAVET TIL FORSVARLIGHET

Den nasjonale veilederen er tydelig på at det skal være en medisinsk vurdering av hvorvidt ØHD er et aktuelt behandlingssted for pasienten eller om pasienten skal til sykehuset. Forsvarlighetskravet som kommunene og spesialisthelsetjenesten er bundet av, innebærer at virksomheten som etableres skal ha personell med den kompetansen og ferdigheter som er nødvendig for å gi pasienten forsvarlig behandling.

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenesene bør være. Normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis. Mellom god praksis og forsvarlighetskravets nedre grense, vil det være rom for at kommunene kan utøve skjønn. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 d, har direktoratet i veiledningsmateriellet om kommunal øyeblikkelig hjelp-tilbud (12/2012: 12, 4.4) lagt til grunn at et faglig forsvarlig øyeblikkelig hjelp døgntilbud krever blant annet at personellet har observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse for å ivareta pasienter som blir akutt syke, får en forverring av tilstand eller behøver observasjon og overvåkning. I tillegg til å styrke den generelle generalistkompetansen for alle faggrupper, stilles det her også krav om prosedyrekunnskap som for eksempel hjerte/lunge redning (HRL) og nødvendig bruk av medisinsk utstyr, f eks EKG, oksymeter, O2-behandling, blodprøvetaking, kateterisering, CVK, administrering av væske og legemidler intravenøst. Det skal videre sørges for nødvendig opplæring og planer for og rutiner for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening.

Videre skal tjenesten sørge for journal og informasjonssystemer ihht helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10 og helsepersonelloven § 40. Krav til journalens innhold fremgår av pasientjournal § 8. Det skal bli fremgå når og hvordan helsehjelp er gitt, dato for innleggelse og utskrivning, bakgrunn for helsehjelpen og pågående behandling, pasientens tilstand etc. Journalopplysningene (epikrise) skal sendes helsepersonell som trenger opplysningene for å følge opp pasienten (fastlegen og/eller sykehus).

Plikten til forvarsligs organisering innebærer at virksomheten må ha et interkontrollsystem (forskrift 20. desember 2002, nr 1731). Denne plikten innebærer også en kontinuerlig forbedring av virksomheten hvor evaluering av prosedyrer og rutiner er sentralt. Det anbefales i veiledningsmateriellet fra helse- og omsorgstjenesteloven at kommuner som samarbeider om legevakt og ØHD, har så like prosedyrer som mulig for å forenkle samarbeidet og forebygge misforståelser.

Det er ikke lagt til grunn en spesifikk bemanningsfaktor for i ivareta denne pasientgruppen. Det er imidlertid lagt til grunn for finansieringen en legedekning på 45 min pr pasient pr døgn og sykepleier 24/7/365.

5.5 ØVRIGE LOVKRAV

Saksbehandling: Ved tildeling av kommunale tjenester med forventet varighet på under 2 uker, gjelder ikke forvaltningslovens regler om enkeltvedtak. For øvrige gjelder reglene i pasient- og brukerrettighetsloven om pasientens rett til informasjon og medvirkning og klageadgang.

Finansiering av medisinsk utstyr og legemidler: ØHD skal være insitusjonsbasert, og utgifter til legemidler og utstyr som benyttes under oppholdet blir en del av driftskostnadene til institusjonen, og faller inn under kommunens finansieringsansvar.

Egenandel: Kommunen kan ikke kreve egenandel for opphold i et ØHD, jmf forskrift om egenandel for kommunal helse- og omsortstjenester, § 1 andre ledd b.

Rapportering: Pasientene skal IPLOS-registres på lik linje med brukere av kommunale institusjonstjenester og rapportering på etablering av tilbudet skal gjøres via KOSTRA (antall plasser, hvilket personell og økonomien i tilbudet).

5.6 FINANSIERING AV KOMMUNENES ANSVAR FOR ØYEBLIKKELIG HJELP DØGN

Øyelikkelig hjelp døgn er beregnet til å utgjøre 240.000 liggedøgn på landsbasis, og det er fastsatt en døgnpris på 4330 pr pasient. Totalt sett overføres 1048 millioner fra helseforetakene til kommunenes rammer fra 2016.

Fra 2012-16 kan det søkes om midler til opprettelse av ØHD. Hovedkriteriet for tildeling av tilskudd er at det foreligger en undertegnet samarbeidsavtale mellom kommunen og helseforetaket. Dersom denne dokumentasjonen foreligger, utløses det på forhånd et utregnede tilskuddsbeløpet i sin helhet til kommunene.

For kommunene i vår region, er det lagt til grunn totalt 7582⁵ liggedøgn finansiert over rammen på vel 32 mill kroner.

En beregning av finansiering fordelt pr kommuner viser følgende liggedøgn og antatt behov for senger opp mot den nye finansieringen.

Kommune	fordeling av 1048 (2012-prise)	Helsedire. tilskudd (justert med 3,2 %)	Liggedøgn pr kommune	Andel RHF	Senger
Sørumsund	3 035 000,00	1 566 060,00	701	1 566 060,00	1,9
Lørenskog	6 609 000,00	3 410 244,00	1526	3 410 244,00	4,2
Fet	2 124 000,00	1 095 984,00	491	1 095 984,00	1,3
Rælingen	3 051 000,00	1 574 316,00	705	1 574 316,00	1,9
Skedsmo	9 824 000,00	5 069 184,00	2269	5 069 184,00	6,2

⁵ Inkludert del av Enebakk kommune (4500 innbyggere) som i dag kjøper legevaktjeneste fra Nedre Romerike Legevakt. Enebakk ønsker å benytte seg av ØHD-tjenesten fra Nedre Romerike for innbyggerne som i dag sogner til Nedre Romerike Legevakt dersom denne etableres her.

Nittedal	4 000 000,00	2 064 000,00	924	2 064 000,00	2,5
Enebakk (4500)	810 349,00	405 174,00	187,2	405 174,00	0,5
Aurskog-Høland	3 209 000,00	1 655 844,00	741	1 655 844,00	2
Rømskog	182 000,00	93 912,00	42	93 912,00	0,1
	32 844 349,00	16 934 718,00	7586,2	16 934 718,00	20,6

5.7 ØVRIGE FØRINGER OG BRUK AV TALLGRUNNLAG FOR UTVIKLING AV KOMMUNAL ØYEBLIKKELIG HJELP DØGN-TILBUD

Forskning Midt-Norge

Samhandlingsreformen har tatt utgangspunkt i tidligere studier hvor en har analysert og dokumentert samhandling mellom helseforetak og kommunene⁶. Stortingsmeldinger knyttet til samhandlingsreformen benytter i stor grad sin dokumentasjon fra disse studiene.

I det nedenfor liggende blir resultatene av studiene beskrevet:

Det er om lag 840.000 sykehusinnleggelser med døgnopphold pr år i Norge. Aldersgruppen 80+ utgjør 16% og har en gjennomsnittlig liggetid på 6,3 dager. Det vil si at denne gruppen står for 22 % av liggedøgnene i sykehus 83 % av gruppen er øyeblikkelig hjelp hovedsakelig knyttet til hjerte-kar, skader, svulster og skader.

Om lag 610.000 av de i alt 840.000 innleggelsene, er øyeblikkelig hjelp (72%). De øvrige er elektiv behandling som spesialisthelsetjenesten selv initierer. Totalt sett utgjør antall innleggelsene i sykehus (inkludert døgn og dag) 1,3 mill døgn. 60 % av disse innleggelsene i sykehus er det spesialisthelsetjenesten selv som står for, etter at pasienten først er blitt undersøkt poliklinisk. De resterende 40 % innlegges av kommunehelsetjenesten, og er i hovedsak øyeblikkelig hjelp. Legevakt står for 70 til 80 % av kommunenes "forbruk"/del av døgnplasser i sykehus. Bare en liten andel legges inn av fastlegen og fra sykehjem.

Mottakende lege i sykehus har i ulike studier vurderte hovedårsakene til ØH-innleggelser, og studier viser at 38 % av innleggelsene ble beskrevet som "forverring av kjent lidelse" og "sosiale årsaker/pleiebehov". I gruppen forverring av kjent lidelse kan det være pasienter som kommunene kan ta hånd om gitt mer ressurser og kompetanse. I en norsk undersøkelse vurderte innleggende lege at hver femte ØH-innleggelse kunne ha vært unngått om alternative tilbud fantes, som sykehjemsplass, akutt poliklinikk etc.

Det er også foretatt analyser av reinnleggelser i Norge. 12 % av pasientene reinnlegges og blir i denne undersøkelsen i stor grad knytte til manglende kvalitet og tilbud i den kommunale tjenesten etter de er utskrivningsklare. Andelen reinnleggelser øker med alder, og hyppige diagnoser ved reinnleggelser er lungebetennelse, KOLS, hjertesvikt og ondartet sykdom. Undersøkelsen viser også at det er en sammenheng mellom ferieavvikling i sykehus og reinnleggelser. Finnmark har færrest reinnleggelser som knyttes til bruk av sykestuer.

5.8 BRUK AV ØVRIG STYRINGSDATA.

Arbeidsgruppen har også vurdert pasientgrunnet som ligger til grunn for den faktiske medfinansering av sykehusinnleggelser for vår region og styringsdata fra Norsk Pasientregister (NPR).

⁶ Alle tall i dette avsnittet er hentet fra Anders Grimsos egne undersøkelser eller hans henvisninger til andre studier som er publisert av NTNU, Norsk Helsenett, "Veien frem til helhetlig pasientforløp"

Medfinansieringstall

Innleggelser i Ahus utgjør naturlig nok den største andelen av innleggelser fra regionen⁷. Når det gjelder bruk av medfinansieringstallene som grunnlag for å utvikle og tilrettelegge for kommunale tilbud som før eller istedenfor sykehusinnleggelser, kan en foreta en analyse av de faktiske innleggelsene som utløser KMF. Denne oversikten viser imidlertid at svært mange av innleggelsene er sykehusets egne innleggelser (poliklinisk behandling) og at det er en relativt høy andel av uregistrerte innleggelser. I den grad kommunene kan forebygge for sykehusets egne innleggelser, må den eventuelt knyttes til fastlegenes egne henvisninger til poliklinisk behandling. Verdien av denne registreringen i fht utvikling av relevante konkrete interkommunale tilbud, vurderes derfor som liten.

Styringsdata – NPR

Helsedirektoratet systematiserer sykehusaktivitet fra Norsk Pasientdata Register. Denne oversikten (www.helsedirektoratet.no) er systematisert på RHF-nivå og pr kommune innenfor bl a alder, liggetid, innleggelsesenheter etc. Dette verktøyet er i sin spede begynnelse, og kan etter hvert bli et godt verktøy for kommunene med tanke på planlegging av tiltak, ikke minst som grunnlag for planarbeid. I forhold til å bruke verktøyet til å utvikle et konkret tilbud for kommunens nye ansvar for øyeblikkelig hjelp, vurderes det som lite egnet. Den største svakheten er mangelen på data knyttet til innleggende enhet til sykehusets akuttmottak og alle tall er presentert på RHF-nivå. Dette gjør at verktøy er mindre egnet for å kartlegge pasientstrøm mellom det aktuelle kommune- og spesialisthelsenivå innenfor kommunenes nye ansvar. Tallene gir et bilde av pasientgrupper, alder og liggetid, og viser ikke uventet at liggetiden øker med alder. Dette er ikke uventet, men gir ikke grunnlag for å hevde at denne gruppen kan eller skal være aktuell for et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgn-tilbud. Aktivitetsdataene mangler også tall knyttet til reinnleggelser og innleggende enhet. Aktivitetsdataene vil først og fremst være aktuelle i forhold til å kunne monitorere en utvikling over tid.

6. BESKRIVELSE AV LEGEVAKT-ORDNINGENE I REGIONEN

Det er fire legevaktordninger i vår region som alle ivaretar lege i LV-sentral og lege-i-vakt funksjonen. Det er hver enkelt kommunes ansvar å sørge for en tilfredstillende og forsvarlig ordning. Fet, Sørum, Nittedal, Aurskog-Høland og Rømskog ivaretar lege i vakt-kravet dagtid gjennom egen ordning i kommunen (kjøp av tjeneste fra fastleger/legesenter), mens lege ettermiddag/kveld/natt ivaretas av enten i egen legevaktordning (Nittedal og Sørum) eller kjøp av tjenester fra interkommunal ordning (Nedre Romerike Legevakt og Aurskog Høland legevakt). Figuren under viser organiseringen.

	Dag	Kveld/natt	Interkommunalt samarbeid - vertskommunesamarbeid
Lørenskog	Legevakt NR	Legevakt NR	Skedsmo vertskommune
Skedsmo	Legevakt NR	Legevakt NR	Skedsmo vertskommune
Rælingen	Legevakt NR	Legevakt NR	Skedsmo vertskommune
Fet	Egenregi/Legesenter	NR Legevakt	Skedsmo vertskommune
Sørum	Egenregi/legesenter	Sørum Legevakt	Nei
Aurskog H	Egenregi/Legesenter	Aurskog Høland Legevakt	AH vertskommune
Nittedal	Egenregi/legesenter	Nittedal legevakt	Nei
Rømskog	Egenregi/Legesenter	Aurskog Høland Legevakt	Aurskog-Høland legevakt

⁷ Kommunal medfinansiering baserer seg på faktisk innleggelser fordelt på DRG og fordelt på hvilket sykehus pasienten har vært på. Bl a grunnet fritt sykehusvalg, vil det alltid være avvik mellom helseforetak og bosettingsadressen til innbyggerne.

Alle legevaktordningene er koblet til nødnett (telefoni). Dette innebærer at leger i vakt kan samhandle og kommunisere med spesialhelsetjenesten og de andre nødetater på et avlytnings- og driftssikkert nett.

De fire ordningene har i tillegg til basistjenestene LV-sentral og lege i vakt, ulike tilleggsfunksjoner som f.eks mottak av trygghetsalarmer, beredskap og samarbeid med politi om undersøkelser. Det er gjennomført en sammenligning av kostnadene pr innbygger for de fire ordningene hvor kostnadene er vasket i forhold til legevaktens kjerneoppgaver⁸. Oversikten viser lønn og driftsutgifter opp mot inntektssiden og gir en fordeling av kostnad pr innbygger. Legevakten NR har i tillegg til 2012-tall, også en kolonne med 2013-tall fordi overføring av døgn-legevakt fra Lørenskog skjedde i løpet av 2012 slik at 2013-budsjett gir den reelle fremstilling. Sammenligningen viser ikke uventet en sammenheng mellom legevaktjenestens kostnad og det antall innbyggere ordningen dekker. I denne oversikten er det kun regnet på sammenlignbare driftstall for de fire ordningene:

Sammenligninger basert på budsjett 2012					
	NR L 2012	NR L 2013	Nittedal	Sørum	Aurskog/Høland (inkl Rømskog)
Lønnsutgifter	15 165 000	17 791 000	4 642 451	5 454 000	5 028 000
Driftsutgifter	4 745 000	5 183 000	761 005	998 000	1897000
Inntekter	-3 248 000	-2 951 000	-250 000	-240 000	-126500
Nettoutgift	16 662 000	20 023 000	5 003 456	6 212 000	5660000
Innbyggere pr 1/1-12	81 494	115 203	21 454	16 091	15593
Pris pr innbygger	204	195	233	386	363

De fire legevaktordninger mener i dag å ha en forsvarlig bemanning knyttet til lege i vaktkrav og LV-sentral som et tilbud innenfor somatikken.

Når det gjelder forskriftens krav og legevaktens erfaringer knyttet til psykiatrisk øyeblikkelig hjelp, melder alle legevaktordningene at det er behov for å styrke denne kompetansen kveld, natt og helg for å gi et forsvarlig tilbud i tråd med forskriften. Grensesnittet i fht spesialisthelsetjenesten må ved en eventuell styrking tydeliggjøres. Behovet som meldes kan ivaretas av en legevaktordning for hele regionen.

Generelt melder legevaktene om en styrt endring i forholdet mellom antall konsultasjoner og telefonhenvendelser de siste årene med en dreining av færre konsultasjoner og flere telefonhenvendelse.

Ambulansetjenesten er regulert i forskriftens kapittel 4 og er i vår region en del av OUS som dekker i tillegg Oslo, Follo og Asker. Ambulansetjenesten har både legevakt og sykehus som leveringssteder, "behandler på stedet" og har elektive oppdrag (transportoppdrag). Utrykninger fra ambulansetjenesten fordeles med 40 % transport, akutt 30 % og 30 % hasteoppdrag.

7. FORSLAG TIL ETABLERING AV ØYEBLICKELIG HJELP DØGN(ØHD) NEDRE ROMERIKE OG RØMSKOG

Arbeidsgruppen har vurdert de nasjonale føringene og øvrige kommuners tilnærming til inntak og kriterier for innleggelse i ØHD. Føringene fra nasjonale myndigheter i forhold til etablering av ØHD gir kommunen et stort handlingsrom i forhold til hvilket kompetansekrav en setter til tjenesten og kravet til forsvarlighet ved at det er hver enkelt kommunes kompetanse, bemanning og terapeutiske muligheter som er utslagsgivende. I dette

⁸ Gjennomført av øk.ansvarlige i legevaktkommunene, oktober 2012

ligger handlingsrommet til å organisere et forsvarlig tilbud. Det er også en stor frihet i forhold til hvordan en velger å organisere tjenesten og hvordan denne tjenesten skal sees i forhold til øvrige tjenester.

Veilederen angir et retningsinnhold for kommunens nye ansvar ved at kompetansekrav og utstyrsnivå er beskrevet i veiledningsform, jmf kap 5.2. Det faktiske funksjonsnivået og tjenestenes innhold sett opp mot spesialisthelsetjenesten er dermed ikke lagt i lov- og forskriftsverket, men grensesnittet mellom kommunens nye ansvar og helseforetaket skal avtales i en lovpålagt avtale, jmf helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5. Dette innebærer at på et nasjonalt nivå vil innholdet i kommunens nye ansvar ville se ulikt ut og avhenge av kommunestørrelse, avstander og tilgjengelig kompetanse og de lokale valgene som velges.

Samtidig er det viktig å ha for øye at målsettingen med reformen er å sikre bedre tjenester på et best effektive omsorgsnivå og at færre pasienter skal behandles i sykehus. Arbeidsgruppen legger til grunn at:

- ØHD er en av flere nye tjenester i samhandlingsreformen som skal bidra til færre sykehusinnleggelser.
- Etableringen av tjenesten skal være en del av et helhetlig pasientforløp og gi et tilbud til pasientene som er like godt eller bedre enn spesialisthelsetjenesten har i dag innenfor et definert funksjonsnivå.
- Det skal være døgnbemannet med sykepleier og lege 24/7/365. I grunnlagsnotatet for finansieringsmodellen er prisen regnet ut i fra en kostnad på legetjenester tilsvarende 0,45 min pr pasient pr døgn. Døgnprisen for ØHD på 4330 er dermed en mellomting mellom hva en spesialisert korttidsplass i kommunen koster (om lag 3500 kroner) og hva en sykehusplass koster (5000 kroner)⁹.
- Alle innleggelser til ØHD skal være henvist av lege.
- Antall liggedøgn og kostnadene pr døgn gir an en anbefalt gjennomsnittlig liggetid på 72 timer.
- Tjenesten skal vurderes i forhold til prosjektets effektmål, jmf kap 3.2

7.1 MÅLGRUPPE

En sterk føring for arbeidsgruppen underveis i arbeidet har vært at tjenesten som nå skal bygges opp må ha i seg en høy kvalitet (kompetanse) og tilgjengelighet (volum og beleggsprosent). Tjenesten som utvikles skal erstatte sykehusinnleggelse og både brukerne og kommunens eget allmenlegeapparat må ha tillit til at denne tjenesten ivaretar pasientene like godt eller bedre enn det spesialisthelsetjenesten i dag gir. Det må oppleves som trygt og medisinsk forsvarlig å bli henvist av lege til videre behandling, observasjon og behandling i et slikt kommunalt tilbud. Det å sikre erfarne og kvalifisert helsepersonell er også knyttet direkte opp mot prosjektets effektmål om å bidra til å gjøre kommunene attraktive som arbeidsgiver gjennom utvikling av et robust fagmiljø. En slik praksis vil bidra til å redusere medfinansieringen generelt og sikre sammenhengende gode forløp for pasientene. Tilbudet skal sikre

1. behandling av pasienter som har en forverring av kjent tilstand, med avklart diagnose og funksjonsnivå,
2. pasienter med behov for observasjon og behandling hvor innleggelse i ØHD er nødvendig, f eks fall uten brudd, feber, diare eller obstipasjon,
3. Pasienter med behov for observasjon og utredning av uavklarte tilstander hvor sykehusinnleggelse ikke anses som nødvendig.

⁹ Dette er gjennomsnittstall og vil variere fra kommune til kommune ifht sykehjem og forsterket korttidsplass. En sykehusseng er i gj.snitt beregnet til å koste 5000, se Notat av 5.4.20111, "Kostnadsberegning ø-hjelp døgnopphold i kommunene", Helsedirektoratet.no

Eksklusjonskriterier for et kommunalt ØHD.

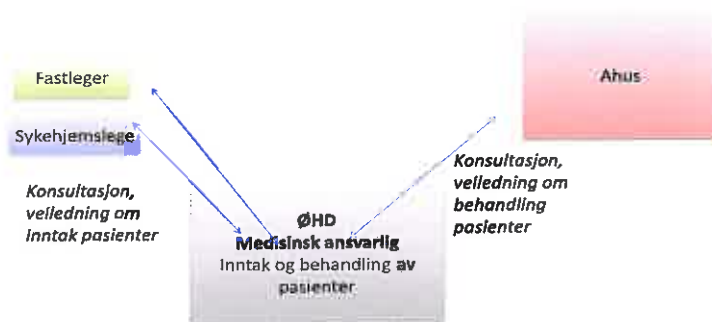
- er personer som er åpenbart beruset,
- pasienter som er ustabile/uavklarte i forhold til hjerte/lunge sykdom,
- Pasienter som har uavklarte tilstandere med mistanke om hodeskader eller indre blødninger o
- pasienter/barn under 18 år.
- Akutt pleietrengende pasienter (forutsettes at kommunene har akutte plasser disponible)

Se for øvrig vedlegg 2 for en nærmere beskrivelse av funksjonsnivå som ble utarbeidet som grunnlag for kartlegging gjennomført at legevaktene.

7.2 MEDISINSK ANSVAR - INNLEGGELSESMYNDIGHET.

Diagnose i seg selv ikke er styrende for om pasienten skal behandles innenfor denne tjenesten men angir en retning for hvilket kompetansenivå tjenesten skal ha. Det legges til grunn at ØHD er et tilbud til pasienter som er vurdert av lege i forkant. ØHD er et kommunalt ansvar på lik linje med legevakt. Arbeidsgruppen legger til grunn at tjenesten selv skal ha det medisinske ansvaret for pasientene og dermed være eneste innleggelsesmyndighet. Dette innebærer at fastlege, sykehjemslege og legevakt anmoder ØHD om innleggelse av pasienter. Det vil også kunne være aktuelt i noen tilfeller at sykehuset anmoder om at en pasient behandles i et kommunalt ØHD, men innleggelsesmyndigheten skal ligge til medisinsk ansvarlig ved ØHD som gjør en vurdering ut i fra kriteriene som er fastsatt. Det betyr at det til sist blir ØHD legens vurdering av de ressurser og den kompetanse som er i ØHD som blir avgjørende om pasienten kan legges inn. Her vil både faglig akuttmedisinsks kompetanse og nødvendig utstyr være aktuelle begrunnelser for en planlagt innleggelse så fremt de er innenfor inklusjonskriterier.

Medisinsk ansvarlig ØHD



Kommunoverlegen vil ha en sentral funksjon overfor ØHD som den i dag har overfor legevakt og som binde- og informasjonsledd ut til øvrige deler av kommunen om tilbudet.

7.3 KOMPETANSE- OG UTSTYRSKRAV

Det skisseres i veiledningsmateriellet eksempler på både kompetanse og nødvendig medisinsk utstyr som tjenesten skal ha tilgjengelig. Arbeidsgruppa har lagt følgende føringer for kompetansekrav og utstørsbehov:

Kompetansekrav	Beskrivelse
Sykepleier	Krav om sykepleiere med klinisk erfaring, gjerne erfaring fra akuttavdeling og relevant videreutdanning.
Lege	Etableringen av en post, innebærer at ØHD vil kunne ha fast ansatt leger 24/7. Arbeidsgruppen mener at en må stille krav om overlegekompetanse og erfaring fra akutt mottak og allmennmedisin. Det skal ikke bemannes opp med spesialister.
Øvrig helsepersonell	En ØHD-enhet må løpende vurdere øvrig helsekompetanse, som paramedic, helsefagarbeider etc.
Tilgang spesialisert	ØHD må ha tilgang til spesialistkompetanse. Ahus har veiledningsplikt, og ØHD lege skal ha tilgang til lege i spesialisthelsetjenesten for konsultasjon og drøfting. Det anbefales at dette punktet avtales festes.

Medisinsk utstyr	
EKG	Tilgang 24/7
Scoop overvåkning – 3 eller 5 avledninger	Tilgang 24/7
BT, puls og temperatur overvåkning	Tilgang 24/7
Laboratorium med muligheter for å ta diverse prøver, f eks Troponin, glukose, CRP, HB, Leukocytter- diff telling, SR, urin stix, INR.	Tilgang 24/7
Arteriell blodgass.	Tilgang 24/7
Pulsoksymeter	Tilgang 24/7
Røntgen og evt ultralyd	Tilgang dagtid

7.4 ØHD SOM DEL AV HELHETLIG PASIENTFORLØP

Etableringen av et ØHD er en ny tjeneste som fortløpende må vurderes i fht aktuelle pasienter og kommunenes egne tilbud. *Utgangspunktet for arbeidsgruppen har vært å vurdere legevakt som en hovedinnlegger av pasienter til ØHD som et tilbud før og istedenfor sykehusinnleggelse og hvor legevakten er hovedinnlegger.* Samtidig innebærer kriterier at pasientgruppen også vil omfatte pasienter som allerede har kommunale tjenester, f eks kan dette være pasienter som har hjemmetjenester, er i sykehjem eller forsterket korttid og som har behov for medisinsk behandling innenfor kriteriene og hvor alternativet er innleggelse.

Det bør være et hovedmål at pasientene som legges inn i ØHD ikke behøver sykehusbehandling i etterkant, og at de fleste av pasientene etter ØHD-tilbud er avklarte ifht hjem. Samtidig må en være forberedt på at en effekt av at kommunene nå skal behandle mer komplekse pasienter innenfor et ØHD, kan føre til at en del av disse også får behov for mer kompleks etterbehandling enn det den kommunale helsetjenesten har i dag. Etterbehandling av ØHD-pasienter bør derfor vurderes løpende opp i forhold til f eks den kompetansen som ligger i andre interkommunale tilbud som er under utredning. (jmf hovedprosjektets mål om å se tjenestene i

en sammenheng, kap 2,3). Det må etableres rutiner for vurderinger av pasientens behov fra ØHD til bestillerkontorene om videre behov i tilfeller hvor pasienten har behov for et kommunalt eller interkommunalt tilbud. Det blir sentralt at ØHD evalueres fortløpende.

Det legges dermed til grunn at det skal være en sømløs linje mellom de ulike kommunale "innleggerne" og ØHD-enheten og eventuelt utskrivningsenhet. Som forutsetning for å sikre denne samhandlingen til det beste for pasienten er:

- At enheten er døgnåpen og bemannet med medisinsk ansvarlig lege 24/7
- Tilgjengelig kapasitet - beleggsprosenten mindre enn 100%
- At det ikke kreves vedtak for innleggelse
- At det er elektronisk samhandling/meldingsutveksling mellom legevakt, sykehus og øvrige kommunale institusjoner
- Avtale mellom ØHD-enhet og ambulansetjenesten
- Avklarte rutiner for utskrivning av pasienter fra ØHD til kommunenes øvrige tilbud, herunder tilstrekkelig dokumentasjon/utskrivningspapirer.
- Lovpålagte delavtale mellom hver enkelt kommune og HF om etablering av ØHD.

7.5 KARTLEGGING AV PASIENTSTRØM LEGEVAKT - ØHD

For å dimensjonere og vurdere antall senger opp mot de nasjonale forventningene om reduksjon av antall liggedøgn, har arbeidsgruppen kartlagt innleggelser fra legevakten som er den instans som antas å være den kommunale hovedinnlegger av pasienter til sykehus. Kartleggingen er foretatt i perioden 01.09.12 – 30.09.12, se vedlegg 2. I tillegg til de fire legevaktordningene, har også ambulansetjenestens seksjon Aurskog-Høland kartlagt ØH-transport som dekker kommunene Aurskog- Høland, Fet, Sørums og Rømskog. Ambulansetjenestens kartleggingsgrunnlag dekker 42.310 innbyggere, dvs 25 % av regionens nedslagsfelt.

Nittedal og Sørums legevakt har kartlagt innleggelser kveld/natt og helg som gjøres i regi av legevaktslegene. Daglegevakt ivaretas gjennom kjøp/avtale om ØH-hjelp dagtid fra legekontorer, og det har ikke vært mulig å sikre gode nok data fra disse. Det må derfor legges til grunn at det er en underrapportering fra disse legevaktordningene. Nedre Romerike Legevakt og Aurskog-Høland har kartlagt innleggelser 24/7.

	Antall innleggelser totalt	Antall ØHD	% ØHD	Kommentarer
Nittedal	44	10	22 %	Baserer seg på kveld/natt/helg. 2 reinnleggelser, gj.snittalder: 59,5 år. 19 hentet av ambulanse, 24 med egen bil, 1 taxi.
NRL	185	79	42,7%	Baserer seg på døgn. 13 reinnleggelser, gj.snittalder: 57,9 år, 35,6 % kjørt med ambulanse til sykehus, 24,6 % kjørt med ambulanse til legevakt.
Sørums	29	6	20,7 %	Baserer seg på kveld/natt/helg. 0 reinnleggelser. Gj.snitts alder: 47,8 år. 11 innl. m/amb. 14 innl. m/egen bil 4 m/taxi.
Aurskog Høland	25	4	16%	
Totalt	283	99	35 %	

Øvrig kartlegging: Skedsmo kommune gjennomførte tidlig i 2012 en separat undersøkelse av hele kommunens innleggelse, herunder også legekantorenes. Undersøkelsen viste at legekantorene i kommunen hadde til sammen kun 18 innleggelse over en fireukers periode og bekrefter at det er svært få innleggelse via fastlegene/legekantorene/sykehjem som er aktuelle for ØHD.

I henhold til kartleggingen som er foretatt i regi av prosjektet, er legevaktens totale antall innleggelse anslått til å utgjøre *minimum 3396 innleggelse pr år*¹⁰. Av disse, vil etableringen av et ØHD kunne redusere 35 % av disse innleggelsene, tilsvarende 1188 innleggelse.

Kartleggingen har i seg en underrapportering av pasienttallene, bl a mangel på tall fra 2 av legevaktordningene på dagtid, samt mangel på anslag basert på fastlegenes innleggelsespraksis og vurderinger knyttet til bruk av et kommunalt ØHD. Det må også legges til grunn at dette er en *teoretisk øvelse* som legevakt er bedt om å vurdere behovet for. Et faktisk tilbud med en tilstrekkelig bemanning vil redusere terskelen for å legge inn i pasienter til et kommunalt tilbud.

Parallelt med legevaktens kartlegging, foretok også ambulansetjenestens en tilsvarende kartlegging. Denne viser at 26 av de totalt 65 ØH-innleggelsene i samme periode ble vurdert som aktuell for ØHD. Dette tilsvarer 40 % av pasientgruppen som blir transportert med ambulans til sykehus. Tallet er noe høyere enn legevaktens tall om mulig innleggelse, men viser et sammenfall i omfang fra ambulansetjenesten og legevaktordningen.

Det er interessant å registrere at gjennomsnittsalderen på ØHD-pasienten i kartleggingen er 55 år.

Generelt er det store mangler knyttet til tallgrunnet kommunene og sykehus har til rådighet for å kunne definere og beregne behovet ut i fra de nasjonale målsettingene, og kartleggingen som er foretatt i fra våre legevakter gir et grunnlag for 1188 innleggelse. Hvor mange døgnopphold en reduksjon i antall innleggelse vil innebære, er vanskelig å si, men det blir sentralt å monitorere utviklingen nøye.

Etablering av ØHD innebærer en ny måte å tenke pasientbehandling på i kommunal sektor. Det må parallelt med utviklingen av tilbudet legges ressurser inn i informasjonsarbeidet ut mot fastleger og sykehjemsleger og ambulanspersonell. Fra fastlegene er det meldt om de må være trygge på at tilbudet som bygges opp er forsvarlig. En aktivt og inkluderende informasjonsstrategi kombinert med et forsvarlig tilbud, vil bidra til å øke andelen innleggelse i et kommunalt ØHD på sikt.

7.6 SAMDRIFT LEGEVAKT OG ØHD

ØHD er et nytt kommunalt ansvar som innebærer at funksjonsdelingen mellom spesialist og kommunehelsetjenesten forskyves i retning av at mer medisinsk pleie, observasjon og behandling skal ivaretas av kommunene. ØHD er i utgangspunktet tenkt å være et tilbud før og istedenfor sykehusbehandling med en anbefalt liggetid på 72 timer, men funksjonsnivået for denne gruppen vil også *kunne* innebære at kommunene må ta et mer spesialisert ansvar for ØHD-pasienter etter de 72 timer. Befolkningsmessig har regionen et svært godt utgangspunkt for å etablere et bærekraftig og kompetansebasert senter med en god grunnbemanning.

Det er svært ulike løsninger som planlegges i kommune-Norge og hvordan dette innrettes med hensyn til kompetanse, forventet alderssammensetning og sammenhengen til øvrige kommunale tjenester. Fra lovgiver er det gitt at det skal være kompetansen kommunen legger inn i tilbudet som skal være styrende for tjenesten. Omfanget av liggedøgn er beskjedent pr kommune og pasientgruppen som skal ha et forsvarlig tilbud må tilpasses den kompetanse kommunen stiller til rådighet. Finansieringsordningen er også innrettet slik at tjenesten er mer kostnadseffektiv jo flere senger som sees i sammenheng.

¹⁰ 283 innleggelse pr måned x 12

Arbeidsgruppen har i denne rapporten lagt til grunn at tjenesten ØHD bør ivaretas gjennom samdrift med den interkommunale legevakten for Nedre Romerike som i dag omfatter Rælingen, Fet, Lørenskog, Skedsmo og deler av Enebakk.. Tilbudet skal være døgnbasert, og innefor dagens fire legevaktordninger i regionen er det kun Nedre Romerike Legevakt som har fast ansatte leger 24/7/365. Det er videre et faglig sammenfall mellom legevaktens akuttfaglige kompetanse knyttet til observasjon og behandling og kravene som knytter seg til ny øyeblikkelig hjelp døgn. Arbeidsgruppen anbefaler derfor at ØHD ivaretas gjennom en forsvarlig ordning basert på tilstrekkelig bemanning og kompetanse og at denne sees organisatorisk i sammenheng med Nedre Romerike Legevakt som er døgnbemannet. Dette vil kunne bidra til å utvikle en robust enhet som sikrer et regionalt fagmiljø som gjør det attraktivt å arbeide i kommunehelsetjenesten og innenfor akuttmedisin spesielt. Det legges til grunn at ØHD og legevakt fortsatt skal ha separate funksjoner og målgrupper. En felles organisasjon vil sikre:

- ✚ samdrift basisfunksjoner som administrativ ledelse, fellesarealene og ren drift
- ✚ samdrift på fellesfunksjoner som lab og en del medisinsk utstyr. Dette gjelder både innkjøp og bruk.
- ✚ Felles kurs- og kompetanseutvikling
- ✚ Større fagmiljø og dermed bedre mulighet for arbeidsgiver til å stille kompetansekrav
- ✚ Større fagmiljø en gevinst i seg selv.
- ✚ Større stillingsstørrelser
- ✚ Mulighet til større anskaffelser
- ✚ Det bør vurderes om en slik enhet også bør drifte en faglig nettverksfunksjon ut mot kommunenes innsats-team og ambulansetjenesten innenfor fagfeltet akuttmedisin. Høgskolen i Oslo og Akershus vil også være en aktuell samarbeidspartner for kompetanseutvikling gjennom paramedic-utdannelsen på Kjeller

7.7 AVSTAND MELLOM HJEM OG INNLEGGELSESENHET.

Arbeidsgruppen legger til grunn at geografisk plassering og avstand mellom hjem og tilbud ikke har stor betydning for pasienten da dette er pasienter som i dag sendes til Ahus og transportert med ambulanse. Dette forsterkes også av at liggetiden på maks 72 timer. Avstand kan imidlertid ha betydning i fht behov for kjøp av tjenester fra Ahus, f eks enkelte labprøver og i fht nærhet til spesialisthelsekompetanse dersom det er akutt for pasienten.

7.8 BEMANNING OG KOSTNADSANSLAG

ØHD er døgnbasert og skal ha en høy bemanningsfaktor på grunn av pasientenes tilstand og pasientomløp. Det legges til grunn at tilbudet skal ha en pleiefaktor *minimum 1,1*. Et kostnadsanslag vil vær avhengig av hvor mange kommuner som samarbeider om tjenesten og hvordan den organiseres. Det legges til grunn at tilbudet skal ivaretas innenfor finansieringsordningen.

7.9 ALTERNATIVE INTERKOMMUNALE SAMARBEIDSLØSNINGER OG KRAV TIL FORSVARLIGHET

Arbeidsgruppen har i denne rapporten tatt utgangspunkt i mulighetene som knytter seg til interkommunalt samarbeid, og kriterier for inntak, utstyr og kompetanse. I det nedenfor vises antall liggedøgn og finansiering for 3 ulike scenarier for samarbeid i vår region. Alternativet Aurskog-Høland og Rømskog er her ikke beregnet separat da det utredes ØHD som del av lokalmedisinsk senter på Bjørkelangen parallelt.

8,5 kommuner: legevakt NR, Sørum, Aurskog- Høland og Nittedal			
Kommune	Liggedøgn	ØH-kroner mill	Senger
Skedsmo	2269	kr 9 824 000,00	6,2
Lørenskog	1526	kr 6 609 000,00	4,1
Fet	491	kr 2 124 000,00	1,3
Rælingen	705	kr 3 051 000,00	1,9
Sørum	701	kr 3 035 000,00	1,9
Aurskog-Høland	741	kr 3 209 000,00	2
Nittedal	924	kr 4 000 000,00	2,5
Enebakk /Flateby	187,2	kr 810 349,00	0,5
Rømskog	42	kr 182 000,00	0,1
Totalt	7586,2	kr 32 844 349,00	20,5
6,5 kommuner: Legevaktkommuner NR, Sørum og Nittedal			
Kommune	Liggedøgn	ØH-kroner mill	Senger
Skedsmo	2269	kr 9 824 000,00	6,2
Lørenskog	1526	kr 6 609 000,00	4,1
Fet	491	kr 2 124 000,00	1,3
Rælingen	705	kr 3 051 000,00	1,9
Sørum	701	kr 3 035 000,00	1,9
Nittedal	924	kr 4 000 000,00	2,5
Enebakk /Flateby	187,2	kr 810 349,00	0,5
Totalt	6803,2	kr 29 453 349,00	18,4
4,5 kommuner: Legevakt Nedre Romerike			
Kommune	Liggedøgn	ØH-kroner mill	Senger
Skedsmo	2269	kr 9 824 000,00	6,2
Lørenskog	1526	kr 6 609 000,00	4,1
Fet	491	kr 2 124 000,00	1,3
Rælingen	705	kr 3 051 000,00	1,9
Enebakk /Flateby	187,2	kr 810 349,00	0,5
Totalt	5178,2	kr 22 418 349,00	14

Innenfor alle tre scenariene vil en kunne sikre en forsvarlig og kostnadseffektivt døgnbemannet turnusdrift innenfor de foreslåtte inklusjonskriteriene ved at innslagspunktet for stordrift lege og sykepleier ihht krav ligger

et sted mellom 12-14 senger. Dette forsterkes også ved at tilbudet skal være åpent hele døgnet og tilby akutt plasser, og det må derfor organiseres slik at det ikke er 100 % belegg på plassene.

Den "flate" finansieringsordningen for ØHD tilsier imidlertid store økonomiske og faglige gevinster ved å etablere en størst mulig post. Dersom kommunen velger å etablere sengene i egen kommune, vil kostnaden pr seng være relativt sett svært høy. En del av samdriftsfordelene kan imidlertid oppnås ved å legge ØHD som del av egne korttids plasser og andre tjenester med høy og tilgjengelig døgnbasert legedekning.

Helsenett og elektronisk samhandling

Alle kommunene er med i et prosjekt som bredder ut elektronisk samhandling som vil være en del av kommunikasjonslinjene mellom kommunale og private enheter. Nedre Romerike legevakt benytter WINMED og er tilknyttet Helsenettet. Det medfører at elektronisk kommunikasjon enkelt lar seg gjøre med fastleger, Ahus, NAV, Fûrst og Curato. Etablering av ØHD forutsetter elektronisk henvisning fra fastleger til avdelingen og vurdere tilgang til DIPS (Ahus).

7.10 VERTSKOMMUNE ELLER IKS?

Etablering av ØHD innebærer en betydelig utvidelse av dagens portefølje, både i tjenestevolum, antall ansatte og antall samarbeidskommune. De organisatoriske rammebetingelsene bør diskutere prinsipielt.



Modell 1 - Ny ØHD som del av Nedre Romerike Legevakt – Skedsmo vertskommune.

Nedre Romerike Legevakt er i dag organisert som vertskommunesamarbeid under Skedsmo kommune som tilbyr ulike legevaktløsninger dag/kveld/natt til Rælingen, Lørenskog, Fet og deler av Enebakk. Befolkningsgrunnet er 115.000.

Samarbeidet er regulert i avtale mellom Skedsmo kommune og

de øvrige deltakerkommunene om kjøp av tjenester. Skedsmo er arbeidsgiver og har det faglige og økonomisk ansvaret for virksomheten. Etablering av ØHD for 8 kommuner innenfor Skedsmo kommunes legevaktorganisasjon innebærer en betydelig utvidelse av dagens portefølje, både i tjenestevolum, antall ansatte og antall samarbeidskommuner. Dette innebærer at det inngås minimum 3 ulike avtaler om leveranser fra Skedsmo til samarbeidskommuner til 8 kommuner.

Modell 2 - Ny ØHD som del av Nedre Romerike Legevakt - etablering av IKS

Et alternativ til vertskommune er å etablere et selvstendig rettssubjekt etter lov om interkommunale selskap. Vedtektene vil regulere eierandel og finansiering som reflekterer det økonomiske fellesansvaret. Etablering av IKS innebærer virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljøloven. Et IKS sammenlignet med vertskommune innebærer at *samtlig*e deltakerkommuner gis et faglig og overordnet utviklingsansvar for tjenesten, og at den politiske forankringen ivaretas gjennom representantskapet, eiermøter, eierstrategier og valg av styre. Et felles

eierskap til tjenestene vil gi samtlige kommuner anledning til å både påvirke og ta ansvar for utviklingen av denne tjenesten. Etableringen av IKS kan skje innenfor dagens samarbeidskommuner (4 kommuner) med salg av tjenester til de øvrige kommunene.



Modell 3 – Ny ØHD som del av legevaktstjenestene Nedre Romerike.

Et tredje alternative er å vurdere de fire legevaktordningene som del av et IKS hvor ØHD inngår

(her kalt akuttmedisinsk senter, se figur), En forutsetter da at samorganisering ikke innebærer samlokalisering. En slik løsning er fra arbeidsgruppen motivert ut i fra ønsket om å etablere et større fagmiljø for de ansatte ved legevaktene. Etableringen innebærer virksomhetsoverdragelse etter arbeidsmiljøloven. Etableringen av et IKS innebærer et felles eierskap av 8 kommuner.

7.11 FINANSIERINGSNØKKELE FOR SAMARBEID

Uavhengig av valg av organisasjonsmodell, skal finansieringsløsninger for de ulike tjenestene avtales. En kan tenke seg flere komponenter avhengig av tjenestenes omfang og hensiktsmessighet ifht fakturering, for eksempel:

- Grunnfinansiering inntil en gitt andel av driften som dekker administrative kostnader.
- Finansiering etter uttak av tjenester. ØHD pasienter med avregning etter forbruk innenfor budsjett.
- Innbyggerantall – legevaktjenester med avregning etter forbruk innenfor budsjettet..

Det anbefales videre å etablere et helsefaglig fora for å sikre dialog, rutiner for samhandling og evaluering av ØHD uavhengig av modell.

7.12 ØKONOMISKE KONSEKVENSER 2013

ØHD er fullfinansiert, og blir overført over rammen fra 2016. Etableringen i 2013 vil ikke ha økonomiske budsjettkonsekvenser for kommunene i 2013. Ved innvilging av midler fra 2013 vil kommunen få overført sin andel automatisk hvert år frem til 2016 og må legges inn i budsjetttrammen. Det må legges til grunn at et samarbeid skal ha et forpliktende langsiktig og bærekraftig perspektiv. Dette innebærer også en viderefinsiering basert 2016-rammene eller det deltakerne i samarbeidet blir enige om.

7.13 LOKALER OG DIMENSJONERING - KORT OG LANG SIKT.

Regionen står foran en befolkningsvekst som innebærer nesten en fordobling av innbyggerantallet innen 2040. En dimensjonering av tjenester bør ideelt sett dimensjoneres for å ta høyde for befolkningsutviklingen. Pr i dag er det imidlertid kun tilgjengelig lokaler i Helsebygget på Lillestrøm. Det er tegnet ut en løsning i bygget som gir mulighet for å etablere maks 20 senger, og tilbudet fra utleier ligger frem til senest februar 2013. Det foreligger ingen andre aktuelle bygg som kan huse en slik drift pr i dag. Det må derfor legges til grunn at denne tjenesten også vurderes som del av øvrige tjenestene som utredes med tanke på etablering av lokalmedisinsk senter, jmf prosjektets mandat.

7.14 OPPSTART OG SØKNAD

Frem til 2016 kan kommunene søke om midler til etablering og oppstart av tilbudet. Frist for søknad er 01.mars. Oppstartsdato for driften settes av kommunene innenfor det året man søker. Arbeidsgruppen anbefaler kommunene å søke om midler til oppstart allerede i 2013:

- *Friske midler og- transaksjonskostnader.* Midlene skal brukes til planlegging, etablering og oppbygning av tilbudet i kommunene før 2016. Det er stor usikkerhet ifht pasientgrupper, effekter av tjenesten og etableringen av tilbudet skal sees i et helhetlig pasientforløp som fordrer at tilbudet må gis tid til å sette seg og finne sin form.
- Tilbudet vil redusere antall innleggelses, og dermed Kommunal Medfinansieringsordning
- Etableringen av en felles tjeneste krever tilgjengelig lokaler. Skedsmo kommune har opsjon på aktuelle lokaler i Helsebygget hvor en kan huse tjenester inntil 20 senger. Disse lokalene står ledig pr i dag. Det er lite sannsynlig at disse lokalene vil være tilgjengelig 2014. Det er ingen andre aktuelle lokaler for å etablere en stor avdeling i regionen på kort sikt. Helsebygget har private som kan selge røntgen og ultralyd-tjenester.

- Arbeidsgruppen om ØHD mener det vil være realistisk å kunne etablere *forsvarlige løsninger* i løpet av 2013 innenfor denne løsningen. En søknad om etablering av ordningen allerede nå vil også være hensiktsmessig ut i fra at kommunene har et interkommunalt prosjekt på gang som utreder innholdet i samhandlingstjenester. Dette prosjektet avsluttes utgangen av 2013.

Kriteriet for å søke om midler er at det foreligger en avtale mellom kommunene og sykehuset. Bakgrunnen for kravet om avtale mellom partene er å sikre et tett og godt samarbeid mellom nivåene for å utvikle tjenesten som en erstatning for innleggelse¹¹. Tett samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for at kommunene skal lykkes for å kunne redusere antall innleggelser i sykehus.

Tilbudet skal være forsvarlig. Dette innebærer at begge partene er omforent om hva som ligger i forsvarlighetskravet til kommunene.

Det er minimum fire hovedområder som bør inkluderes i avtalen:

1. Kompetanse. Hva kan helseforetaket bidra med for å bygge kompetanse, jfr. §6-3 i spesialisthelsetjenesteloven, hvordan kan kompetanse i helseforetaket være tilgjengelig for tilbudet, (ambulerende virksomhet, konsultasjonsmuligheter med spesialister etc
2. Støttefunksjoner og utstysbehov
3. Lokaler
4. Effekt (systemer og type indikatorer for å måle effekten av ØHD).

Partene skal lage konkrete avtaler på disse områdene for å sikre forsvarlig kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud som igjen innebærer et godt samarbeidsklima og kultur fra begge parter i oppbyggingen av tilbudet.

¹¹¹¹ St.melding 91 (2010-11)

Rapporten ble behandlet av styringsgruppen 23.11.2013

Revidert vedtak:

- *Styringsgruppen er inneforstått med at kommuner vil søke om oppstartsmidler til ØHD med utgangspunkt i Legevakten Nedre Romerike innen fristen 1.mars 2013.*
- *Styringsgruppen mener det bør være mulig for de kommunene som i dag ikke deltar i Legevakt Nedre Romerike å delta i bare ØHD-samarbeidet.*
- *Styringsgruppen ber Skedsmo kommune klarlegge forutsetninger for en slik søknad hva gjelder lokaler.*
- *Styringsgruppen anbefaler ØHD etablert i de hovedlinjer når det gjelder målgrupper og tjenesteorganisering som ligger i rapporten.*
- *Når det gjelder organisasjonsform for ØHD, tas dette opp til vurdering i 2013.*

VEDLEGG 1: NOTAT ØKONOMISK ANALYSE LEGEVAKT

En gruppe bestående av økonomer fra legevaktkommunene har hatt ett møte samt mailutvekslinger ift å komme frem til et oppsett egnet til å sammenligne *kostnader med tilhørende inntekter* for legevaktvirksomheten i de 4 kommuner. De ulike fagpersonene i kommunene er i tillegg forespurt ift mer detaljert informasjon der det har vært ansett som nødvendig.

Utgifts/inntektsbegrep: Når det henvises til kostnader med tilhørende inntekter er alle relevante kostnader, slik gruppen har vært i stand til å fremskaffe disse, hensyntatt. Likefullt er inntekter som "følger direkte av driften" slik som brukerbetaling, sykerefusjon hensyntatt i beregningene. Inntekter fra deltagende kommuner eksempelvis og andre utenforstående inntekter er naturlig nok utelatt.

Tallene som er benyttet er budsjetterte tall for 2012/2013. Gruppen har hatt som mål å skille ut alle kostnader og inntekter som ikke har direkte med legevaktsdrift å gjøre samt tatt inn kostnader og evt inntekter som ikke har vært reflektert i budsjettene. Eksempel på utgifter som ikke har vært inkludert i budsjettene er kostnader knyttet til husleie, strøm, renhold og lignende i en av kommunene. Eksempler på kostnader som er forsøkt skilt ut er kostnader til overgrepsmottak, investeringskostnader, andel administrasjonskostnader som én kommune hadde i sitt budsjett, kostnader til trygghetsalarmdrift osv.

Det har også vært sjekket ut kommunene hvorvidt budsjettene reflekterer heldøgnsdrift for alle legevaktene samt at tallene inkluderer "alle" legeutgifter da det foreligger ulike måter å drifte denne delen av legevaktene på.

At gruppen har valgt budsjettall for sammenligningen skyldes først og fremst at sammenlignbare regnskapstall for Skedsmos del først vil foreligge etter regnskapsavleggelsen for 2012 - gitt at dette er første hele driftsår med Lørenskog inne i samarbeidet. Når disse tallene foreligger er gruppen av den oppfatning at regnskapstall sammen med budsjettall bør ligge til grunn for en sammenligning av kostnader.

VEDLEGG 2 : KARTLEGGINGSGRUNNLAG

Inklusjonskriterier	Ekklusjonskriterier
Pasienter med kroniske lidelser/diagnoser med akutt forverring av sin sykdom men som responderer godt på initial behandling hos fastlege/legevakt. Pasienten er hemodynamisk og respiratorisk stabil etter behandling, men trenger oppfølging og overvåking i etterkant	Personer åpenbart, beruset enten av alkohol eller andre stoffer hvor man har mistanke om forgiftning. Suicid forsøk med overdoser
Pasienter med infeksjonstilstander som er hemodynamisk og respiratorisk stabile, men har behov for antibiotikabehandling intravenøst og/eller observasjon.	Pasienter som er ustabile/uavklarte i forhold til hjerte/lunge sykdom
Pasienter med smerteproblematikk som er hemodynamisk og respiratorisk stabile og responderer på initial smertebehandling. Trenger observasjon og evt. Tilleggsbehandling	Pasienter som har uavklarte tilstander med mistanke om hodeskader eller indre blødninger.
Pasienter med ernærings- eller væskeforstyrrelser som er hemodynamisk og respiratorisk stabil. Trenger støttende væske- eller ernæringsbehandling.	Akutt pleietrengende pasienter – forutsetter at kommunene har slike akutte plasser disponible
Pasienter med fallskader uten mistanke om brudd eller alvorlig hodetraume som trenger observasjon.	Pasienter/barn under 18
	Pasienter med psykiatriske diagnoser og behov for

oppfølging.

21 JAN 2013

Delavtale 4 – Avtale mellom NN kommune og Akershus universitetssykehus HF om kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp

1. Partene

Avtalen er inngått mellom NN kommune (heretter kalt kommunen) og Akershus Universitetssykehus HF (heretter kalt Ahus).

2. Bakgrunn og hjemmelsgrunnlag

Denne delavtale er inngått i henhold til overordnet samarbeidsavtale mellom Ahus og kommunen, pkt. 5. Avtalen erstatter delavtale 4 om kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp datert xx.

Avtalen har sitt lovgrunnlag i helse- og omsorgstjenestelovens § 6-2 nr. 4, og spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 e annet ledd.

3. Formål

Formålet med denne avtalen er å tydeliggjøre partenes ansvar og oppgaver i forbindelse med etablering og drift av kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (heretter kalt ØHD) jf helse- og omsorgstjenestelovens § 3-5.

Partene er enige i at et kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp skal bidra til et styrket helsetilbud og redusert behov for innleggelse ved Ahus av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp.

Partenes ansvar for øyeblikkelig hjelp og akuttmedisinske tjenester i henhold til dagens lovverk ligger fast til ØHD er i drift.

4. Beskrivelse av pasientgrupper i kommunalt ØHD

Kommunen skal etablere et øyeblikkelig hjelp døgntilbud som sikrer forsvarlig behandling og observasjon av pasienter som ellers ville vært i behandling i sykehus. Tilbudet skal i hovedsak gjelde:

- Pasienter der diagnose og funksjonsnivå er avklart og hvor risiko for akutt forverring under oppholdet vurderes som lav.
- Pasienter hvis tilstand forventes å være avklart/behandlet innen 72 timer slik at pasienten kan utskrives tilbake til hjemmet, til andre kommunale tilbud eller innlegges i sykehus.
- Pasienter som er respiratorisk og hemodynamisk stabile.

Denne avtalen gjelder pasienter med behov for somatisk behandling.

Forut for innleggelse i ØHD skal pasienten ha vært vurdert av fastlege, sykehjemslege eller legevakslege. ØHD-tjenesten avgjør om innleggelse er forsvarlig og i tråd med tjenestens inklusjons- og eksklusjonskriterier, jf vedlegg 1.

5. Dimensjonering av ØHD

Kommunen vil inngå samarbeid med andre kommuner i Ahus sitt opptaksområde for å etablere og drifte forsvarlige tilbud til pasientgruppen tilsvarende 14 døgnbemannede senger på Nedre Romerike og inntil 16 senger i Follo innen 4.kvartal 2013. Dimensjoneringen av ØHD er frem til 1.1.2016 tilpasset den statlige finansieringsordningen.

6. Partenes ansvar:

Kommunens ansvar består i å:

- Etablere og drifte ØHD med oppstart innen 4.kvartal 2013.
- I samråd med andre ØHD enheter i opptaksområdet, arrangere regelmessige fagseminarer.
- Sikre at personellet har observasjons-, vurderings- og behandlingskompetanse.
- Sikre prosedyrekunnskap og kunnskap om bruk av medisinsk utstyr.
- Utarbeide en plan som beskriver funksjons- og ansvarsområde for ansvarlig lege.
- Sikre tilstrekkelige rutiner mellom ØHD og kommune/interkommunale virksomheter for å sikre helhetlig pasientforløp.
- Spre kunnskap og informasjon om ØHD i tråd med partenes kommunikasjonsplan.
- Ta i bruk elektronisk pasientjournal som kan sende og motta meldinger i helsenettet.
- Etablere samarbeid med ambulansetjenesten.

Ahus ansvar består i å:

- Underrette Helse Sør-Øst RHF om at etablering og drift av ØHD skal skje innen 4. kvartal 2013 og at finansiering fra det regionale helseforetaket derfor skal være utbetalt innen 1. august 2013.
- Bidra i regelmessige fagseminarer for ØHD-enhetene i Ahus opptaksområde.
- Gi nødvendig veiledning og konsultasjonsmulighet om pasienter gjennom døgnet.
- Tilby medisinske støttefunksjoner etter avtale, for eksempel røntgen og laboratorietjenester.
- Bidra til å spre kunnskap og informasjon om ØHD i tråd med partenes kommunikasjonsplan.

Partene skal innen 1.6.2013 utarbeide:

- System for registrering og evaluering av kvalitet og aktivitet.
- Felles kommunikasjonsstrategi.
- Muligheter for følgeforskning på effekter av det nye tilbudet.
- Retningslinjer for hospitering og kompetanseutvikling mellom Ahus og ØHD.
- Muligheter for bruk av ny samhandlingsteknologi.

Partene har i fellesskap ansvar for å følge utviklingen for å se om ØHD har den ønskede kvalitet og effekt. Som ledd i dette skal det gjøres fortløpende registrering av aktivitet og utvalgte kvalitetsindikatorer. Indikatorer for dette presenteres i faste møteplasser mellom Ahus og ØHD-enhet minst en -1 - gang pr år og vil bl.a. danne grunnlag for nødvendige korrigerende tiltak. Første evalueringsmøte skal finne sted 6 mnd etter oppstart. Kommunen tar initiativ til dette arbeidet.

7. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner

Delavtale 4: Dato 2001.

Partene skal legge til rette for reell brukermedvirkning.

Partene forplikter seg videre til å gjøre avtalen kjent for brukere. Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med praktisering, oppfølging og eventuelt endring av avtalen.

8. Ansattes medvirkning.

Partene forplikter seg til å gjøre avtalen kjent for sine ansatte. Partene forplikter seg til å følge hovedavtalen og hovedtariffavtalens regler om ansattes medvirkning.

9. Tvist om avtalens innhold

Det vises til overordnet samarbeidsavtale, pkt 9.

10. Ikrafttredelse, reforhandling og oppsigelse

Avtalen trer i kraft ved undertegning og under forutsetning av statlig finansiering. Partene skal utarbeide system for regelmessig overvåking av at avtalens bestemmelser følges, og bestemmer hvilke tiltak som bør iverksettes for bedre etterlevelse av avtalen.

Hver av partene kan be om reforhandling av avtalen med 3 mnd. varsel.

Avtalen kan sies opp med ett års skriftlig varsel.

11. Underskrift

Denne avtalen er utarbeidet og underskrevet i to eksemplarer hvorav partene beholder hvert sitt.

Dato,

Dato,

kommune

Helseforetak/ sykehus

Vedlegg 1

Medisinskfaglige vurderinger ved innleggelse i ØHD jf avtalens pkt 4

Beskrivelsene av pasientgrupper i avtalens punkt 4 og kriteriene i dette vedlegget skal vektlegges i den medisinskfaglige vurdering av inntak i ØHD:

Inklusjonskriterier

Kroniske lidelser med akutt forverring, der utløsende årsak er avklart.

Infeksjonstilstander med behov for intravenøs antibiotikabehandling og/eller observasjon.

Smerteproblematikk der årsaken til tilstand er kjent.

Ernærings- eller væskeforstyrrelser som trenger støttende behandling.

Obstipasjon og urinretensjon.

Eksklusjonskriterier

Akutte forgiftninger med sterkt nedsatt bevissthet og/eller uavklart toksisk agens

Uavklarte hjerte- og lungesykdom, hodeskader og indre blødninger.

Pasienter som trenger utredning i sykehus

Pasienter som kun trenger akutt kommunalt pleietilbud

Pasienter under 18 år

Pasienter som primært trenger akutt psykiatrisk behandling.