



Aurskog-Høland kommune



Rømskog kommune

# Aurskog-Høland og Rømskog samhandlingsprosjekt

*- status, utfordringer og veien videre*

*Folkehelse*

*Lokalmedisinsk senter*



Januar 2013

## Innhold

SAMMENDRAG .....	4
1 INNLEDNING .....	6
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	6
1.2 Mandat og arbeidsgruppenes medlemmer .....	7
1.3 Metode .....	9
1.4 Samhandlingsreformen og dens virkemidler.....	10
1.5 BEON- prinsippet .....	10
1.6 Befolkningssammensetning og forventet befolkningsøkning.....	11
2 FOLKEHELSE.....	13
2.1 Definisjon av folkehelse.....	13
2.2 Ny folkehelselov .....	13
2.3 Folkehelseprofiler og kommunehelsa statistikkbank .....	14
2.4 Utredning av sentrale folkehelseutfordringer i Aurskog- Høland kommune.....	14
2.5 Utsatte grupper av befolkningen.....	19
2.6. Utredning av sentrale folkehelseutfordringer i Rømskog kommune .....	20
2.7 Utsatte grupper av befolkningen i Rømskog kommune .....	22
2.8 Folkehelsearbeid .....	22
2.9 Aurskog-Høland kommunes eksisterende tjenester innenfor folkehelsearbeid .....	23
2.10 Rømskog kommunes eksisterende tjenester innenfor folkehelsearbeid.....	26
2.11 Spesialisthelsetjenestens eksisterende tjenester innenfor folkehelsearbeid .....	28
2.12 Spesialisthelsetjenestens føringer for kommende tjenester innenfor læring og mestring/ grensesnittet til kommunene .....	28
2.13 Arbeidsgruppens forslag til tiltak for bedring av folkehelsen i Aurskog-Høland kommune .....	29
2.14 Arbeidsgruppens forslag til nye tiltak for bedring av folkehelsen i Rømskog kommune .....	34
3 LOKALMEDISINSK SENTER.....	36
3.1 Legevakt og øyeblikkelig hjelp døgnopphold .....	36
3.2 Legevakt .....	36
3.3 Pasientgrupper som defineres som akuttmedisinske og deres omfang .....	40
3.4 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD).....	42
3.5 Arbeidsgruppens utredning av pasientgrupper som kan benytte kommunalt ØHD ..	44
3.6 Arbeidsgruppens forslag til fremtidig legevakt og ØHD.....	44
3.7 Nødvendig omfang og tilskuddsordning av øyeblikkelig hjelp døgntilbud.....	47

3.8 Ambulansetjenesten.....	48
4 FORSTERKEDE KORTTIDSPLASSER .....	49
4.1 Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter .....	49
4.2 Begrepsavklaring.....	49
4.3 Forsterket korttidsopphold og pasientgrupper.....	50
4.4 Arbeidsgruppens forslag til organisering av forsterkede korttidsplasser i Aurskog-Høland kommune.....	51
4.5 Arbeidsgruppens forslag til organisering av forsterkede korttidsplasser i Rømskog kommune .....	51
5 REHABILITERING.....	53
5.1 Definisjon av rehabilitering .....	53
5.2 Rehabiliteringstilbudet i Aurskog-Høland kommune .....	54
5.3 Rehabiliteringstilbudet Rømskog kommune.....	55
5.4 Rehabiliteringstilbudet i Helse Sør-Øst (Ahus).....	55
5.5 Arbeidsgruppens forslag til organisering av rehabiliteringstilbudet i Aurskog-Høland kommune .....	55
5.6 Arbeidsgruppens forslag til organisering av rehabiliteringstilbudet i Rømskog kommune .....	57
6 PALLIASJON/LINDRENDE BEHANDLING.....	58
6.1 Definisjon av palliasjon .....	58
6.2 Samhandlingsreformens føringer for palliasjon.....	58
6.3 Palliative pasienter .....	59
6.4 Palliasjon i kommunal institusjon .....	59
6.5 Kartlegging av dagens drift og organisering av palliative plasser Aurskog-Høland kommune .....	59
6.6 Arbeidsgruppens forslag til organisering av palliasjon i institusjon i Aurskog-Høland kommune .....	60
6.7 Palliasjon i private hjem.....	61
6.8 Kartlegging av dagens drift og organisering av palliasjon i private hjem i Aurskog-Høland kommune.....	62
6.9 Arbeidsgruppens forslag til tiltak for palliativ behandling i private hjem i Aurskog-Høland kommune.....	63
6.10 Kartlegging av dagens drift og organisering av palliativ omsorg i Rømskog kommune .....	64
6.11 Arbeidsgruppens forslag til palliativ behandling i Rømskog kommune.....	64
7 KOMPETANSE .....	66
7.1 Krav til forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet.....	66
7.2 Dagens kompetansenivå i Aurskog- Høland og Rømskog kommuner .....	66

7.3	Kompetansebehov, organisering og rekruttering ved fremtidige tjenester.....	67
8	OPPSUMMERING AV FORSLAG TIL TILTAK.....	69

## SAMMENDRAG

Samhandlingsprosjektets rapport er en sammenslåing av to delrapporter som bygger på utredning av folkehelse og lokalmedisinsk senter.

Rapporten inneholder innledningsvis kartlegging og utredning av folkehelseutfordringer for Aurskog-Høland og Rømskog kommuner. Videre defineres utsatte grupper av befolkningen på bakgrunn av de funn som er gjort. Etter en kartlegging av kommunenes egne tjenester innenfor folkehelsearbeid, og det samme for spesialisthelsetjenesten, fremmes tiltak for utbedring av folkehelsen i begge kommuner.

Utredningen viser funn på at Aurskog- Høland kommune har utfordringer i forhold til dropout fra videregående skole, psykiske lidelser, sykdomsgrupper som KOLS og astma, hjertesykdommer og diabetes. Videre vurderer arbeidsgruppen at kommunen står over for mange av de samme folkehelseutfordringer som landet for øvrig innenfor eksempelvis overvekt, inaktivitet og sosial isolasjon. En oppsummering i rapporten viser at kommunen har utsatte grupper i sin befolkning i alle aldre og samfunnslag. Ved tilsvarende utredning for Rømskog kommune gir det lave innbyggertallet mindre tilgjengelig statistikk i forhold til blant annet diagnosegrupper og innleggelses i sykehus. Men utredningen viser at Rømskog har de største folkehelseutfordringene innenfor lite sosialt nettverk og stor andel eldre med kroniske sykdommer mm. Videre er det også for Rømskog grunn til å anta at man har folkehelseutfordringer innenfor de områdene som er belyst nasjonalt.

På bakgrunn av identifisering av utsatte grupper av befolkningen fremmer arbeidsgruppen forslag om felles etablering av lærings- og mestringstjenester for Aurskog-Høland og Rømskog kommuner. Fortrinnsvis som et eget lærings- og mestringssenter i et eventuelt nytt Lokalmedisinske senter på Bjørkelangen. Forslaget bygger på et vurdert behov for opprettelse av kurstilbud til kronikergrupper, slik at de kan settes i stand til å mestre egen sykdomstilstand.

Videre foreslår arbeidsgruppen å etablere en felles frisklivssentral for Aurskog- Høland og Rømskog og at denne etableringen blir en videreutvikling av Fysak tilbudet som tilbys i Aurskog-Høland kommune allerede i dag. Tiltaket er i tråd med statlige føringer om opprettelse av frisklivssentraler i alle landets kommuner. Rømskog kommune har allerede ansatt egen folkehelsekoordinator, som del av annen stilling, og arbeidsgruppen foreslår at Aurskog-Høland kommune oppretter en stilling som folkehelsekoordinator i tilknytning til den foreslåtte frisklivssentralen.

Arbeidsgruppen påpeker videre at det må jobbes systematisk med folkehelsetiltak innenfor alle sektorer og avdelinger i Aurskog-Høland og Rømskog kommuner, og at samarbeid med lokale lag og foreninger bør styrkes for å lykkes med det kommende folkehelsearbeidet.

Rapporten beskriver videre funn etter kartlegging av dagens drift av legevakt for Aurskog-Høland og Rømskog. Således beskrives pasientgrupper som defineres som akuttmedisinske -og som faller inn under kategorien øyeblikkelig hjelp. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp er utvidet i ny helse og omsorgstjenestelov og skal innen 1.1.2016 omfatte døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (ØHD). Tjenesten er fullfinansiert fra staten og utløser 2,29 millioner kroner til etablering pr plass, samt 4330,- kr. pr liggedøgn i driftstilskudd.

Tjenesten er tidligere gitt i spesialisthelsetjenesten, og tilbudet som nå skal etableres i kommunen skal være like godt, eller bedre enn det sykehuset tilbyr i dag. Det foreslås i rapporten at det bygges et Lokalmedisinsk senter på Bjørkelangen hvor legevakt og ØHD for Aurskog-Høland og Rømskog samlokaliseres. Observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse hos ansatte er vurdert som sentralt ved etablering av ØHD. Arbeidsgruppen vektlegger at dette ligger svært tett opp til legevaktens kompetanseområder allerede i dag og vurderer derfor at en samordning vil sikre god kvalitet på det tilbudet som foreslås etablert. Videre påpekes det at en samlokalisering vil kunne gi gunstige økonomiske effekter.

I forlengelse av forslaget om etablering av Lokalmedisinsk senter med legevakt og ØHD, foreslår arbeidsgruppen å samle alle korttids- og rehabiliteringsplasser i Aurskog-Høland kommune på Bjørkelangen sykehjem. Det vurderes blant annet at nærhet til lege gjennom døgnet og større fagmiljø i tjenesten vil gi økt kvalitet på den tjenesten som ytes. På sikt vil dette bidra til at kommunen kan tilby forsterkede korttidsplasser for pasienter som utskrives tidligere i forløpet fra sykehus. For Rømskog kommune vurderer arbeidsgruppen at tilbud om korttidsopphold fortsatt skal gis ved eldresentret på Rømskog, men det anbefales at man rekrutterer flere yrkesgrupper inn og med det øker det tverrfaglige samarbeidet i tjenesten.

Under området palliasjon utredes dagens organisering og drift av den tjenesten som tilbys i institusjon og i brukers hjem i de deltakende kommuner. Arbeidsgruppen fremmer forslag om utvikling av eksisterende palliative plasser i Aurskog- Høland kommune, som i dag er plassert på langtidsavdelinger i sykehjem. Begrunnelsen bygger blant annet på at plassene ofte er belagt med somatiske langtidspasienter og derfor i liten grad brukes etter intensjonen. I tillegg vektlegges det at opphold i sykehjem med bakgrunn i palliasjon i de fleste tilfeller er gitt i form av korttidsopphold. Arbeidsgruppen fremmer forslag om at det opprettes og øremerkes én plass til palliasjon ved en korttidsavdeling på Bjørkelangen sykehjem, og at rommet tilrettelegges for bruker og pårørende. Vurdering av tilbudet som gis om palliasjon i Rømskog mener arbeidsgruppen er hensiktsmessig, og da særlig med tanke på det etablerte rommet ved eldresentret som er tilpasset dette formålet.

Avslutningsvis i rapporten fremmes forslag til rekruttering av kompetent personell til de tjenester som er utredet i prosjektet spesielt og generelt for å møte nye krav gitt av Samhandlingsreformen.

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for prosjektet

Samhandlingsprosjektet mellom Aurskog-Høland og Rømskog ble etablert på bakgrunn av et ønske om å utrede om de to kommunene i samarbeid kan møte nye krav til tjenester gitt i St. meld 47, Samhandlingsreformen. Prosjektet skal utrede og fremlegge forslag til etablering av lokalmedisinsk senter i Aurskog- Høland kommune, innenfor gjeldende rammer i Aurskog-Høland og Rømskog. Det skal utarbeides forslag med anbefalte løsninger mht organisering, lokaler, samhandling med spesialisthelsetjenesten, kompetansebehov, og hvilke tjenester som skal inngå i nytt lokalmedisinsk senter. Forslag til tiltak som fremmes gjennom prosjektet skal på sikt bidra til et bedre helsetilbud for innbyggerne før, istedenfor og etter sykehusopphold og bidra til at innbyggerne opplever sammenhengende og koordinerte helsetjenester. Videre skal tiltakene bidra til å redusere utgiftene til finansiering av sykehusopphold gjennom økt satsing på forebygging, helsefremming, rehabilitering og behandling.

Aurskog- Høland kommune og Rømskog kommune søkte Helsedirektoratet om prosjektmidler i 2011. Prosjektleder ble ansatt 01.04.12 og prosjektet skal fremme sitt forslag innen utgangen av 2012.

Samhandlingsprosjektet er et administrativt forprosjekt som rapporterer til rådmennene i de to deltakende kommuner i egen styringsgruppe. Prosjektgruppen består av kommunalsjefs- og tjenesteledernivå, kommuneoverlege i Aurskog- Høland samt hovedtillitsvalgte fra NSF og Fagforbundet. Prosjektet er inndelt i to delutredninger med titler Lokalmedisinsk senter og Folkehelsearbeid. Arbeidsgruppene er bredt sammensatt fra ulike tjenesteområder, med ledere og ansatte samt tillitsvalgte fra NSF og Fagforbundet. Referansegrupper i prosjektet har vært brukerorganisasjoner, fastleger og lokale lag og foreninger.

Utredningen om folkehelse har hatt som mål å utvikle en strategi for kartlegging av folkehelseutfordringer og utarbeidelse av tiltak i tråd med Samhandlingsreformen og Folkehelseovens krav. Kommunene skal ha en oversikt over innbyggernes folkehelseutfordringer og jobbe mer målbevisst med forebygging og helsefremming. Rapporten inneholder kartlegging av folkehelseutfordringer og utsatte grupper av befolkningen for Aurskog- Høland og Rømskog. Videre gis en oversikt over kommunenes eksisterende folkehelsearbeid, og det fremmes nye folkehelse tiltak i tråd med funn som er gjort under kartleggingen. Alle tiltak som fremmes av arbeidsgruppen sees opp mot dagens kompetansenivå i Aurskog- Høland og Rømskog, og det beskrives hvilken kompetanse som må rekrutteres for å møte nye krav gitt av Samhandlingsreformen.

Rapporten beskriver i hovedsak negative funn innenfor folkehelsen til befolkningen i Aurskog-Høland og Rømskog. Dette for å kunne identifisere utsatte grupper av befolkningen og fremme tiltak for bedring av folkehelsen til disse befolkningsgruppene. Arbeidsgruppen har i sitt arbeid vektlagt viktigheten av at kommunenes gode tiltak innen folkehelse videreføres og utvikles, men i mandatet for delprosjektet er det utfordringer og nye tiltak som skal belyses.

Rapportens kapittel om Lokalmedisinsk senter inneholder kartlegging av legevakt for Aurskog- Høland og Rømskog kommuner, samt forslag til tiltak for videre drift av legevakt i lys av utvidet plikt for øyeblikkelig hjelp fra 2016. Rapporten redegjør så for dagens organisering av korttids- og rehabiliteringsplasser i institusjon med tiltak for å kunne gi tilbud om forsterkede korttidsplasser på sikt. Rapporten inneholder også en kartlegging av palliativ omsorg som utføres i de to kommunene i dag, samt estimering av fremtidig drift av tilbudet. Alle tiltak som fremmes av arbeidsgruppen sees opp mot dagens kompetansenivå i Aurskog- Høland og Rømskog, og det beskrives hvilken kompetanse som må rekrutteres for å møte nye krav gitt av Samhandlingsreformen. Summen av tiltak i hvert kapittel sammenfattes avslutningsvis og utgjør forslag til etablering av Lokalmedisinsk senter med en vurdering av behov og nødvendig kapasitet for tjenester som er forslått å legge inn i bygget.

Samhandlingsprosjektets rapport bygger på en fagutredning som ikke har fullstendige analyser på økonomiske konsekvenser innen bemanningsøkning eller kostander til bygg. Forslagene som fremmes er faglige anbefalinger med målsetting om å sikre ressurseffektive og robuste tjenester som er faglig forsvarlige, og i tråd med statlige anbefalinger.

## **1.2 Mandat og arbeidsgruppens medlemmer**

Arbeidsgruppen som har utredet folkehelse har hatt følgende mandat:

- Arbeidsgruppen skal utrede og identifisere sentrale folkehelseutfordringer i Aurskog- Høland kommune og Rømskog kommune.
- Arbeidsgruppen skal kartlegge Aurskog-Høland kommune og Rømskog kommunes egne tjenester innenfor folkehelsearbeid og tilsvarende for spesialisthelsetjenesten.
- Arbeidsgruppen skal på bakgrunn av sin utredning om folkehelseutfordringer i Aurskog-Høland kommune og Rømskog kommune identifisere utsatte grupper av befolkningen og foreslå tiltak i tråd med dette.
- Arbeidsgruppens forslag til tiltak skal sees i sammenheng med tverrfaglig kompetanse og ressurser man i dag innehar i Aurskog-Høland kommune og Rømskog kommune. Videre skal arbeidsgruppen utrede kompetansebehov og utforme tiltak for å sikre rekruttering innenfor alle tiltak som fremmes i prosjektet.



Utredningen er utført av en arbeidsgruppe nedsatt av prosjektgruppen og bestod av representanter fra kommunehelsestjenesten i Aurskog- Høland og Rømskog.

<b>Arbeidsgruppe 2: Folkehelse</b>		
<b>Navn</b>	<b>Kommune</b>	<b>Funksjon</b>
Siw Lund	A-H	Prosjektleder
Turid Sidsel Storhaug	A-H	Kommuneoverlege
Bjørg Søgård Bråten	A-H	Fagansvarlig helsesøster
Elisabeth Fagersand	A-H	Avd. leder hjemmetjenesten
Lina Frøise Lorentzen	A-H	Fysioterapeut
Pål Thoreid	A-H	Idretts- og friluftslivkonsulent
Liv Sørhaug	A-H	Plasstillitsvalgt Fagforbundet
Torild Hveem Ruud	A-H	Plasstillitsvalgt NSF
Åslaug Degnes	A-H	Prosjektleder Modellkommune
Åshild Ringsbu	R	Ass. Helse og omsorgssjef

Arbeidsgruppen som har utredet Lokalmedisinsk senter har hatt følgende mandat:

- Arbeidsgruppen skal identifisere og analysere pasientgrupper som benytter tjenester som defineres som akuttmedisinske, herunder legevakt og døgntilbud innen øyeblikkelig hjelp. Dagens organisering av legevakt for innbyggerne i Aurskog-Høland kommune og Rømskog kommune samt pasientgruppene omfang skal utredes i tråd med samhandlingsreformens intensjon om å redusere antall uhensiktsmessige innleggelser.
- Arbeidsgruppen skal kartlegge dagens organisering og drift av palliativ/lindrende omsorg i Aurskog- Høland kommune og Rømskog kommune. Samt estimere/utrede fremtidig dimensjonering av lindrende behandling.
- Arbeidsgruppen skal utrede et spesialisert og forsterket korttidstilbud for pasienter som er utskrivningsklare fra Ahus, men som er i behov for videreføring av igangsatt behandling – som vi i dag ikke kan håndtere i Aurskog- Høland kommune og Rømskog kommune.
- Arbeidsgruppen skal kartlegge dagens organisering av rehabiliteringstjenester i Aurskog- Høland kommune og Rømskog kommune og eventuelt utarbeide tiltak i tråd med Samhandlingsreformens intensjon om å utvikle sammenhengende pasientforløp.
- Arbeidsgruppen skal vurdere behov og nødvendig kapasitet ved en eventuell etablering av lokalmedisinsk senter for Aurskog- Høland kommune og Rømskog kommune.
- Arbeidsgruppens forslag til tiltak skal sees i sammenheng med tverrfaglig kompetanse og ressurser man i dag innehar i Aurskog-Høland kommune og

Rømskog kommune. Videre skal arbeidsgruppen utrede kompetansebehov og utforme tiltak for å sikre rekruttering innenfor alle tiltak som fremmes i prosjektet.

Utredningen er utført av en arbeidsgruppe nedsatt av prosjektgruppen og bestod av representanter fra kommunehelsetjenesten i Aurskog- Høland og Rømskog.

<b>Arbeidsgruppe 1: Lokalmedisinsk senter</b>		
<b>Navn</b>	<b>Kommune</b>	<b>Funksjon</b>
Siw Lund	A-H	Prosjektleder
Karoline Dedorsson	A-H	Fysioterapeut rehabilitering
Tordis Erikstad	A-H	Ergoterapeut
Trine Andersen	A-H	Fagutviklingssykepleier sykehjem
Anita Ekeheien	A-H	Avdelingsleder korttidsavdeling
Kathrine Magnussen	A-H	Avdelingsleder hjemmetjenesten
Kaja McCormick	A-H	Sykehjemslege og fastlege
Lasse Christensen	R og A-H	Kommuneoverlege og fastlege
Jonny Skogholt	A-H	Daglig leder legevakten
Åshild Ringsbu	R	Assisterende Helse og omsorgssjef
Kari Anne Hoel	A-H	Tillitsvalgt NSF
Anne Sissel Bredesen	A-H	Tillitsvalgt Fagforbundet

### 1.3 Metode

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i Samhandlingsreformen, lov- og forskriftsverk knyttet til kommunens ansvar for akuttmedisinske tjenester, Helse- og omsorgstjenesteloven, Folkehelseloven og ulikt veiledningsmaterieell i tillegg til arbeidsgruppens egne erfaringer innen fagfeltet som er utredet. Videre er kartleggingen av kommunenes folkehelseutfordringer utført ved innhenting av data fra folkehelseinstituttet og Østfoldhelse.

Prosjektets utredning fremmer forslag til tiltak på bakgrunn av krav gitt i lovverk og Samhandlingsreformen. Aurskog-Høland og Rømskog er svært ulike i forhold til innbyggertall, folkehelseutfordringer, geografi og administrativ organisering. Resultater av arbeidsgruppens kartlegging blir derfor i noen deler fremstilt i egne avsnitt for hver kommune.

Det har blitt gjennomført henholdsvis 8 og 7 arbeidsgruppemøter samt 9 prosjektgruppemøter i prosjektperioden som hadde oppstart i juni 2012 og ble avsluttet i januar 2013. Utredningen er utført av arbeidsgruppene, men prosjektgruppen har fungert som faglig støttespiller og gitt innspill og korrigerer til arbeidsgruppen underveis.

Prosjektleder har i tillegg gjennomført møter med referansegrupper av brukerorganisasjoner, lokale lag og foreninger samt fastleger underveis i prosjektperioden.

## 1.4 Samhandlingsreformen og dens virkemidler

St. melding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen omtaler tre hovedutfordringer for dagens helse- og omsorgstjeneste:

- pasientenes behov for koordinerte tjenester dekkes ikke godt nok
- det gjøres lite for å begrense og forebygge sykdom
- den demografiske utviklingen og endringene i sykdomsbildet vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Kroniske sykdommer utgjør en vesentlig del av helseutfordringene i vårt samfunn. Hjerter- og karsykdommer er vår vanligste dødsårsak (35 %), med kreftsykdom som nummer to (25 %). Sentrale risikofaktorer for disse sykdommene er fysisk inaktivitet, tobakksbruk og usunt kosthold. Helseutfordringene preges videre av sosial skjevfordeling; Helsetilstanden bedres med høyere utdanning og inntekt.

Samhandlingsreformen ble innført 1.1.2012 med forsterkede og nye ansvarsområder innenfor helsetjenestene i kommunene. Reformen har ulike virkemidler som skal understøtte en ny oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste:

- Kommunal medfinansiering er et økonomisk virkemiddel som gir kommunene ca 20 % medfinansieringsansvar for medisinske innleggelser.
- Medfinansiering av utskrivningsklare pasienter. Helseforetaket fakturerer en kostnad på 4000,- kr pr døgn pr pasient dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten når den blir definert som utskrivningsklar.
- Øyeblikkelig hjelp døgn (ØHD). Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp utvides til også å gjelde døgnplasser fra 1.1.2016 med målsetting om å redusere antall «uhensiktsmessige» innleggelser og antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten.
- Nytt sett av lovverk, med tilhørende forskrifter, veiledere og stortingsmeldinger med nye krav og forventninger til kommunene.
- Plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner.

Samhandlingsreformen er en såkalt retningsreform som har målsetning om at færre pasienter skal behandles i sykehus ved at kommuner skal ha økt satsning på forebygging, tidlig intervensjon og jobbe målrettet med folkehelse. Samtidig skal ca. 20 % av innleggelser i sykehus på kort sikt unngås ved at kommuner skal etablere øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

## 1.5 BEON- prinsippet

Beon står for Beste Effektive Omsorgs Nivå. Ved å ha ulike nivåer av tjenestetilbud, vil tilbudet kunne tildeles ut fra det hjelpebehov den enkelte bruker har. Tilbudene differensieres ved at tjenestetilbudet strekker seg fra lite hjelpebehov (lavterskeltilbud) til stort hjelpebehov (høy terskel). BEON-prinsippet går ut på at tjenestetilbudet gis på et lavest mulig omsorgsnivå med fokus på brukers egne ressurser, og at hjelpen skal være hjelp til selvhjelp. Denne forebyggende tankegangen er kostnadsbesparende for kommunen, og i tråd med nasjonale føringer. Målet er at personer skal opprettholde størst mulig grad av selvhjelpenhet og livskvalitet, og at reduksjon i funksjonsnivå skal kunne bedres ved at de

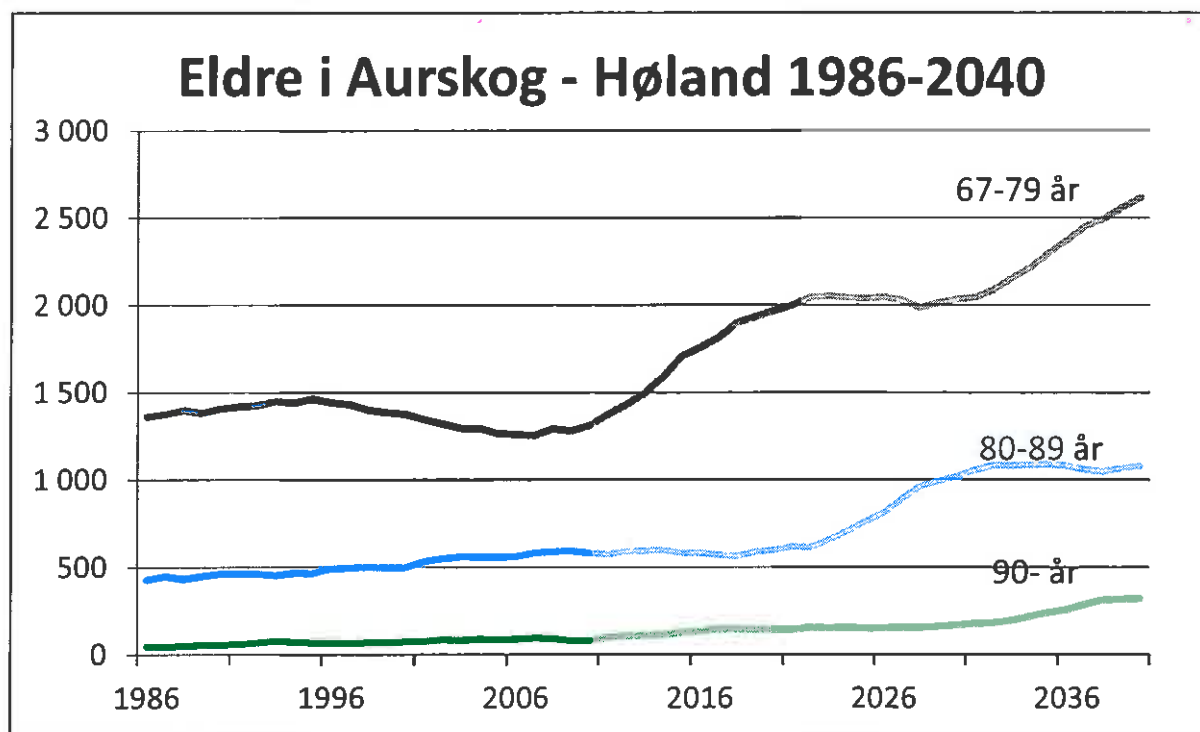
rette hjelpetiltakene settes inn. Intensjonene i Samhandlingsreformen sier at spesialisthelsetjenesten kun skal brukes når det ikke er andre alternativer i kommunetjenesten.

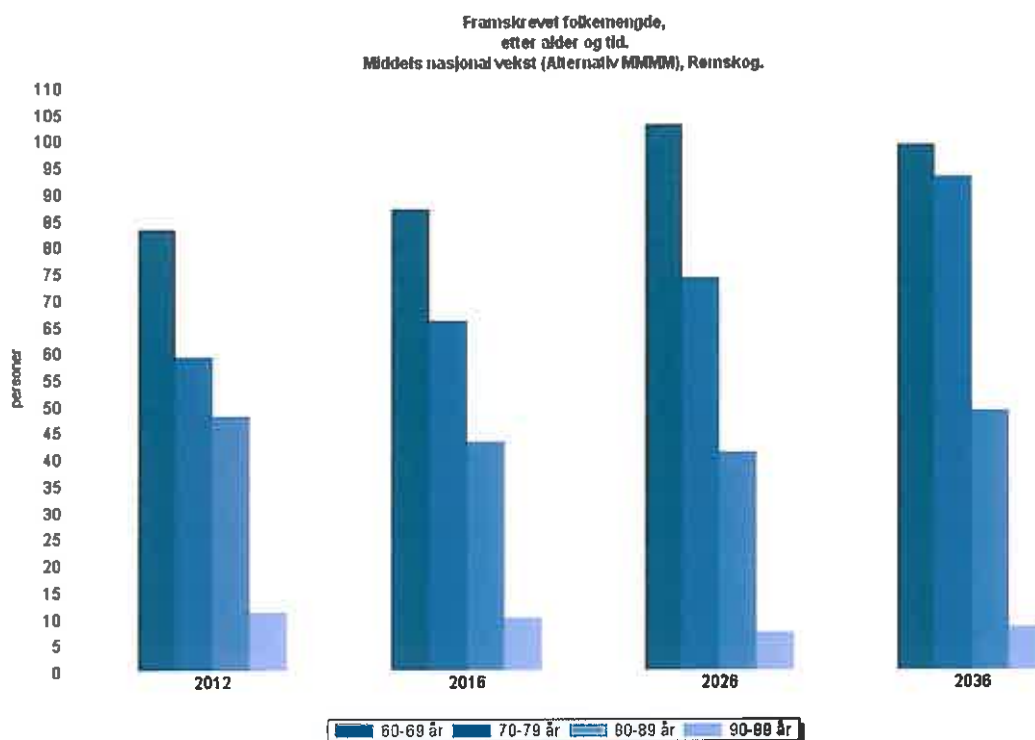
### 1.6 Befolkningssammensetning og forventet befolkningsøkning

Aurskog- Høland og Rømskog kommuner har pr. i dag 15.802 innbyggere. Det er forventet at befolkningen i begge kommunene vil øke og at en stor del av økningen vil komme av innflytting. Tabellen under beskriver forventet befolkningsøkning med tall gjengitt fra SSB.

Kommune	2012	2015	2020	2025	2030	2035	2040	% økning 2012-2040
Aurskog-Høland	15 114	15 753	17 182	18 520	19 707	20 697	21 556	44 %
Rømskog	688	719	763	809	860	901	941	36,8 %

De to kommunene har i tillegg en høyere andel av eldre over 80 år sammenlignet med andre kommuner i samme region. Kunnskap om dette er avgjørende når man skal estimere kommunale tjenester innenfor helse og omsorg.





Kilde: Statistisk sentralbyrå

Helse- og omsorgsdepartementet har i St.meld. nr. 25 (Mestring, muligheter og mening) beskrevet at det i de neste tiårene sannsynligvis vil bli økt etterspørsel etter omsorgstjenester. Det hevdes at framtidens brukere vil bestå av både nye generasjoner eldre og flere yngre tjenestemottakere som krever et mer mangfoldig tjenestetilbud. I løpet av de siste 10- 20 årene er antall brukere under 67 år i omsorgstjenesten nærmest fordoblet på det nasjonale plan. Det er grunn til å tro at tendensen er den samme for Aurskog-Høland og Rømskog. Videre viser det seg at yngre brukere av omsorgstjenestene ofte har tildelt flere timer enn eldre brukere. Nasjonale tall viser at brukere under 67 år i hjemmesykepleien har 64 % av alle fordelte vedtakstimer.

Befolkningssammensetningen og den forventede utviklingen tilsier at kommunene bør tenke langsiktig for å tilrettelegge for gode og helsefremmende tiltak for befolkningen generelt og eldre spesielt. Det er forventet at vi i fremtiden vil få flere eldre som lever lenger og har bedre helse enn man tidligere hadde, men også at langt flere vil leve lenger med kroniske sykdommer. Det forventes med andre ord en aldersforskyvning av sykdommer fordi den generelle helsetilstanden i befolkningen blir bedre, mens nye og bedre behandlingsmetoder vil føre til at flere vil leve lenger med kronisk sykdom. De store sykdomsgruppene hos eldre er forventet innen hjerte- og karlidelser, kreft, KOLS, demens, hjerneslag, diabetes, infeksjoner, lårhalsbrudd, slitasjegikt, benskjørhet og urinlekkasje.

## 2 FOLKEHELSE

Fra mandatet: «Arbeidsgruppen skal utrede og identifisere sentrale folkehelseutfordringer i Aurskog- Høland kommune og Rømskog kommune.»

### 2.1 Definisjon av folkehelse

*Folkehelse er befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.*  
(Helsedirektoratet)

Folkehelse omhandler langt mer enn fravær av sykdom og for å nå samhandlingsreformens intensjoner om å gi bedre helse til den enkelte, utjevne helseforskjeller og sikre en bærekraftig velferdsstat for fremtiden må det bli et økt fokus på forebygging og folkehelsearbeid i alle kommunens sektorer. Ansvar for folkehelsearbeidet er i ny lov ikke tillagt kommunens helsetjeneste, det presiseres derimot at kommunen som helhet har ansvar for folkehelsearbeidet og for å ha oversikt over innbyggernes helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Skole-, barnehage-, kultur-, bolig- og landbrukssektoren er eksempler på tjenesteområder som påvirker folkehelsen i en kommune. I tillegg spiller lokale lag og foreninger, tilgang til natur, kulturtilbud og en rekke andre forhold inn på folkehelsen. I sum kan vi si at det grunnleggende prinsippet i folkehelse er; «helse i alt vi gjør».

### 2.2 Ny folkehelselov

1.1.12 trådte Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) i kraft med formål om å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse og utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet som utføres etter loven skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse. Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

Folkehelselovens § 4 gir kommunen ansvar for å fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Folkehelselovens § 5 sier at kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Videre sier loven at denne oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold.

## **2.3 Folkehelseprofiler og kommunehelse statistikkbank**

Folkehelseinstituttet har utarbeidet folkehelseprofiler for alle landets kommuner. Folkehelseprofilene er rapporter som gir et bilde av helsetilstanden i den enkelte kommune ved hjelp av data fra kommunehelse statistikkbank om befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Temaområdene er valgt ut fra en forventning om at de har et forebyggingspotensiale. Livsstilssykdommer er pekt ut som en viktig folkehelseutfordring, og data i kommunehelse statistikkbank danner grunnlag for folkehelseprofiler om legemiddelbruk, sykehusinnleggelses og/eller dødelighet som kan belyse forekomsten av livsstilssykdommer i kommunen. I folkehelsearbeidet kan folkehelseprofilen være til hjelp for å identifisere kommunens folkehelseutfordringer, men det påpekes fra Folkehelseinstituttet at man også må bruke informasjon fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og kunnskap om lokale forhold når man utvikler nye tiltak for å fremme folkehelsen.

## **2.4 Utredning av sentrale folkehelseutfordringer i Aurskog-Høland kommune**

For å utrede folkehelseutfordringer for Aurskog-Høland kommune har arbeidsgruppen tatt utgangspunkt i kommunens folkehelseprofil og data fra kommunehelse statistikkbank. Man har omsatt deler av statistikk til tall for Aurskog-Høland kommune for å danne et bilde av hvor mange innbyggere som faller innenfor hver enkelt gruppe. I tillegg har man innenfor ulike tjenesteområder gjort en kartlegging av de folkehelseutfordringer man opplever innenfor sin brukergruppe, men har ikke hatt tilgjengelig statistikk som kan bekrefte alle funn.

Vedlagt rapporten følger Aurskog-Høland kommunes folkehelseprofil utarbeidet av Folkehelseinstituttet.

### **2.4.1 Dropout fra videregående skole**

Statistikken fra folkehelseinstituttet viser at en sentral folkehelseutfordring i Aurskog-Høland kommune er at færre fullfører videregående skole sammenlignet med andre kommuner i vår region og landet forøvrig. I skoleåret 2009- 2010 sier statistikken at 31,3 % av elever fra Aurskog-Høland kommune ikke fullførte eller bestod opprinnelig studielinje innen fem år. Statistikken gir ikke opplysninger om hvor mange av elevene som faller innenfor kategorien fordi de bytter studieretning eller skole, men sammenlignet med andre kommuner i vår region utpeker kommunen seg i negativ retning.

Dropout fra videregående skole ansees som en folkehelseutfordring fordi utdanning og deltakelse i arbeid i seg selv er helsefremmende. Gjennomført skolegang kan være en beskyttelse mot dårlig helse og sosial isolering. Videre går det vesentlige sosioøkonomiske skillelinjer mellom de som deltar og de som står utenfor arbeid. NAV Aurskog-Høland har utviklet en analyse som blant annet påpeker at det særlig er andelen av gutter som ikke fullfører videregående skole. Videre sier analysen at Aurskog-Høland kommunes befolkning har en markant lavere grad av utdanning enn andre kommuner i vårt fylke. 39 % av befolkningen har kun grunnskole, 43 % har fullført videregående skole mens 15 % har universitets eller høgskoleutdanning.

## 2.4.2 Deltakelse i arbeidsliv

En analyse utført av NAV Aurskog-Høland viser at kommunen, som resten av landet, har lav arbeidsledighet. Pr. juni 2012 var arbeidsledigheten på 2,4 %. Det som derimot beskrives som bekymringsfullt er at det er en tendens til at andelen langtidsledige øker i aldersgruppen 20- 29 år. På dette området skiller vi oss negativt ut i forhold til andre kommuner i fylket. Videre viser analysen at andelen uføre er synkende, men også her skiller kommunen seg negativt ut i forhold til andre kommuner i vår region. 8,5 % av Aurskog-Høland kommunes befolkning mellom 16- 66 år er registrert som uføre, mot 6,8 % av befolkningen i Akershus.

Andelen sykemeldte varierer noe over tid, men for innbyggerne i Aurskog-Høland har sykefraværsprosenten (legemeldt sykefravær) ligget mellom 6 og 8 % med en jevn nedgang i perioden. Sammenlignet med snittet for Akershus har Aurskog-Høland kommune ligget over i hele denne perioden.

## 2.4.3 Psykiske lidelser

Folkehelseprofilen viser at et forholdsvis høyt antall av befolkningen i Aurskog-Høland kommune har såkalt lette psykiske lidelser som angst og depresjon. Medikamentforbruket innenfor psykofarmaka i befolkningen er som følger (tall fra 2011):

- 319 personer fikk utskrevet antipsykotika
  - 841 personer fikk utskrevet antidepressiva
  - 1 421 personer fikk utskrevet sove- og beroligende midler
- Til sammen gir dette 2 581 personer som i 2011 benyttet legemidler mot ulike psykiske lidelser (dersom personer bruker flere medikamenter innenfor ulik klassifisering blir tallet noe lavere, men dette oppgir ikke statistikken). Videre viser statistikken noe overrepresentasjon av kvinner, særlig ved bruk av antidepressiva og sove- og beroligende midler.

I følge statistikken har det vært liten endring i bruk av medikamenter innen dette området de siste år. Antall personer som har fått foreskrevet psykofarmaka har vært tilnærmet lik siden 2005.

Sett opp mot andre kommuner i vår region har Aurskog-Høland kommune det høyeste antallet brukere av legemidler innenfor psykofarmaka. Til motsetning har kommunen lavere grad av innleggelse i psykiatriske avdelinger i sykehus. Tallene tilsier (i 2011) at:

- 77 personer ble innlagt psykiatrisk sykehus grunnet affektive lidelser
  - 74 personer ble innlagt psykiatrisk sykehus grunnet nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser
- Til sammen 274 personer ble innlagt psykiatrisk sykehus inklusiv poliklinikker og avtalespesialister. Statistikken tilsier ikke at det er store forskjeller på antall innleggelse for kvinner og menn, men kvinner er noe overrepresentert.



Tallene tilsier at grad av innleggelse i psykiatrisk sykehus pr 1000 innbygger er blant de laveste, sammenlignet med andre kommuner i vår region.

Statistikken er under dette området ikke inndelt etter alder på personer som har fått foreskrevet medikamenter eller vært innlagt i sykehus. Per i dag vet man derfor ikke hvilke aldersgrupper som er representert i statistikken.

Basert på nasjonale tall og kunnskap fra ansatte i tjenestene er det grunnlag for å heve at det i Aurskog-Høland er et betydelig antall barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser. En omregning fra nasjonale tall angir at ca. 1202 barn/unge (37 %) mellom 0-17 år har en eller begge foreldre med psykisk sykdom. Av disse er det ca. 845 barn/unge som har problemer med daglig fungering på grunn av foreldres psykiske problemer.

#### **2.4.4 Rus**

Arbeidsgruppen har ikke kjennskap til statistikk over antall innbyggere i Aurskog-Høland kommune med kjent rusproblem. Men nasjonale tall opplyser at 8,3 % av befolkningen er registrert med et rusproblem (Helse- og omsorgsdepartementet). For Aurskog-Høland kan man på bakgrunn av dette anslå at ca. 125 personer har et kjent rusproblem. Alkohol og opiater er de hyppigst forekommende rusmidlene blant pasienter som behandles for sitt rusproblem. Et betydelig antall pasienter med rusproblemer som bidiagnose, behandles imidlertid innen psykisk helsevern med en psykiatrisk hoveddiagnose og er derfor ikke del av statistikken. Videre er det grunn til å anta at det innenfor rus er store mørketall. Blant annet blir pillemisbruk sjelden registrert som et rusproblem, da dette ofte er legalt misbruk gjennom resepter fra lege.

I et folkehelseperspektiv er problemene knyttet til rusmisbruk store utover de skader som rusmisbrukeren blir påført selv. Som pårørende til rusmisbrukere generelt, og ved barn som pårørende spesielt, er det fare for at livskvalitet og psykisk helse forringes. Fra nasjonalt hold hevdes det at hvert 6. barn har foreldre som ruser seg i så stor grad at det påvirker omsorgsrollen. Omregning til tall for Aurskog-Høland tilsier at ca. 541 barn/unge mellom 0-17 år er i denne situasjonen.

#### **2.4.5 KOLS og astma**

Folkehelseprofilen til Aurskog-Høland kommune tilsier at den voksne befolkningen (i alder fra 45-74 år) i forholdsvis stor grad er plaget med KOLS og astma. Følgende tall (fra 2011) er lagt til grunn for folkehelseprofilen:

- 1 784 personer (mellom 45-74 år) fikk foreskrevet legemidler til bruk mot KOLS og astma
- 58 personer (45 år +) ble innlagt sykehus for KOLS

Tallene tilsier at antall innbyggere i Aurskog-Høland med lungelidelser pr 1000 innbygger er den høyeste i Akershus. I tillegg er det i statistikken vist en gradvis økning årlig av antall

innbyggere pr. 1000 som tilhører pasientgruppen i tiden fra 2005 til i dag. Innenfor pasientgruppen er det i følge statistikken noe overrepresentert av menn.

#### **2.4.6 Diabetes**

Folkehelseprofilen til Aurskog-Høland kommune viser videre at andelen innbyggere over 30 år med type 2-diabetes er økende. Tall fra kommunehelse statistikkbank viser følgende:

- 465 personer mellom 30 og 74 år bruker legemidler mot type 2-diabetes i 2011
- mot 397 i 2005- 2007.

Av andelen voksne med type 2-diabetes er det ikke store forskjeller mellom kjønnene, men forekomsten er noe større hos menn.

#### **2.4.7 Hjerte- og karsykdom**

I Aurskog-Høland kommunes befolkning er det økning av antall innbyggere pr. 1000 som bruker legemidler mot hjerte og karsykdom. Tallene fra kommunehelse statistikkbank (fra 2008- 2010) sier følgende:

- 2 349 personer brukte legemidler mot hjerte- og karsykdom
- 1 218 personer fikk forskrevet kolesterolsenkende midler

Videre viser statistikken at forekomsten av hjerte- og karsykdom er økende. I tillegg har vi også på dette området en høyere andel av befolkningen med en eller flere diagnoser innenfor hjerte og kar enn de fleste andre kommuner i vår region. I forskjeller mellom kjønnene er det en klar differanse, hvor menn er overrepresentert.

#### **2.4.8 Inaktivitet**

Kulturavdelingen i Aurskog-Høland kommune har i 2012 gjennomført en kartlegging av deltakelse i fritidsaktiviteter blant grunnskoleelever. Resultatet viser at 16 % av barna ikke deltar på noen form for fritidsaktiviteter. Manglende deltagelse på fritidsaktiviteter kan utgjøre en folkehelseutfordring for barn blant annet i forhold til at man ikke tilknyttes positive miljøer og lystbetonte aktiviteter, har mindre kontakt med venner og får redusert mulighet til å utvikle ferdigheter som styrker selvfølelsen.

Aurskog-Høland Idrettsråd utførte i 2008 en "Tilstandsrapport - Om Ungdom og fysisk aktivitet i Aurskog-Høland". Rapporten viser at den organiserte idretten i kommunen sliter med et frafall fra barn og ungdom på lik linje med resten av nasjonen. Rapporten har funn på at det er en markant økning i frafall ved 7. klasse, og av den grunn er det grunnlag for å iverksette tiltak rettet direkte mot denne aldersgruppen. Forskning viser at det er større

sannsynlighet for at man trener i voksen alder jo lenger man holder på i ung alder. Jo senere man gir seg, jo større sjanse er det for man gjenopptar trening i voksen alder.

Personer med et lavt fysisk aktivitetsnivå har 50 % større sannsynlighet for å være overvektige og inaktiviteten deres øker også risikoen for hjerte- og karsykdommer. Inaktivitet forårsaker mange unødvendige dødsfall hvert år, og kan regnes som en av vår tids tause mordere. Man vet ikke nøyaktig hvor mange som dør av inaktivitet i Norge hvert år, men i USA tror Helse- og sosialdepartementet (U.S. Department of Health and Human Services) at 30 % av alle dødsfall skyldes inaktivitet, noe som gjør det til landets største dødsårsak.

Videre hevdes det ofte at fysisk aktivitet kan virke forebyggende mot psykiske problemer. Man antar at opp mot halvparten av befolkningen vil oppleve å ha psykiske problemer av ulik grad i løpet av livet. Det hevdes at for mange av disse vil fysisk aktivitet f.eks. i form av turer i naturen være tilstrekkelig og kanskje beste «medisin» - uten negative bivirkninger.

Blant befolkningen på 65+ vurderes hjerte- og karsykdom, sammen med dårlig balanse og fall, som stor risiko for inaktive. Liten muskelstyrke og redusert balanse og gangfunksjon utgjør alene eller sammen fare for at eldre opplever fall og utsettes for bruddskader. For aldergruppen vurderes dette som folkehelseutfordring fordi brudd kan gi varig tap av funksjoner og egenmestring av hverdagsaktiviteter.

#### **2.4.9 Overvekt**

Overvekt blant befolkningen i alle aldre blir på nasjonalt plan ansett som en økende folkehelseutfordring. Det eksisterer ikke noe egen statistikk på dette for Aurskog-Høland kommune, men det er grunn til å tro at kommunen på dette området kan sammenlignes med landet for øvrig. Dersom man oversetter nasjonale tall til Aurskog-Høland tall, for grupper av barn, er det grunn til å tro at ca. 32 av kommunens 8-åringer og ca. 29 av de som er 15 år er overvektige/plages med fedme.

Ved kommunens helsestasjon er det igangsatt et prosjekt som vil identifisere overvektige barn. Innen kort tid vil man derfor kunne hente ut eksakte tall over antall overvektige barn i kommunen.

Mangel på nok fysisk aktivitet og/eller uhensiktsmessige kostvaner er oftest årsak til denne problematikken i forhold til barn og unge. Overvekt og fedme kan på lang sikt kunne gi sykdommer som diabetes, ulike hjertelidelser og slitasje av skjelett for å nevne noe.

#### **2.4.10 Lite sosialt nettverk**

Som beskrevet i begynnelsen av rapporten øker innbyggertallet i Aurskog-Høland kommune forholdsvis raskt, og det er slått fast at økingen skyldes innflytting fra andre kommuner. Etter arbeidsgruppens vurdering kan stor grad av innflytting i kommunen være en folkehelseutfordring i og med at store grupper av befolkningen har lite sosialt nettverk i

nærmiljøet. Generelt i samfunnet er det også en utvikling i antall skilsmisser og økt flytting av ulike årsaker, dette utgjør også en fare for at flere har lite sosialt nettverk rundt seg.

Videre kan innflytting til vår kommune i noen grad være preget av lave boligpriser til sammenligning med andre kommuner på sentrale områder av Østlandet. Lav inntekt henger ofte sammen med lav grad av utdanning og lavere inntekt gir ifølge nasjonale undersøkelser dårligere helse.

Utstøting og mobbing i skole eller arbeidsplasser utgjør en fare for sosial isolasjon for den som utsettes for sjikane. I tillegg er det psykisk nedbrytende for den som utsettes for mobbing og kan gi negative konsekvenser også på den fysiske helsen ved at man utsettes for stress.

Manglende deltakelse på sosiale arenaer oppleves også som en folkehelseutfordring hos den voksne og eldre befolkningsgruppa. Nasjonalt er det skrevet mye om ensomhet særlig blant eldre, og at denne tendensen er økende. Ved reduksjon av funksjonsnivå på grunn av sykdom eller generell aldersvekking vil det for mange være vanskeligere å delta på sosiale arenaer. Mange eldre har derfor et udekket behov for tiltak som ivaretar sosial og emosjonell støtte og står i fare for å oppleve sosial isolasjon, hukommelsesvansker, depresjon, angst og ensomhet.

## 2.5 Utsatte grupper av befolkningen

*Fra mandatet: «Arbeidsgruppen skal på bakgrunn av sin utredning om folkehelseutfordringer i Aurskog-Høland kommune og Rømskog kommune identifisere utsatte grupper av befolkningen og foreslå tiltak i tråd med dette.»*

I folkehelsearbeid søker man å utjevne de sosiale ulikheter gjennom tiltak innenfor levekår og andre samfunnsforhold som påvirker folks helse. Følgende underpunkter anses av Helsedirektoratet å være sentrale for folkehelsen:

- Arbeidsdeltakelse. Det går vesentlige sosioøkonomiske skillelinjer mellom de som deltar og de som står utenfor arbeid.
- Utdanning. Gjennomført skolegang er en beskyttelse mot dårlig helse og sosial isolering. I tillegg er utdanning i seg selv kriminalitetsforebyggende.
- Inntekt. Sosial nød og fattigdom kan lett gå i arv og det medfører ofte uførhet, dårlig helse og livskvalitet.
- Boligforhold. Utbyggingsstrategi for boområder krever avveininger som berører både miljø, oppvekst, livskvalitet og tjenesteyting.
- Sosial tilhørighet og tilgjengelighet. Sosialt nettverk bidrar til god helse.
- Planlegging av lovpålagte tjenester. Lovpålagte helse-, sosial- og barnevernstjenester representerer grunnmuren og rettssikkerheten for befolkningen i kommunen. Tidlig intervensjon kan forebygge/utsette behov for dyrere tjenester.
- Ytre miljøfaktorer. Risikofaktorer i det fysiske miljøet kan i ulik grad påvirke folks helse.

- Individuell helseatferd. Påvirkningsfaktorer som ernæring, fysisk aktivitet, bruk av rusmidler og tobakk, og seksuell helse har stor betydning for folkehelsen.

### 2.5.1 Utsatte grupper av befolkningen i Aurskog- Høland kommune

Arbeidsgruppen vurderer på bakgrunn av sin kartlegging av folkehelseutfordringer at Aurskog-Høland kommune åpenbart har ulike grupper av befolkningen som allerede er utsatt for og/eller står i fare for å utvikle dårlig helse. I tabellen nedenfor listes arbeidsgruppens utvalg av de utsatte gruppene opp:

Folkehelseutfordring	Utsatte grupper i befolkningen
Dropout fra videregående skole	Unge mennesker mellom 16 og 20 år – gjelder i større grad gutter enn jenter
Psykiske lidelser	Voksne og eldre – noe flere kvinner enn menn Barn som pårørende
Rusmisbruk	Ungdom og voksne- begge kjønn Barn som pårørende
KOLS (andre lungelidelser)	Eldre over 65 år – noe flere menn enn kvinner
Diabetes	Voksne og eldre – noe flere menn enn kvinner
Inaktivitet	Barn, ungdom og eldre – begge kjønn
Hjerte- og karsykdom	Voksne og eldre, noe flere menn enn kvinner
Overvekt	Barn, ungdom og voksne – usikkert om det er kjønnsforskjeller
Lite sosialt nettverk	Unge voksne (barnefamilier) Eldre

Tabellen viser at Aurskog-Høland kommune har grupper i befolkningen innenfor alle aldersgrupper, samfunnslag og kjønn som har utfordringer innenfor helse.

### 2.6. Utredning av sentrale folkehelseutfordringer i Rømskog kommune

Det er visse utfordringer ved å kartlegge folkehelseutfordringer i Rømskog kommune, pga det lave befolkningstallet. Tallgrunnlagene er for lave for statistisk beregning, som derfor kan gi uriktige resultater. Folkehelseprofilen fra FHI konkluderer med dette, så resultatene derfra må sees på med forsiktighet.

Arbeidsgruppen har brukt supplerende kartleggingsverktøy i utredningen av folkehelseutfordringene i Rømskog. Blant annet ble det utført en innbyggerundersøkelse i 2012 hvor Rømskogs befolkning oppga at ca. 84 % har svært/ganske god opplevd helse. Videre har Østfoldhelse utviklet en egen helseprofil for alle kommuner i Østfold i 2011. I tillegg baserer arbeidsgruppens utredninger seg på kunnskap fra ansatte i ulike tjenester og nivåer i kommunen, men det påpekes at Rømskog kun har deltatt med en representant i arbeidsgruppen og at dette har begrenset muligheten til å kartlegge i dybden.

Vedlegg rapporten følger Rømskog kommunes folkehelseprofil utarbeidet av Folkehelseinstituttet.

### **2.6.1 Inaktivitet**

Som for Aurskog-Høland kommune, og landet for øvrig, vurderer arbeidsgruppen at inaktivitet er en folkehelseutfordring for befolkningen i Rømskog kommune. I følge muntlig meddelelse, i fra et økende antall av befolkningen, oppgis rovdryfrykt som en årsak til mindre bruk av skog og mark til fysisk aktivitet. Videre vurderes det at manglende gang og sykkelveier kan medvirke til at barn ikke går eller sykler til skolen eller andre aktiviteter, men i stor grad blir kjørt i bil.

Som tidligere beskrevet gir inaktivitet risiko for kroniske sykdommer og tidlig død.

### **2.6.2 Overvekt**

Arbeidsgruppen har ikke funnet statistikk over antall personer som er overvektige eller sliter med fedme i Rømskog kommune, men antar at dette kan være en økende folkehelseutfordring på lik linje med resten av landet.

### **2.6.3 Lite sosialt nettverk**

Innbyggertallet i Rømskog øker og i stor grad skyldes dette innflytting. Som beskrevet for Aurskog-Høland kommune vurderer arbeidsgruppen at innflytting kan være en folkehelseutfordring i og med at grupper av befolkningen står i fare for å ha lite sosialt nettverk i nærmiljøet. Lavt innbyggertall kan øke sjansen for at barn faller utenfor det sosiale miljøet og/eller utsettes for mobbing. Videre ansees kommunes rimelige boligpriser, sett opp mot pressområder på Østlandet, som et egentlig sted å flytte til for lavtlønnede. Lav inntekt og lavt utdanningsnivå er fra nasjonalt hold ansett som en folkehelseutfordring i seg selv og kan ha betydning for folkehelsen på Rømskog.

Videre vurderer arbeidsgruppen at det er grunn til å tro at det også i Rømskog er eldre som opplever ensomhet og isolasjon.

## 2.7 Utsatte grupper av befolkningen i Rømskog kommune

Arbeidsgruppen vurderer på bakgrunn av sin kartlegging av folkehelseutfordringer at Rømskog kommune har noen grupper av befolkningen som allerede er utsatt for og/eller står i fare for å utvikle dårlig helse. I tabellen nedenfor vises arbeidsgruppens utvalg av utsatte grupper innenfor folkehelse:

Folkehelseutfordring	Utsatte grupper i befolkningen
Inaktivitet	Barn, ungdom og eldre – begge kjønn
Overvekt	Barn, ungdom og voksne – usikkert om det er kjønnsforskjeller
Lite sosialt nettverk	Unge voksne (barnefamilier) Eldre

Tabellen viser at Rømskog kommune har grupper i befolkningen innenfor alle aldersgrupper, samfunnslag og kjønn som har utfordringer innenfor helse. I tillegg vurderer arbeidsgruppen at Rømskogs økende andel eldre innbyggere trolig vil gi økning av antall personer med kroniske sykdommer som KOLS, diabetes og hjerte- og karsykdom på sikt.

## 2.8 Folkehelsearbeid

*Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon. (NOU 1998:18)*

Folkehelsearbeid deles gjerne inn i to med skille mellom helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsefremmende arbeid innebærer å gi påfyll av gode og positive ting som gjør at alle får det bedre. Eksempler kan være bedre og sikrere bomiljøer og arbeidsmiljø. Innenfor helsefremmende arbeid venter man ikke å se om noen blir syke eller får problemer, man gjør noe for eller med alle, før det har kommet så langt.

Forebyggende arbeid derimot, innebærer å fjerne, hindre eller stenge for faktorer som kan føre til sykdom skade eller andre faktorer som kan føre til sykdom, skade eller andre problemer. Ved forebyggende arbeid har man tatt lærdom av kunnskap om årsaker til at personer har blitt syke og forsøker å hindre at andre kommer i samme situasjon.

Helse skapes ikke først og fremst på sykehus eller legekontor, men på alle arenaer der mennesker lever og virker. Skal folkehelsearbeidet være effektivt må det derfor utøves i alle samfunnssektorer og på tvers av sektorer. Kommunen kan i stor grad påvirke hvordan lokalmiljøene utformes blant annet gjennom lokal arealplanlegging og trafikksikkerhetsarbeid. Videre fungerer kommunen som tjenesteyter og en viktig samfunnsaktør. Kommunale virksomheter er egnet for å være pådriver for partnerskap/forpliktende samarbeid på tvers av offentlige tjenester, frivillig sektor og lokalt næringsliv. I tillegg ivaretar kommunen tjenester som helsestasjon, skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern og smittevern med målsetning

om å fremme folkehelse, trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. Sist, men ikke minst har lokaldemokratiet en stor innflytelse på rammevilkårene for en god og tydelig folkehelsepolitikk, da en viktig del av folkehelsearbeidet handler om å mobilisere innbyggere og nærmiljøet til å ta ansvar for egne liv og handlinger.

Det kreves en bred tilnærming til folkehelsearbeidet – løsningen ligger i samfunnsplanlegging og er ikke et ansvar for helsevesenet alene.

## **2.9 Aurskog-Høland kommunes eksisterende tjenester innenfor folkehelsearbeid**

*Fra mandatet: «Arbeidsgruppen skal kartlegge Aurskog-Høland kommune og Rømskog kommunes egne tjenester innenfor folkehelsearbeid og tilsvarende for spesialisthelsetjenesten.»*

Definisjonen av folkehelsearbeid oppleves som vid og arbeidsgruppen mener det er grunnlag for å si at det innenfor mange av kommunens sektorer utføres folkehelsearbeid både i form av forebygging og helsefremming. Arbeidsgruppen velger i denne utredningen å gjøre et utvalg og belyser derfor bare de åpenbare tjenestene innenfor eksisterende folkehelsearbeid, inndelt etter kommunes sektorer. Videre vises det til at det i forbindelse med utforming av nytt plansystem i Aurskog-Høland kommune er foreslått å utarbeide en egen folkehelseplan som vil gi et mer helhetlig bilde av hvilke folkehelse tiltak man har innenfor de ulike sektorer.

### **2.9.1 Sektor Helse og rehabilitering**

#### **Partnerskap for folkehelse**

Aurskog-Høland kommune har siden 2004 hatt en forpliktende samarbeidsavtale med Akershus fylkeskommune om folkehelsearbeid ved navn «Avtale om partnerskap for folkehelse». Kommunen forplikter seg i henhold til avtalen å bistå fylkeskommunen i å fremme folkehelsearbeidet i fylket gjennom lokale målsettinger og konkrete lokale prosjekter. Akershus fylkeskommune har gjennom samarbeidet bidratt med ca. 100 000,- kroner årlig til kommunes folkehelsearbeid.

#### **Fysak**

Deler av kommunes folkehelsearbeid har vært organisert under betegnelsen Fysak (et bedre liv med fysisk aktivitet) og har som hovedmål å motivere innbyggerne i Aurskog-Høland kommune til økt fysisk aktivitet for dermed og kunne bidra til en bedre helse. Målgruppa for fysak er: inaktive, arbeidsledige, langtidssykemeldte, personer som trenger vedlikeholdstrening etter opptreningsopphold/rehabilitering, pensjonister og andre med behov for fysisk aktivitet som kan ha nytte av å trene i en gruppe. Fysak gir tilbud om blant annet følgende aktiviteter: trening i treningsrom, golf, bassengtrening for gravide friluftsgruppe og stavgang.

Fysak er organisatorisk underlagt psykisk helse, men ansatte fra andre tjenester i kommunen er også delaktige som gruppeledere for noen av gruppene. Blant annet utfører fysioterapeuter noe av sin plikt til å jobbe forbyggende ved å delta i Fysak. Tilbudene som gis i Fysak er såkalte lavterskeltilbud, med gratis og åpen deltakelse for alle.



### Kommuneoverlege og fastleger

Fra august 2012 har Aurskog-Høland kommune kommuneoverlege i full stilling. Kommunelegen er i lov- og forskriftsverk tillagt en rekke oppgaver, herunder myndighetsoppgaver. Smittevern, medisinskfaglig kompetanse og rådgivning i forhold til helsekonsekvenser av ulike planer og tiltak mot alle kommunes sektorer, gjør kommunelegen til en viktig ressurs i det generelle folkehelsearbeidet. Kommuneoverlegen er også bindeledd mellom fastleger og kommunes tjenester innenfor folkehelsearbeid.

Fastleger har et selvstendig og individuelt ansvar for oppfølging av sine pasienter helseutfordringer. Funksjonen inneholder kartlegging av helseutfordringer og/eller sykdom, henvisning til spesialister eller formidling til andre instanser, forskrivning av medikamenter mm. I tillegg er fastlege viktig i forhold til kartlegging av sosiale forhold som f.eks. om pasienter har barn som pårørende.

### Annet

Fysio – og ergoterapitjenesten skal jobbe forebyggende og helsefremmende i sin tjeneste. Kommunens fysio- og ergoterapeuter har brukergrupper innenfor alle aldersgrupper og i alle livsfaser.

Det gis tilbud om dagsenter for eldre på Aurskog sykehjem og Ulvehaugen på Løken. Tilbudet er åpenbart helsefremmende i forhold til at det virker forebyggende mot sosial isolasjon. I tillegg kan tjenesten ha en forbyggende effekt i og med at brukere aktiviseres fysisk, og at servering av måltider i sosial sammenheng virker forebyggende mot feilernæring og/eller underernæring hos brukergruppen.

Kommunens hjemmesykepleie utfører årlig oppsøkende virksomhet til eldre over 83 år som ikke har omsorgstjenester (som hjemmesykepleie, hjemmehjelp mm) fra før. Virksomheten er forebyggende og har som mål å veilede og stimulere eldre til å iverksette egne tiltak for bedring av egen helsetilstand og tilrettelegging i hjemmet.

Etter midler fra og samarbeid med Kreftforeningen har kommunen ansatt kreftkoordinator i 50 % stilling fra høsten 2012. Hovedmålet med stillingen er å bidra til at kreftpasienter og deres pårørende får et helhetlig tilbud, opplever trygghet og bedrer sin livskvalitet. Videre har kommunen opprettet en full stilling som demenskoordinator hvorav 50 % av stillingen planlegges inn i drift av dagsenter for demente. Mens resten av stillingen brukes for å styrke kompetansen til ansatte i hjemmetjenesten og i sykehjemmene, samt at pårørendearbeid vil være en sentral arbeidsoppgave.

Korttids-, avlastnings- og rehabiliteringsplasser i sykehjem er forebyggende i form av at det reduserer negativ utvikling av skade eller sykdom, i tillegg til at det er forebyggende for pårørende som står i krevende omsorgsoppgaver.

Kommunens tjenester innenfor psykisk helse har ulike tiltak som spenner fra lavterskeltilbud i Fysak og dagsentertilbud på ukedager til støttesamtaler i korte perioder og mer langvarig oppfølging av kronikere.

NAV Aurskog- Høland bidrar med folkehelsearbeid på flere områder som ved arbeidssøking, oppfølging av sykemeldte mm. Videre har avdelingen et eget oppfølgingsteam innen rusomsorgen med ruskonsulent som gir tilbud om blant annet boveiledning til rusmisbrukere.

### **2.9.2 Sektor Oppvekst og utdanning**

Sektor for oppvekst og utdanning har i lang tid jobbet systematisk med tiltak for barn og deres familier som etter arbeidsgruppens skjønn faller inn under kategorien folkehelsearbeid. Man har i sektoren utviklet en Aurskog-Høland modell som beskriver en forpliktende tilnæringsmåte for alle ansatte i arbeidet med barn man «lurer på». I tillegg deltar sektoren i det tverrfaglige modellkommuneprosjektet i samarbeid med barne- og likestillingsdepartementet og helse- og omsorgsdepartementet og 25 andre kommuner. Prosjektets mandat er å utvikle gode modeller for tidlig intervensjon og helhetlig systematisk oppfølging av barn av psykisk syke/og eller rusmisbrukere fra fødsel til skolestart. En rekke tiltak er iverksatt i regi av prosjektet.

I tillegg jobber oppvekst og utdanningssektoren forløpende med utarbeiding og iverksetting av tverrfaglige tiltak i forhold til å øke andelen ungdommer som fullfører videregående utdanning.

#### **Familie og folkehelse**

Helsesøster og jordmortjenesten som utøves i kommunen er i stor grad preget av forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot barn og ungdom og deres foreldre. Deres arbeid er preget av å gi støtte og veiledning om helsefremmende adferd. Man jobber målrettet med forebygging av psykisk helse både individuelt og i grupper fra jordmor med gravide og via helsesøstre på helsestasjon og i skolehelsetjenesten.

Kommunens utekontakter og SLT(Samordningsmodell for Lokale, forebyggende Tiltak mot rus og kriminalitet) utøver i stor grad folkehelsearbeid i forhold til aldersgruppen 13 til 23 år. De er tilgjengelig for ungdom som trenger noen å snakke med og gir tilbud om informasjon, råd og veiledning etter behov. Utekontaktene jobber oppsøkende og oppholder seg på steder hvor ungdom naturlig oppholder seg.

### **2.9.3 Sektor Teknisk Drift og kultur**

Tekniske tjenester jobber med folkehelse blant annet i form av drift av vannanlegg med drikkevann av god kvalitet til store deler av befolkningen, gang- og sykkelstier mot sentrumsnære områder, åpne gymsaler og skolebasseng med tilbud om folkebad samt aktivitetsskapende skolegårder.

Kultur jobber med å tilrettelegge for gode møteplasser som skaper aktivitet og trivsel. Fritidsklubbene arbeider forebyggende mot rus, vold, mobbing og rasisme. Aurskog-Høland Kulturskole har læringstilbud innenfor musikk, dans og drama og biblioteket bidrar med fokus på leseglede. Det gis støtte til frivillige lag og foreninger for å opprettholde aktivitetsnivået, samt at idrettslagene får investeringsstøtte ved opprettelse/rehabilitering av anlegg. Det legges til rette for et rikt friluftsliv gjennom kommunal støtte og informasjon (kart, fiskebok etc). Kommunens frivillighetssentral har etablert seniorsenter på flere tettsteder som

virker forebyggende mot ensomhet for målgruppen. Videre er frivillige engasjert som natteravnere med mål om å være synlige og trygge voksenpersoner for barn og unge i nærmiljøet på kveld og nattestid. Frivillighetsentralen tilbyr også deltakelse for enslige på julaften for å nevne noe.

## **2.10 Rømskog kommunes eksisterende tjenester innenfor folkehelsearbeid**

Som beskrevet under kapitlet om Aurskog-Høland mener arbeidsgruppen det er grunnlag for å si at det innenfor mange av Rømskog kommunes tjenester utføres folkehelsearbeid. Arbeidet er både i form av forebygging og helsefremming og arbeidsgruppen velger i denne utredningen å gjøre et utvalg som kun belyser de åpenbare tjenestene innenfor folkehelsearbeid. I forslag til planstrategi for Rømskog kommune foreslås å utarbeide Plan for folkehelse og frivillighet i 2013.

### **2.10.1 Tjenesteområde Helse og omsorg**

#### **Østfoldhelsa**

Rømskog kommune deltar i Østfoldhelsa som er et partnerskap med mål om å oppfylle folkehelsemålsettingene i fylkesplanen for Østfold. Kommunene i partnerskapet er selv ansvarlige for å gjennomføre folkehelsearbeidet i egen kommune, men et sekretariat fra fylkeskommunen koordinerer satsningen og bistår med rådgivning og gjennomføring av fellestiltak. Rømskog kommune har forpliktet seg til å vektlegge folkehelsearbeidet i kommunale planer via deltakelse i Østfoldhelsa, og må derfor sette av ansatte til å arbeide med dette. Østfoldhelsa har gjennom samarbeidet bidratt med ca. 100 000,- kroner årlig til Rømskog kommunes folkehelsearbeid.

#### **Kommuneoverlege og fastlege**

Rømskog kommune øker fra 1.1.13 kommuneoverlegestillingen fra 8 % til 16 %. Som beskrevet for Aurskog- Høland har kommuneoverlegen en rekke oppgaver innenfor det generelle folkehelsearbeidet, bl.a. kartlegging av kommunens folkehelse. Det samme gjelder for fastlegefunksjonen.

#### **Folkehelsekoordinator**

Assisterende helse- og omsorgsleder i Rømskog kommune har funksjonen som folkehelsekoordinator i 5 % stilling. Arbeidsoppgavene er koordinering av folkehelsearbeid på tvers av tjenestene i kommunen. Videre skal folkehelsekoordinatoren være en faglig pådriver for å få andre aktører i kommuneorganisasjonen og lokalsamfunnet til å ta et større forebyggende og helsefremmende ansvar.

#### **Helsesøster- og jordmortjeneste**

Rømskog kjøper helsesøster- og jordmortjeneste av Aurskog- Høland kommune.

Helsesøster er tilstede i Rømskog 1,5 dag per uke og har kontortid på skolen annen hver uke. Tjenesten utfører forebyggende og helsefremmende arbeid rettet mot barn, ungdom og deres foreldre på samme måte som beskrevet under kapitlet om Aurskog- Høland kommune.

Annet

Rømskog kommune tilbyr korttids- og avlastningsplasser noe som har en god forebyggende folkehelseeffekt for eldre. Videre gis det tilbud om dagsenterplasser, støttesamtaler og grupper innenfor psykisk helse. Kommunen har også driftsavtale med fysioterapeut som har hele befolkningen som målgruppe.

### **2.10.2 Tjenesteområde Barnevern**

Rømskog har etablert et månedlig tverrfaglig møte ledet av barnevernet hvor andre kommunale tjenester kan få veiledning i fht bekymring for utsatte barn anonymt, eller med samtykke fra foreldre. Denne tverrfaglige gruppen utgjør sammen med politiet SLT-gruppa (Samordningsmodell for lokale, forebyggende tiltak mot rus og kriminalitet).

### **2.10.3 Tjenesteområde Oppvekst**

Innenfor tjenesteområdet Oppvekst har man i barnehage og skole utviklet arbeidsmetoder og planverk som virker forebyggende og helsefremmende. Man har en forpliktende samarbeidsplan mot mobbing i skolen og har utviklet «hjertevekst» som er et holdningsskapende arbeid for å motvirke mobbing og psykososiale problemer.

Barnehagen på Rømskog har sammen med barnehagene i Marker et pågående prosjekt om tidlig innsats, hvor man skal jobbe systematisk for å kartlegge ulike problemer tidlig. Andre deltakere i prosjektet er PPT, helsesøster, barnevern og psykisk helse samt at prosjektet støttes av fylkesmannen i Østfold.

Rømskog kommune har egen barneskole, men elevene overføres til Bjørkelangen skole når de går over til ungdomstrinnet. Fra 8. trinn kommer derfor elevene inn under den tidligere omtalte Aurskog- Høland modellen.

Barneskolen deltar i et systematisk samarbeid med fylkeskommunen, Aurskog-Høland, Fet og Sørumsund om tett oppfølging av svakt presterende elever som risikerer å ikke mestre videregående opplæring, såkalt «ny giv».

### **2.10.4 Tjenesteområde Teknisk**

Tekniske tjenester tar ansvar for folkehelse blant annet i form av gang- og sykkelstier i sentrumsnære områder, åpen gymsal og åpent trimrom, samt tilrettelegging for aktiviteter i skolegården, og på lekeplassene. Vannkvaliteten i Rømskog er svært god både når det gjelder drikkevann og i badevannene.

### **2.10.5 Tjenesteområde Kultur**

Kultur tilrettelegger for gode møteplasser som skaper aktivitet og trivsel. Sammen med kommunene Marker og Aremark har kommunen et tre-årig Bolyst-prosjekt som arbeider spesielt med dette. Kommunens kulturskole og fritidsklubb gir gode tilbud til barn og unge. Fritidsklubben arbeider forebyggende mot rus, vold, mobbing og rasisme.

Kommunen har et høyt aktivitetsnivå innen frivillighetsarbeid, den har registrert 30 lag og foreninger. Det gis støtte til frivillige lag og foreninger for å opprettholde aktivitetsnivået. Kulturtilbudene på Kurvæn samler ofte alle generasjoner og er godt besøkt. Biblioteket bidrar til leseglede og har en høy utlånsfrekvens.

Det legges til rette for et rikt friluftsliv gjennom kommunal støtte blant annet til merking av turstier. Det er mange turstier i kommunen, og det planlegges ytterligere en kultursti.

### **2.11 Spesialisthelsetjenestens eksisterende tjenester innenfor folkehelsearbeid**

Opplæring av pasienter og pårørende er nedfelt i spesialisthelsetjenestens styringsdokumenter som en av hovedoppgavene. For å imøtekomme kravet har Helse Sør-Øst etablert lærings- og mestringssentre ved alle sine helseforetak.

Strategisk plan for Helse Sør-Øst 2009-2020 sier følgende om Lærings- og mestringssentrene: *«Et lærings- og mestringssenter (LMS) er en viktig møteplass for brukere, deres familier og fagpersonell. Sentrene tilbyr informasjon og opplæring i form av kurs og gruppe, og de er også en arena for fagutvikling for ansatte og et sted hvor fagfolk kan bli bedre til å lære fra seg.»*

Ved lærings- og mestringssenteret på Ahus tilbyr man læringstilbud/kurs til pasienter som er innlagt i sykehuset og/eller i tiden etter utskrivelse. Kursene er gjerne kortvarige med alt fra 1 til 8 møter innenfor hver kategori. Type kurs/læringstilbud som tilbys er eksempelvis kurs for brystkreftopererte, hjerteskolet, mestringkurs for sykdomsgrupper som er lite utbredt og ved kroniske smerter for å nevne noe.

### **2.12 Spesialisthelsetjenestens føringer for kommende tjenester innenfor læring og mestring/ grensesnittet til kommunene**

Etter innføring av Samhandlingsreformen har det vært noe usikkerhet knyttet til hva som blir kommunalt ansvar innenfor læring og mestring og hva som skal ivaretas av spesialisthelsetjenesten. I lovverk er spesialisthelsetjenesten bundet av veiledningsplikt overfor kommuner innenfor folkehelse. Helseforetakets ansvar innenfor læring og mestring er videre noe beskrevet i de lovpålagte samarbeidsavtalene som er inngått mellom partene. I tillegg er det fra statlig hold utarbeidet veiledningsmaterieell om mulig fordeling av oppgaver mellom sykehus og kommuner.

Skisserte oppgavefordelinger:

Lærings- og mestringstilbud i helseforetak	Lærings- og mestringstilbud i kommunen
<p>I hovedsak oppfølging av pasienter som er innlagt, eller til utredning på sykehus, samt deres pårørende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intensive, kortvarige kurs</li> <li>• henvise pasienter som trenger lengre oppfølging, til lærings- og mestringstilbud og frisklivssentraler i kommunene</li> <li>• tilby kompetanseoverføring til kommunale lærings- og mestringstilbud og frisklivstilbud i kommunen</li> </ul>	<p>Tilbud til store diagnosegrupper, som diabetes, overvekt/fedme, KOLS, angst og depresjon, muskel- og skjelettlidelser, rusproblematikk og tilstander som smerte og stress samt deres pårørende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kurs i å mestre egen sykdom/tilstand</li> <li>• tilbud der folk bor og lever – kan knyttes opp mot daglig aktivitet og nettverk</li> <li>• oppfølging som kan gå over lenger tid enn i Helseforetakets lærings- og mestringstilbud</li> <li>• samarbeid med frivillige organisasjoner for varige brukernettverk</li> <li>• samarbeid med frisklivssentraler om praktisk hjelp til å endre levevaner</li> </ul>

Dersom spesialisthelsetjenesten reduserer sitt lærings- og mestringstilbud innenfor diagnosegrupper som eksempelvis diabetes, hjerte og ulike former for kreft vil det kunne gi kommunene utfordringer i forhold til å etablere tilsvarende tilbud til sine innbyggere. Lærings- og mestringstilbudet som gis i spesialisthelsetjenesten i dag er noe preget av spesialisering innen sjeldne diagnosegrupper som det vil være krevende for kommuner å erstatte. Kommunale lærings- og mestringstilbud vil trolig i stor grad preges av generalistkompetanse som er tilpasset de store diagnosegruppene og deres felles utfordringer.

### 2.13 Arbeidsgruppens forslag til tiltak for bedring av folkehelsen i Aurskog-Høland kommune

Kommunebarometeret for Aurskog-Høland kommune i 2012, utført av Kommunal Rapport, kan muligens si noe om kommunes pengebruk innenfor ulike tjenester og videre danne et bilde av hvilke tjenester kommunen har prioritert over tid. Rapporten påpeker at kommunen har lave utgifter til forebyggende tjenester og at utgifter til tiltak for barn og unge er redusert fra tidligere. Videre er andelen av budsjettet som går til kultur lav, mens tilskudd til lag og idrett er bra. Dekning av sykehjemstjenester beskrives som god, mens dekningsgraden av psykiatriske sykepleiere er dårligere enn sammenlignbare kommuner og dekningsgraden av helsesøstre er midt på treet. Arbeidsgruppen vurderer at rapporten sammenfaller med den utredning som er utført i dette prosjektet. På bakgrunn av utredningen om folkehelseutfordringer og utsatte grupper av befolkningen vurderer arbeidsgruppen at det er grunnlag for å forslå en dreining av innsats i ulike tjenester fra reparasjon til forebygging og helsefremming. Videre vurderer arbeidsgruppen at det i ulike sektorer og i de enkelte

tjenester er utviklet og implementert gode tiltak innenfor forebygging og helsefremming som det er grunnlag for å bygge videre på. Forslag til nye tiltak som fremmes av arbeidsgruppen er faglige råd og vinklinger uten fullstendige økonomiske vurderinger. Anbefalingene har målsetting om å sikre ressurseffektive og robuste tjenester som er faglig forsvarlige, samt er i tråd med statlige anbefalinger.

### **2.13.1 Fallforebygging**

Som tidligere beskrevet har Aurskog-Høland kommune tilsynelatende god dekning av sykehjemsplasser, både for korttids- og langtidsopphold, som er positivt for brukere som av ulike grunner har fått redusert sitt funksjonsnivå og derfor trenger et høyere omsorgsnivå for kort eller lang periode. Men arbeidsgruppen vil påpeke at med en dreining av tjenesten til forebygging ville man i større grad kunne forhindre at skade eller sykdom får oppstå og utvikle seg. Av konkrete tiltak for denne brukergruppen foreslår arbeidsgruppen blant annet å videreutvikle og forbedre det eksisterende tiltaket om oppsøkende virksomhet til eldre over 83 år. Etter arbeidsgruppens skjønn vil det være hensiktsmessig å involvere flere yrkesgrupper og endre innholdet i den oppsøkende virksomheten for å øke kvaliteten på den tjenesten som tilbys. Per i dag utføres besøkene kun av en sykepleier fra hvert distrikt i hjemmesykepleien, og tilbudet er i stor grad preget av å gi informasjon om tilbud og kartlegging av eventuelle hjelpebehov. Det optimale ville vært å danne en tverrfaglig ressursgruppe av sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut for utføring av dette tilbudet. Innholdet i tilbudet bør, i tillegg til økt opplysningsvirksomhet, blant annet inneholde aktiviseringstiltak som er direkte rettet mot fallforebygging. I forlengelse av forslaget henviser arbeidsgruppen til en tidligere prosjektgruppe nedsatt av kommuneoverlegen, som har fremmet forslag til tiltak for oppstart av fallforebyggende trening til den eldre befolkningen i kommunen. Rapporten: «Når vi blir gamle så faller vi ned?» ligger vedlagt denne rapport til den politiske behandlingen.

### **2.13.2 Dropout fra videregående skole**

Sektor for oppvekst og utdanning har som tidligere nevnt utviklet modeller og tiltak rettet mot utsatte grupper av barn og deres familier i befolkningen. Arbeidsgruppen vurderer at de tiltak som er iverksatt, i økt grad implementeres hos ansatte i alle kommunens sektorer og at virkningen er etter intensjonen. I tillegg utvikles det fortløpende tiltak i sektoren som skal motvirke frafall i utdanningsløpet. Arbeidsgruppen stiller seg bak eksisterende tiltak som er utarbeidet i sektor for oppvekst og utdanning, men påpeker at tiltak i økende grad bør ha tverrfaglig innhold. Blant annet har man pekt på behov for økt involvering av fastlege og helsesøster i saker som omhandler barns fysiske og psykiske helse, eksempelvis ved mye fravær fra skole. Videre påpekes det at metoden for modellkommunen i liten grad har tiltak rettet mot foreldrene til barna «man undrer seg på» og at det også her er behov for økt tverrfaglighet for å utvikle tiltak.

### 2.13.3 Lærings- og mestringstilbud

Ved innføring av Samhandlingsreformen og innføring av nytt lovverk, har kommunene fått insentiver til å etablere helsefremmende og forebyggende tilbud for befolkningen. Lærings- og mestringstilbud i kommunen vurderes som et godt tilbud for å sikre tidligere intervensjon mot sykdomsutvikling, en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt, og sikring av at brukere over tid og gjennom tettere oppfølging i sitt nærmiljø får mulighet til å tilegne seg verktøy for å håndtere hverdagen på en bedre måte.

Et lærings- og mestringstilbud skal etablere møteplasser for helsepersonell, erfarne brukere, pasienter og deres pårørende. Hovedarbeidsoppgave er å gi pasienter, brukere og pårørende den informasjon, kunnskap og bistand de trenger for å håndtere langvarig sykdom og helseforandringer -og med det få økt evne til å mestre livet med sykdom. Innsikt i egen sykdomssituasjon og økt mestring i hverdagen kan hindre innleggelse i sykehus.

Tidligere har læring blitt etablert i spesialisthelsetjenesten, hvor man har hatt oppfølging av brukergrupper med alvorlige og kompliserte lidelser. Men med hjemmel i nytt helselovverk og ny folkehelselov har kommunen nå plikt til å utvikle tilbud for å: "sikre tidlig intervensjon mot sykdomsutvikling, en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt, og sikre at brukere over tid og gjennom tettere oppfølging i sitt nærmiljø får mulighet til å tilegne seg verktøy for å håndtere hverdagen på en bedre måte".

På bakgrunn av utredningen av folkehelseutfordringer i Aurskog-Høland kommune, og identifiseringen av utsatte grupper av befolkningen, mener arbeidsgruppen det er grunnlag for å foreslå at det etableres lærings- og mestringstjenester i kommunen. Utredningen har pekt på dominerende folkehelseutfordringer innen kronikergrupper som KOLS, hjerte- og karsykdom, diabetes, psykiske lidelser og overvekt. Alle de nevnte kategoriene vil kunne nyttiggjøre seg helsefremmende tilbud innen lærings og mestring.

Tabellen under viser forslag til aktuelle lærings- og mestringstilbud som foreslås etablert på bakgrunn av den utredningen som er utført.

<b>Diagnose</b>	<b>Forslag til kurs/aktivitet</b>
KOLS og andre lungelidelser	Mestringskurs om sykdomstegn
Hjerte – og lunge	Hjerteskole med veiledning i trening
Overvekt/fedme	Gruppetrening og kostveiledning
Depresjon	Kid- kurs (kurs i depresjonsmestring)

Per i dag har ikke kommunen kurstilbud innenfor de foreslåtte områdene, men på bakgrunn av en prosjektrapport ved navn «GLAD» om overvekt og fedme blant barn i Aurskog- Høland har man innenfor den økonomiske rammen i 2013 kunnet iverksette deler av forslagene som er fremmet i rapporten. Nevnte rapport er vedlagt i den politiske behandlingen.

Arbeidsgruppen vurderer at etablering av et eget lærings- og mestringssenter i lokaler ved et eventuelt nytt Lokalmedisinsk senter på Bjørkelangen vil være den mest hensiktsmessige organiseringen og plasseringen av denne tjenesten. Man ser lærings- og mestringstjenester



som en viktig del av kommende kommunale oppgaver for å møte krav gitt av Samhandlingsreformen om å forebygge mer, bidra til helsefremming og å gi tjenester nærmere der hvor brukere bor.

Som en forlengelse av forslaget om å etablere et lærings- og mestringssenter foreslår arbeidsgruppen at fysio- og ergoterapitjenesten flyttes fra sine lokaler på Aurskog sykehjem til et eventuelt nytt Lokalmedisinsk senter på Bjørkelangen. Etter arbeidsgruppens skjønn bør denne tjenesten knyttes opp mot de lærings- og mestringstilbud som foreslås etablert og av den grunn ha lokaler i samme bygg eller i geografisk nærhet til tjenesten.

#### **2.13.4 Forslag til bemanning av lærings- og mestringstjenester**

Arbeidsgruppen vurderer at det må tilføres nye ressurser og ny kompetanse for oppstart av lærings- og mestringstilbud i Aurskog-Høland kommune. Det forslås at det ansettes en fagperson med relevant høyskoleutdanning som har ansvar for den daglige driften av lærings- og mestringstilbudet. Videre vurderer arbeidsgruppen at kommunen bør ansatte egen klinisk ernæringsfysiolog som kan legge til rette for og motivere til gode kostvaner i befolkningen. Forslaget bygger på en forståelse av at helseutfordringer knyttet til feilernæring, overvekt eller underernæring kan føre til betydelige økonomiske kostnader for kommunen på kort og lang sikt. Å investere i ernæringskompetanse ansees som et tiltak for primær, sekundær og tertiærforebygging. Kompetansen kan bidra til at det blir lettere for brukere av lærings- og mestringstjenesten spesielt, og innbyggere generelt, å velge sunn mat. Stillingen vil kunne imøtekomme statlige anbefalinger innen ernæring på et overordnet nivå, i tillegg til å jobbe inn mot konkrete grupper av befolkningen samt gi individuell kostveiledning for kommunens innbyggere.

Statlige anbefalinger sier at det bør etableres minst ett årsverk for klinisk ernæringsfysiolog per 10 000 innbygger. Videre anbefales det at klinisk ernæringsfysiolog bør inngå i grunnbemanning ved lokalmedisinske senter som betjener 20 000 innbyggere eller mer. Arbeidsgruppens forslag er dermed i tråd med statlige føringer på området.

#### **2.13.5 Frisklivssentral**

Arbeidsgruppen vurderer på bakgrunn av de funn som er gjort i utredningsarbeidet at dagens Partnerskap for folkehelse og Fysak i Aurskog- Høland kommune bør videreutvikles og styrkes. Konkret forslås det å opprette en Frisklivssentral, som sammenfaller med Helsedirektoratets anbefaling, og at denne avløser dagens Fysak. Videre vil det være hensiktsmessig at de ulike tiltak som er iverksatt av Partnerskap for folkehelse blir overført til den foreslåtte Frisklivssentralen. En frisklivssentral og kommunale lærings- og mestringstilbud henger nært sammen i forhold til innhold og målgrupper og kan derfor med fordel samarbeide på flere områder. Men de har ulikt hovedfokus og kan derfor ikke erstatte hverandre. Frisklivssentraler har som hovedoppgave å forebygge negativ helseutvikling, og med det forhindre at sykdom eller skade oppstår. Mens lærings- og mestringstilbud er i større grad preget av helsefremming til den del av befolkningen som allerede har utviklet

helseproblemer eller sykdom. Etter arbeidsgruppens vurdering vil åpenbare oppgaver for en frisklivssentral i Aurskog- Høland kommune være:

- å gi tilbud om hjelp til endring av levevaner (eks. røykeslutt-kurs)
- tilby individuelle motivasjonssamtaler
- organisere gruppetilbud på tvers av diagnoser – uten sykdomsfokus
- samarbeid med frivillige organisasjoner og private aktører om nettverk og varige aktivitetstilbud

Arbeidsgruppen vurderer at det vil være mest hensiktsmessig at Frisklivssentralen plasseres på Bjørkelangen. Kommunesentrum ansees som mest hensiktsmessige plassering blant annet for de innbyggerne som er avhengig av kollektivtransport for deltakelse. Videre vurderer arbeidsgruppen at det vil være en fordel at frisklivssentralen organiseres i annen tjeneste enn dagens Fysak som er plassert i psykisk helse. Man har erfaring fra fagfeltet på at personer som kunne nytt godt av ulike tilbud gjennom Fysak ikke deltar, fordi det oppleves som stigmatiserende at tilbudet er organisert i psykisk helse.

#### **2.13.6 Folkehelsekoordinator**

Arbeidsgruppen foreslår videre at Aurskog-Høland kommune ansetter en egen folkehelsekoordinator og knytter denne til den foreslåtte Frisklivssentralen. Konkrete arbeidsoppgaver for en folkehelsekoordinator vurderes å være koordinering av folkehelsearbeid på tvers av avdelinger og sektorer i egen kommune, samt være en faglig pådriver for å få andre aktører i kommuneorganisasjonen og kommunesamfunnet til å ta et større forebyggende og helsefremmende ansvar. Etter arbeidsgruppens vurdering ligger den største kraften i folkehelsearbeidet i å få de ordinære yrkesgruppene i kommunen til å bli flinkere til å utføre det operative folkehelsearbeidet, samt å bedre kvaliteten på sin tjenesteyting til befolkningen. En av kjerneoppgavene for folkehelsekoordinatoren vil derfor være å fungere som pådriver og ressurs for andre tjenester og aktører. Koordinatoren bør i stor grad tenke strategisk og overordnet og bidra til at kommunen ser sitt folkehelsearbeid i en helhet.

Erfaring fra andre kommuner som har ansatt egen folkehelsekoordinator viser at det er viktig med god politisk og planmessig forankring av folkehelsearbeidet for å sikre langsiktige og helhetlige tiltak. Funksjonen som folkehelsekoordinator bør derfor være sentralt administrativt forankret og ha nærhet til det politiske nivået. I tillegg til at vedkommende må delta i kommunes planarbeid på tvers av sektorer.

Det er ikke lovpålagt å ha egen folkehelsekoordinator, men pr i dag har ca. 60 % av landets kommuner opprettet egne stillinger for funksjonen. Helsedirektoratet anbefaler alle landets kommuner å ansette egen folkehelsekoordinator, enten i egen regi, eller som interkommunalt samarbeid. Arbeidsgruppens forslag er dermed i tråd med nasjonale føringer.

### **2.13.7 Samarbeid med lag og foreninger og private aktører**

Som tidligere nevnt skapes helse på alle arenaer hvor mennesker lever og virker, og ikke på det enkelte legekantor eller helsestasjon. Skal folkehelsearbeidet være effektivt må det utøves i alle samfunnssektorer og i felles innsats på tvers av sektorene og andre private aktører i lokalsamfunnet.

Arbeidsgruppen vurderer at det vil være positivt om kommunen i større grad enn i dag stimulerer og oppmuntrer lag og foreninger og private aktører slik at de kan styrkes i sitt arbeid med å utvikle gode og trygge møteplasser der hvor folk naturlig oppholder seg. Økonomisk tilskudd til idrettslag kan være med på å redusere deltakeravgift -som igjen kan gjøre det mulig for familier med lave inntekter å la barna delta på treninger. Videre kan samarbeidet mellom kommune og lag og foreninger i større grad preges av forpliktelser enn i dag. Ved at det gis økonomisk støtte fra kommunes side kan det ligge en forpliktelse hos mottaker om å jobbe målrettet for å skape gode sosiale arenaer for medlemmer og andre som bruker tilbudene. Videre kan kommunen eksempelvis tilby kurs og/eller veiledning via sine fagpersoner til idrettslag som opplever at de har vansker med å inkludere alle i det sosiale miljøet rundt sine aktiviteter. Kommunen kan på den måten, i samarbeid med andre aktører i lokalsamfunnet, bidra til at det rigges systemer hvor folk trives og livsgleden økes – som igjen kan bidra til bedre folkehelse for utsatte grupper i befolkningen.

Arbeidsgruppen vurderer at eksisterende nærmiljøanlegg på ulike plasser i kommunen er gode og positive bidrag til aktivitetstilbud og sosiale arenaer, og at etablering av flere slike vil være positivt for folkehelsen. Nærmiljøanlegg som er etablert med spillemidler, f.eks. ballbinger, skal ikke brukes til arrangerte konkurranser og kan for mange barn og unge være et godt alternativ for de som vil være i aktivitet, men trenger mindre krav til prestasjon for å delta. Videre kan godt tilrettelagte lekeplasser i nærmiljøet være en fin møtearena for fysisk aktivitet og nettverksbygging. Ulike vel, FAU ved skoler og SU i barnehager kan med fordel samarbeide med kommunen om å skape disse områdene.

### **2.14 Arbeidsgruppens forslag til nye tiltak for bedring av folkehelsen i Rømskog kommune**

Innbyggerundersøkelsen og Østfoldhelsas helseundersøkelse som ble gjennomført i 2012 viste at det store flertall av innbyggerne opplever egen helse som meget god, og at de opplever trivsel og trygghet i nærmiljøet. Tilrettelegging for friluftsliv, oppvekstmiljø for barn og unge, naboskap og sosialt fellesskap gis svært høy score. Tilrettelegging for fotgjengere og syklistar gis lav score. Dette er områder kommunen bør satse på gjennom bygging av gang- og sykkelveier.

Etter arbeidsgruppens vurdering vil det være hensiktsmessig for Rømskog kommune å knytte seg til de lærings- og mestringstilbud og den frisklivssentralen som er foreslått etablert i Aurskog-Høland kommune. Vurderingen bygger på realiteten av det lave innbyggertallet i Rømskog som vurderes for lavt til at kommunen kan etablere disse tjenestene i egen regi. Men utredningen har vist at det er utsatte grupper i befolkningen i Rømskog som kan nyttiggjøre seg tilbud innenfor læring, mestring og friskliv.

Arbeidsgruppen påpeker viktigheten av at Rømskog kommune parallelt med det interkommunale samarbeidet med Aurskog-Høland kommune utvikler egne folkehelse tiltak som for eksempel:

- Fallforebyggende kurs for eldre
- Oppsøkende virksomhet til eldre over 75 år uten kommunale tjenester
- Styrke samarbeidet med oppfølgingstjenesten i Akershus for å kvalitetssikre at kommunen fanger opp drop-outs fra videregående skole.

Det er vedtatt utarbeidelse av en plan for folkehelse og frivillighet i Rømskog kommune og denne vil kunne gi et godt grunnlag for utvikling av folkehelse tiltak.

### 3 LOKALMEDISINSK SENTER

Begrepet lokalmedisinsk senter brukes om kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter, eller istedenfor innleggelse i sykehus. Noen steder kalles slike virksomheter distriktsmedisinske sentre.

Noen kjennetegn ved et godt lokalmedisinsk senter er at det:

- tilbyr helhetlige og integrerte tjenester før, istedenfor og etter spesialisthelsetjenester, basert på sammenhengende pasientforløp
- legger stor vekt på egenmestring og tidlig intervensjon. Det inkluderer rehabilitering og lærings- og mestringstilbud
- legger vekt på tverrfaglig tilnærming
- inkluderer habiliterings- og rehabiliteringstjenester, tjenester til barn og unge, tjenester til personer med kroniske lidelser, tjenester til personer med kognitiv svikt.

#### 3.1 Legevakt og øyeblikkelig hjelp døgnoophold

*Fra mandatet: «Arbeidsgruppen skal identifisere og analysere pasientgrupper som benytter tjenester som defineres som akuttmedisinske, herunder legevakt og døgntilbud innen øyeblikkelig hjelp. Dagens organisering av legevakt for innbyggerne i Aurskog-Høland kommune og Rømskog kommune samt pasientgruppene omfang skal utredes i tråd med samhandlingsreformens intensjon om å redusere antall uhensiktsmessige innleggelser.»*

#### 3.2 Legevakt

I henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 plikter kommunen å tilby hjelp ved ulykker eller andre akutte situasjoner i form av legevakt og medisinsk nødmeldetjeneste. Krav til legevakt er hjemlet i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i kapittel 3. § 11 og 12 regulerer kommunes ansvar for en faglig forsvarlig legevakt gjennom døgnet. Kommunal legevakt skal omfatte både somatisk og psykisk helsehjelp. Kommunen skal ha en organisert virksomhet som sikrer ivaretagelse av øyeblikkelig hjelp hele døgnet. Kommunen kan gjennom avtale forplikte fastlegene til å delta i organisert legevakt utenom kontortid og i kommunens organiserte øyeblikkelig hjelp på dagtid.

Helsedirektoratet definerer øyeblikkelig hjelp på følgende måte:

*En pasient trenger øyeblikkelig hjelp hvis vedkommende er i en tilstand eller situasjon der utredning eller behandling er påtrengende nødvendig. Tilstanden behøver ikke være kritisk eller livstruende, men pasienten har behov for utredning eller behandling uten unødvendig venting.*

Legevaksordningen skal bestå av et fast legevaktnummer, legevaktsentral og lege i vaktberedskap. Kommunal legevakt er en integrert del av allmennlegetjenesten og utgjør sammen med medisinsk nødmeldetjeneste og ambulansetjenesten den akuttmedisinske

kjeden av tjenester utenfor sykehus. Legevaktens tjenester kan derfor ikke sees isolert fra fastlegeordningen og andre tjenester.

### **3.2.1 Utredning av organisering og drift av Aurskog-Høland og Rømskog legevakt**

Aurskog-Høland og Rømskog legevakt er en interkommunal legevakt drevet etter vertskommunemodellen, hvor Aurskog-Høland kommune er vertskommune. Legevakten er fysisk plassert i Trandumveien 8 på Bjørkelangen i lokaler kommunen leier av Oslo Universitetssykehus. Lokalene inneholder; venteværelse, operatørrrom/hvilerom, legekontor, akuttstue og soverom for lege.

Legevakten ble frem til 1.1.12 drevet av ambulansetjenesten på kontrakt, men ble overført til Aurskog-Høland kommune fra samme dato og er organisatorisk plassert under sektor for Helse og rehabilitering. Daglig leder for legevakten har ansvar for den daglige driften, mens medisinske ledelse er delegert til kommuneoverlegen i Aurskog-Høland kommune.

Legevaktsentralen er bemannet 24/7/365 av autorisert helsepersonell (sykepleiere, ambulansearbeidere og hjelpepleiere) med en person på vakt. Legevaktsoperatørene jobber 2 skift med hvilende vakt om natten og har i turnusen også døgnvakter.

Det er ikke organisert egen daglegevakt i Aurskog-Høland og Rømskog. Ved behov for øyeblikkelig hjelp dekkes det av fastleger i perioden 0800-1500 på hverdager. Ved hvert legekontor er det utplassert Nødnettsradio, slik at henvendelser om øyeblikkelig hjelp fra legevaktsentral eller AMK-sentral formidles uten forsinkelser. Lege som rykker ut på dagtid er derved tilgjengelig på nødnettet og følger en naturlig del av den akuttmedisinske kjeden ved alvorlige hendelser i kommunen på dagtid.

Utover ordinært legevaksarbeid har legevakten følgende arbeidsoppgaver:

- Mottak av offentlig og private trygghetsalarmer i Aurskog-Høland kommune
- Er meldingshode for kriseteamet i Aurskog-Høland kommune og Rømskog kommune
- Telefonsentral for hjemmesykepleien i Aurskog-Høland kommune når kontorene ikke er bemannet (kveld, natt og helg)
- Er en del av Aurskog-Høland og Rømskog kommuners kriseberedskap.

### **3.2.2 Legedekning**

I Aurskog-Høland kommune er det 12 fastlegehjemler, og Rømskog kommune har en avtalehjemmel for allmennlege med legekontor som er åpent to dager pr. uke. I tillegg har Bjørkelangen medisinske senter én turnuslege i arbeid til en hver tid. Alle kommunens leger har rett og plikt til å delta i legevaksarbeid, men det er anledning til å søke fritak fra legevaksarbeid ihht hovedavtalens § 2.2.3. Landsgjennomsnittet viser at kun 47- 48 % av fastlegene deltar i legevaksarbeid. I Aurskog-Høland og Rømskog kommuner er ca. 85 % av vaktene ved legevakten dekket av kommunenes fastleger. I tillegg opplyses det om at 9 av disse i tillegg bor i vaktområdet og av den grunn har stor lokalkunnskap. Resterende vakter dekkes av 2-4 faste vikarer. I sum bidrar dette etter arbeidsgruppens skjønn til en robust og forutsigbar legevaktstjeneste.

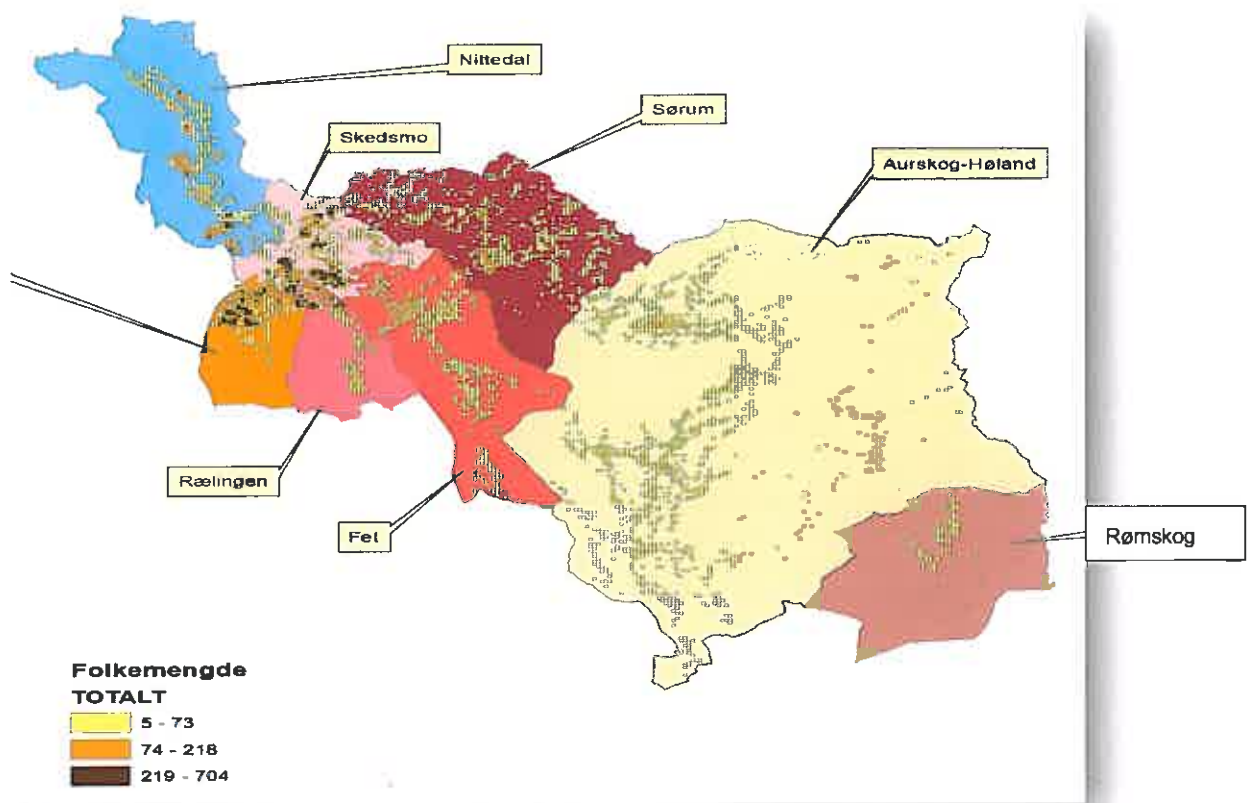
Vakttider for lege i vakt:

Hverdager	15:00-08:00
Fredag	15:00-09:00
Lørdag	09:00-09:00
Søndag	09:00-08:00
Helligdager	09:00-09:00
Romjula	12:00-08:00

Legene blir betalt for beredskap frem til kl. 23:00. Fra 23:00-08:00 har de betalt for å være tilstedeværende på legevakten, og alle inntekter fra konsultasjoner innenfor dette tidsrommet tilfaller kommunen.

### **3.2.3 Geografi og befolkningstetthet**

Legevakten dekker et geografisk område på til sammen 11 144.81 kvadratkilometer med en befolkning på i underkant 16 000. Aurskog-Høland kommune er geografisk den største kommunen i Akershus fylke, og har sammen med Rømskog kommune lenger avstand til sykehus enn andre kommuner på Nedre Romerike. Bebyggelsen i Aurskog-Høland og Rømskog kommuner er i tillegg spredt og det gir, på tross av egen legevaktsordning, relativt store avtastander for enkelte innbyggere ved oppsøking av legevakt. Også ved hjemmebesøk utført av legevakten opplyses det at store geografiske avstander krever mye ressurser i form av tid til transport. Eksempelvis er kjøreavstanden fra Trandumveien 8 til Ydersbond ca. 35 km, til Trytjennedalen i Rømskog er det ca. 38 km og Nordre Mangen ligger ca. 26 km fra legevakten på Bjørkelangen.



Gjennom Samhandlingsreformen generelt, og ny fastlegeforskrift spesielt, belyses viktigheten av at fastleger skal tilby sykebesøk til pasienter som trenger helsehjelp og ikke selv kan møte hos legen. Utredningen av dagens legevaktsordning i Aurskog-Høland og Rømskog kommuner viser at det utføres i underkant av 400 sykebesøk av legevaktslegene årlig, og at antall sykebesøk de siste år har vært noe økende. I følge nasjonal statistikk for legevakter i 2011, utført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, har andelen sykebesøk på landbasis de siste år vært synkende. I 2011 ble kun 3,8 % av alle konsultasjoner i legevakt utført som sykebesøk. For Aurskog-Høland og Rømskog kommuners legevakt er andelen av utførte sykebesøk økt fra 5,8 % i 2010 og 2011 mot 6,5 % så langt i 2012. Dette er i samsvar med nasjonale undersøkelser som viser at det er vaktleger i utkantkommuner som oftest kjører i sykebesøk. Arbeidsgruppen vurderer at økning av sykebesøk i regi av legevakten er i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner om å gi tjenester nærmere der hvor innbyggerne bor. I tillegg mener arbeidsgruppen at det er positivt for ambulansetjenestens beredskap når lege kjører ut på sykebesøk i stedet for å rekvirere ambulanse for å frakte pasienten. Og ikke minst oppleves det som positivt for den enkelte pasient å få sykebesøk av lege og med det bli spart for u hensiktsmessig flytting ved visse sykdomstilstander.



### 3.3 Pasientgrupper som defineres som akuttmedisinske og deres omfang

Statistikk fra legekonsultasjoner ved legevakten i 2011 viser at følgende diagnoser oftest er bakgrunn for at befolkningen oppsøker legevakten:

Diagnose	Antall
Akutt øvre luftveisinfeksjon	459
Cystitt/urinveisinfeksjon	338
Hoste	273
Abdominal smerter/krampe generell	259
Lungebetennelse	218
Sårskade hud dyp	164
Feber	160
Infeksiøs konjunktivitt	147
Akutt bronkitt/bronkiolitt	147
Bihulebetennelse	126
Mellomørebetennelse akutt	121
Astma aktivitetsutløst	106
Luftveisinfeksjon IKA	104
Skrubbsår/blemmer	101
Streptokokkhals	98

Tallene viser at legevaktsarbeidet i stor grad domineres av pasienter med akutte luftveisinfeksjoner. Dette er enkle tilstander som svært sjelden trenger innleggelse, og som oftest kunne håndteres av fastlege på dagtid. De tilstander som krever sykehusinnleggelse kommer langt ned på statistikken og er derfor ikke vist i tabellen.

#### 3.3.1 Innleggelser i sykehus for øyeblikkelig hjelp

Samhandlingsreformen beskriver at kommunene skal kunne unngå 20 % av dagens innleggelser i sykehus. Man omtaler deler av innleggelser som uhensiktsmessige for pasientene og gir et nytt sett av virkemidler som skal stimulere kommunene til å bygge opp tjenester slik at antall innleggelser i sykehus reduseres.

Anders Grimsmo, professor ved Institutt for samfunnsmedisin har forsket på hovedstrømmer av innleggelser i sykehus på landsbasis. Han har konkludert med at bare 40 % av innleggelser i sykehus kommer fra fastlege eller legevaktslege, hvorav 70- 80 % av disse innleggelsene utføres av legevaktsleger. De resterende 60 % legges inn i sykehus av spesialisthelsetjenesten selv, via polikliniske konsultasjoner. Videre har hans studier vist at årsaker til innleggelse oppgitt av lege i mottakelsen i 36 % av tilfellene skyldes forverring av kjent lidelse hos pasienten. I tillegg påpeker han at 21 % av pasientene som legges inn i sykehus har tjenester som hjemmesykepleie eller sykehjemsplass og derfor kjent for kommunen fra før. Grimsmos forskning konkluderer med at hver femte innleggelse i sykehus kunne vært unngått hvis det fantes alternativer som akutt plasser, observasjonsplasser osv. i kommunene, og disse funnene er i stor grad de man baserer seg på i Samhandlingsreformen. I tillegg har Grimsmo foretatt analyser på reinnleggelser på nasjonalt nivå hvor funnene tilsier at 12 % av alle pasienter reinnlegges innen en måned etter

utskrivning fra sykehus. Undersøkelsen beskriver at reinnleggelsene i stor grad skyldes manglende kvalitet og tilbud i den kommunale tjenesten etter at pasienter skrives ut fra sykehuset.

Konkrete pasientgrupper som i følge nasjonale undersøkelser dominerer i kategorien som omtales som uhensiktsmessige innleggelser, er pasienter med kjente lidelser som f.eks. KOLS med behov for antibiotikabehandling eller annen justering av medikamenter, pasienter med kjent kronisk smerteproblematikk som trenger observasjon og/eller smertelindring, diabetesbehandling med flere.

### 3.3.2 Kartlegging av innleggelser for øyeblikkelig hjelp

Arbeidsgruppen utførte en kartlegging av innleggelser for øyeblikkelig hjelp fra fastleger og legevakt i perioden 01.09.12 – 30.09.12. Kartleggingen gir ett inntrykk av omfang på innleggelser og hvilke pasientgrupper som i hovedsak legges inn i spesialisthelsetjenesten fra Aurskog-Høland og Rømskog kommuner. Innleggende lege har registrert innleggelsesdiagnose og vurdert om pasienten kunne fått et forsvarlig tilbud i kommunalt øyeblikkelig hjelpstilbud (ØHD), dersom dette var etablert. Samtlige innleggelser for øyeblikkelig hjelp er registrert i perioden og det gir et høyere tall enn om man hadde valgt å kun registre de medisinske diagnosene som er aktuelle for kommunalt ØHD. En forenklet oversikt over innleggelser i perioden er gjengitt i tabellen under:

Innleggende instans	Antall	Uhensiktsmessig innleggelse som kunne vært på ØHD
Legevakt	25	3-4
Fastlege	10	2

Resultatet av kartleggingen viser at det i september 2012 ble innlagt 35 pasienter for øyeblikkelig hjelp fra Aurskog-Høland og Rømskog kommuner. Av disse vurderer innleggende lege at det ved en eventuell etablering av kommunalt ØHD kunne vært unngått 5-6 uhensiktsmessige innleggelser i sykehus.

Parallelt med kartleggingen fra legevakt og fastleger, foretok også ambulansetjenesten en tilsvarende kartlegging av deres innleggelser fra Aurskog-Høland, Rømskog og deler av Fet og Sørums kommuner. Av 65 innleggelser for øyeblikkelig hjelp vurderer ambulansetjenesten at så mange som 26 kunne klassifiseres under kategorien uhensiktsmessig innleggelse.

I sum vurderer arbeidsgruppen at resultatet av kartleggingen viser at ved en eventuell etablering av kommunalt ØHD kan man forhindre innleggelser for øyeblikkelig hjelp i sykehus.

### 3.3.3 Pasientgrupper med behov for øyeblikkelig hjelp innleggelser

For å identifisere diagnosegrupper fra Aurskog-Høland og Rømskog kommuner, med behov for øyeblikkelig hjelp innleggelser, har arbeidsgruppen benyttet tilgjengelig statistikk og beskrevet egne erfaringer fra praksis. Videre har man tatt utgangspunkt i de innleggelsene som er beskrevet som uhensiktsmessige i Samhandlingsreformen. Statistikk er blant annet hentet fra folkehelseprofiler utarbeidet av Folkehelseinstituttet. Disse gir et bilde av helsetilstanden i den enkelte kommune ved hjelp av data fra kommunehelse statistikkbank om befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Livsstilssykdommer er pekt ut som en viktig folkehelseutfordring og legemiddelbruk, sykehusinnleggelser og/eller dødelighet kan belyse forekomsten av livsstilssykdommer i en kommune.

Tabellen under viser utvikling av antall personer som bruker legemidler innenfor KOLS og astma med utvikling over år i Aurskog- Høland og Rømskog kommuner.

Diagnose	2005	2008	2010
KOLS/astma	1 623	1743	1792

Tallene tilsier at det er en gradvis økning av den voksne befolkningen i de to kommunene som får diagnosen KOLS og astma og som benytter medikamenter som behandling av dette. Folkehelseprofilen viser videre at antall innbyggere i Aurskog- Høland med lungelidelser pr 1000 innbygger er den høyeste i Akershus. Tallene som er gjengitt i tabellen skyldes ikke bare en økning i innbyggertallet, men viser også en tydelig økning per 1000 innbygger.

Registreringer av innleggelser basert på konkrete diagnosegrupper er ikke tilgjengelig for andre år enn 2011, men registreringen fra dette året viser at 58 personer fra Aurskog- Høland kommune ble innlagt sykehus med KOLS. Når man legger til at nasjonale undersøkelser har vist at så mange som 26 % av alle KOLS- pasienter blir reinnlagt i løpet av en måned etter utskrivning fra sykehus, vurderer arbeidsgruppen at det er grunnlag for å si at det innenfor denne pasientgruppen er hensiktsmessig å bygge opp kommunale tjenester som kan forhindre innleggelser i sykehus.

I tillegg har arbeidsgruppens medlemmer erfaring med at det innlegges pasienter i sykehus for øyeblikkelig hjelp med eksempelvis urinveisinfeksjon, forstoppelse, smerteproblematikk, fall uten mistanke om brudd og for intravenøs behandling. Det er ikke tilgjengelig statistikk for omfanget av disse innleggelsene, men det påpekes at disse pasientkategoriene i Samhandlingsreformen er beskrevet som mulige uhensiktsmessige innleggelser.

### 3.4 Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

Et sentralt mål i samhandlingsreformen er å bedre pasientforløp og å gi tjenester nærmere der pasienten bor. Et av tiltakene er å utvide kommunens plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i form av pålegg om opprettelse av døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i kommunen innen 1.1.2016. Tilbudet som etableres skal være bedre eller like godt som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det nye tilbudet skal redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

I Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-5 pålegges kommunen et utvidet ansvar for øyeblikkelig hjelp. Loven sier: «Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter. Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter første ledd inntreffer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide. Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til».

Pasienter kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til, vil i følge veilederen i hovedsak være pasienter med kjente sykdommer, som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling. Forut for innleggelse skal pasienten være tilsett av lege. Aktuelle pasientgrupper kan være pasienter med akutt forverring av en kjent tilstand på grunn av forhold som infeksjon, dehydrering eller ernæringssvikt, og hvor kjent utløsende årsak er avklart. Tilbudet kan også gjelde for pasienter med behov for observasjon og behandling i institusjon. Et eksempel kan være fall uten brudd, feber, vannlatingsbesvær, diare eller obstipasjon. En siste pasientgruppe som beskrives som mulig bruker av ØHD er pasientgrupper som trenger medikamentjustering ved for eksempel kjent kronisk smerteproblematikk eller ved palliativ og/eller terminal omsorg. Forutsetningen for at alle pasientkategoriene kan ivaretas i kommunalt ØHD er at diagnosen er avklart og at pasienten har et funksjonsnivå som kommunen er i stand til å behandle. I tillegg skal risikoen for akutt forverring under oppholdet vurderes som lav.

Pasientgrupper som ikke er aktuelle for kommunalt ØHD er pasienter med akutt funksjonssvikt hvor det kan være vanskelig å finne årsaksforhold og hvor det er fare for rask forverring. Traumer med uavklart alvorlighetsgrad og pasienter med definerte forløp, som for eksempel hjerneslag eller hjerteinfarkt, skal fortsatt legges inn i sykehus. Videre er kommunalt ØHD ikke aktuelt hvis det kan representere en mulighet for at behandlingen kan bli forringet eller at pasienten blir påført vesentlig mer eller lengre lidelse.

For å kunne ha sirkulasjon på ØHD anbefales det at man setter maksimal tid før pasienten enten skrives ut eller overføres annet tilbud. Helsedirektoratet anbefaler at man setter oppholdet til å vare maksimum 72 timer. Dette samsvarer med antall gjennomsnittlig liggedøgn som er lagt til grunn i beregningsgrunnlaget for kostander av ordningen.

Krav til forsvarlighet innebærer konkret at sykehuset ikke kan redusere sine tilbud om tjenesten før tilsvarende tilbud i kommunen er etablert. Samarbeidsavtalen skal beskrive når kommunen starter opp sitt tilbud.

### 3.5 Arbeidsgruppens utredning av pasientgrupper som kan benytte kommunalt ØHD

Arbeidsgruppen har jobbet fram følgende forslag til aktuelle pasientgrupper for ØHD i Aurskog- Høland og Rømskog kommuner. Som hovedgruppe beskrives:

- Pasienter med stabil hjerte- og lungefunksjon som svarer godt på innledende behandling hos fastlege eller legevakt, men som trenger kortvarig observasjon eller hjelp til tilstanden stabiliseres. Alvorlig sykdom må være avklart og sannsynligheten for akutt forverring må være liten.

Undergrupper av aktuelle pasientgrupper:

- Pasienter med infeksjonstilstander som har behov for intravenøs antibiotikabehandling og/eller observasjon
- Pasienter med smerteproblematikk og svarer på innledning av smertebehandling
- Pasienter med ernærings- eller væskeforstyrrelser
- Pasienter med fallskade uten mistanke om brudd eller alvorlig hodetraume som trenger observasjon

### 3.6 Arbeidsgruppens forslag til fremtidig legevakt og ØHD

Arbeidsgruppen foreslår at legevakt og ØHD for Aurskog-Høland og Rømskog kommuner samlokaliseres i nytt Lokalmedisinsk senter (LMS) på Bjørkelangen. Etter arbeidsgruppens skjønn har Aurskog-Høland kommune pr i dag ikke tilgjengelig bygningsmasse som kan brukes til samlokalisering av legevakt og ØHD. Dette er tjenester som krever andre lokaler enn eksempelvis sykehjemsdrift, og arbeidsgruppen vurderer derfor at det vil kreve omfattende ombygging dersom man skal bygge om eksisterende lokaler til legevakt og ØHD.

Det foreslåes at lege i vakt på kveld/natt/helg, sammen med sykehjemslege på dagtid i ukedager, skal være medisinsk ansvarlig for pasienter som benytter ØHD. Legevakten med sine vaktleger og fast ansatt sykehjemslege er etter arbeidsgruppens skjønn, de best egnede til å ivareta den pasientgruppa som er aktuell for ØHD i kommunen. Legevaktarbeid er som regel travelt og preget av periodevis stor publikumspågang. Dersom vaktlegene skal betjene pasienter på ØHD, og konsulteres av personalet som er ansatt der, er geografisk nærhet viktig og derfor vektlagt i forslaget om samlokalisering av tjenestene. Arbeidsgruppen vektlegger videre at de pasientkategorier som er skissert som aktuelle for kommunalt ØHD trolig ikke vil kreve stort mer utstyr enn det man allerede i dag har på legevakten og i de ulike fastlegekontorene. Det er den kontinuerlige observasjonen over timer eller noen døgn, for å se utvikling av sykdom og/eller effekt av behandling, som er det viktigste for tjenesten.

Arbeidsgruppen foreslår at lege i vakt på kveld/natt/helg samt sykehjemslege på dagtid skal ha det medisinske ansvaret ved ØHD og legevakt, -og dermed være den som har innleggingsmyndighet av pasienter. Dette innebærer at fastleger må anmode ØHD og ansvarshavende lege om innleggelse av pasienter ved behov. Vaktlegene er som tidligere omtalt i stor grad fastleger fra kommunen. Disse har erfaring fra akuttmedisinsk arbeid på dagtid og gjennom deltakelse i legevakt. De fleste av kommunens fastleger er, – eller er i ferd med å bli- spesialister i allmennmedisin. De vil gjennom sitt arbeid som fastleger ha god

kunnskap om pasientpopulasjonen, og derfor ha gode forutsetninger for å velge ut aktuelle pasienter for innleggelse i ØHD på LMS, – samtidig som de vil ha et naturlig ansvar for videre oppfølging av pasienter etter opphold i ØHD i sin fastlegepraksis. Videre mener arbeidsgruppen at det er en fordel at de fleste fastlegene bor i kommunen. Man antar at kunnskap om lokale forhold er viktig for legevaktstjenesten og kommunal ØHD, – ved at lokal tilhørighet også «forplikter» i forhold til å levere arbeid av god kvalitet på en måte som kommer pasienter og pårørende til gode.

I forslaget som foreligger er det en forutsetning at antall legehjemler tilknyttet sykehjemstjenesten økes. Per i dag har alle langtidsplassene i sykehjem totalt ett årsverk tilknyttet sin tjeneste, mens korttidsplassene har 0,5 årsverk tilgjengelig. Ved å legge ansvaret for ØHD til sykehjemslegen kreves det at vedkommende er tilstede på alle virkedager. Arbeidsgruppen forslår at hjemler for sykehjemslege økes fra 1,5 til 2 årsverk, hvorav det ene årsverket blir tilknyttet ØHD og kommunens korttidsplasser. Årsverket som er tilknyttet langtidsplasser foreslås å være som det er organisert i dag. Arbeidsgruppen har ikke utført noen økonomisk analyse på forslaget, men vektlegger at kommunen vil få tilført statlige midler for å opprette kommunalt ØHD, og at disse midlene kan dekke økte utgifter til sykehjemslege.

Arbeidsgruppen vurderer at legevakten for Aurskog-Høland og Rømskog kommuner har ansatte med lokalkunnskap, god kjennskap til og samarbeid med andre kommunale tjenester som hjemmesykepleie og psykisk helse til voksne. Dessuten har de ansatte på legevakten kunnskap om mennesker i kommunene med kroniske lidelser, særlig gjennom sin beredskap for trygghetsalarmer i Aurskog-Høland kommune. Man vurderer at dette, sammen med faglige kunnskaper, sikrer at de medisinske råd som gis av legevakten er av god kvalitet og at det er hensiktsmessig å overføre til ØHD.

Arbeidsgruppen vurderer at anbefalingen om samlokalisering av legevakt og ØHD vil bidra til at kommunen kan imøtekomme kravet som stilles til kompetanse for ansatte ved ØHD. Man antar at samdrift kan bidra til utvikling av en mer robust enhet med større fagmiljø og større stillingsstørrelser hvor man f.eks. får felles kompetanseutvikling i form av kurs og annen opplæring samt at man lettere kan gjennomføre ferieavvikling og annet fravær når tjenesten er mer robust. I tillegg vektlegger arbeidsgruppen at større fagmiljø er en fordel for å beholde kompetent arbeidskraft og rekruttere nye ansatte. Videre ansees en sammenslåing av tjenestene å gi en gunstig økonomisk effekt ved hjelp av samdriftsfordeler i forhold til funksjoner som ledelse, fellesarealer og samdrift på funksjoner som lab og annet medisinsk utstyr, både ved innkjøp og i bruk.

For å møte kravet til forsvarlighet i tjenesten foreslår arbeidsgruppen at legevakt og ØHD bemannes med sykepleiere med god observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse gjennom døgnet. Arbeidsgruppen vurderer at etablering av ØHD i Aurskog-Høland kommune kan anses som en styrking av en allerede godt fungerende legevakt, og som beredskap i kommunen generelt. Økonomi til å dekke opp for opprettelse av nye stillinger for ØHD vurderes å kunne dekkes av overføringene som vil komme fra staten. I tillegg vil etablering av tjenesten forhindre innleggelser i sykehus og på sikt redusere kommunenes utgifter til medfinansiering.

Arbeidsgruppen foreslår som en forlengelse av forslaget at eksisterende samarbeid mellom legevakt og andre kommunale tjenester videreutvikles, og at eventuelle nye samarbeidsarenaer etableres. Konkret foreslår arbeidsgruppen at hjemmesykepleien i større grad sees opp mot legevakt og ØHD. Ansatte ved ØHD kan i eventuelle rolige perioder bistå hjemmesykepleien ved å rykke ut i akutte situasjoner som ved sykebesøk sammen med lege, eller ved utrykning etter at brukere har utløst trygghetsalarm og trenger tilsyn. Per i dag er ikke hjemmesykepleien godt nok bemannet til å være i beredskap for å rykke ut sammen med, eller i stedet for, lege i vakt. Arbeidsgruppen vurderer at det ville vært en forbedring av den kommunale omsorgstjenesten dersom man etablerte et tett samarbeid mellom hjemmesykepleie og legevakt/ØHD. Det vises til at lege i vakt per i dag utfører sykebesøk som i noen tilfeller kunne vært gjort av sykepleier. På grunn av store geografiske avstander kan dette være særlig uhensiktsmessig i og med at legen blir borte i lange tidsrom, som i stedet kunne vært brukt til konsultasjoner på legevakt eller oppfølging av pasienter i ØHD. I andre tilfeller ville det vært hensiktsmessig for lege å reise ut sammen med sykepleier i forhold til vurdering av om bruker kan få en forsvarlig tjeneste av hjemmesykepleien i eget hjem etter legetilsyn -og dermed unngå innleggelse i ØHD eller sykehus. Videre foreslåes det av arbeidsgruppen at hjemmesykepleiens natttjeneste i Aurskog-Høland kommune organiseres fra legevakt og ØHD, -for å sikre større fagmiljø og beredskap i kommunen på natt. Arbeidsgruppen anser forslagene som et tiltak for å møte Samhandlingsreformens intensjon om å gi brukere tjenester nærmere der de bor og som et godt tiltak i forhold til BEON-prinsippet.

Med bakgrunn i forslaget som skisseres over anbefaler arbeidsgruppen at man bemanner legevakt og ØHD med 2 ansatte på dagvakt, 3 på kveld og 3 på natt. Lavere bemanning på dag begrunnes med at legevakt på dagtid betjenes av kommunens fastleger på deres legekontor og at legevakten av den grunn ikke betjener pasienter annet enn pr telefon. Videre vurderes det at hjemmesykepleien er bedre bemannet på dagtid og derfor i større grad er i beredskap til å rykke ut på eksempelvis trygghetsalarmer. Forslaget er en faglig anbefaling, og det er ikke utført en fullstendig økonomisk analyse av bemanningsforslaget.

Arbeidsgruppens anbefaling om å etablere den nye ØHD- tjenesten i Aurskog-Høland kommune bygger først og fremst på en forståelse av at det er en fordel for eldre og kronisk syke pasienter å slippe å bli transportert til et sykehus som er forholdsvis langt borte, og det ansees som en fordel å være nær hjem og familie når man er under denne type behandling. Arbeidsgruppen ser dette som et tiltak i å møte Samhandlingsreformens mål om at brukere skal få tjenester nærmere der de bor. Videre vektlegger arbeidsgruppen at ulike pasientgrupper (særlig eldre) med funksjonssvikt blir sykere av å ligge i store avdelinger for øyeblikkelig hjelp, eller på sykehus, – hvor fokuset ofte blir mindre på å ivareta behovet for mobilisering, trening av ADL-funksjoner osv.

Arbeidsgruppen har drøftet utfordringer ved forslaget i forhold til at det er få senger som skal etableres for Aurskog-Høland og Rømskog kommuner. Lavt volum vil kunne gi dårligere kontinuitet og lavere kvalitet på tjenesten og med det by på utfordringer i forhold til å møte kravet om forsvarlighet. På den andre siden er dette i stor grad en tjeneste hvor kvaliteten vil avhenge av kunnskapsnivået til den legen som til enhver tid har det medisinske ansvaret. Arbeidsgruppen vektlegger at aktuelle pasientgrupper for ØHD er pasientgrupper som fastleger, lege i vakt og sykehjemsleger er godt rustet til å ivareta. I tillegg påpekes det at

Ahus kun ligger ca. 30 minutters kjøring fra det foreslåtte LMS dersom man ikke kan tilby pasienter en forsvarlig tjeneste lokalt.

Arbeidsgruppen mener på bakgrunn av sin utredning av interkommunal legevakt for Aurskog-Høland og Rømskog kommuner og nytt tilbud om ØHD at samlokalisering av disse tjenestene er en forutsetning for å kunne etablere en ØHD- tjeneste som møter kravet til forsvarlighet i tjenesten og for å drive en tjeneste som er økonomisk bærekraftig. Videre vurderer arbeidsgruppen at opprettholdelse av egen legevakt for kommunene det utredes for er av betydning for innbyggerne blant annet ved god tilgjengelighet og ved å øke befolkningens følelse av trygghet. Blant annet er legevakten sentral i kommunenes kriseberedskap, da det ofte er legevakten som først får melding om en krise, og ved at det er dit befolkningen ofte melder seg ved behov for helsehjelp. Videre er legevakten sentral i krisearbeidet på bakgrunn av at den er operativ gjennom døgnet også utenfor normalarbeidstid for andre tjenester i kommunene.

### 3.7 Nødvendig omfang og tilskuddsordning av øyeblikkelig hjelp døgntilbud

I følge beregninger gjort av Helsedirektoratet, på bakgrunn av antall innleggelses i sykehus i 2010 og 2011, er det estimert at Aurskog-Høland kommune må etablere 2 ØHD- senger for å forhindre ca. 20 % av innleggelsene i sykehus. For Rømskog kommune er det beregnet at det skal etableres 0,1 seng. Sengene skal benyttes til pasienter som trenger observasjon og behandling og skal brukes til å forhindre såkalte uhensiktsmessige innleggelses i sykehus. Etablering av ØHD-senger skal bidra til en bedre tjeneste for den enkelte bruker, da behandling i nærmiljøet ansees som mer hensiktsmessig og kommunen får redusert sin utgift ved at man unngår å medfinansiere for innleggelsen i sykehus.

Kommune	ØHD- kroner i mill	Liggedøgn pr. kommune	Antall senger
Aurskog- Høland	3 209 000	741	2
Rømskog	182 000	42	0,1

Kommunenes utgifter til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnplasser fullfinansieres gjennom overføring av midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Liggedøgnskostnaden er beregnet til 4 330,- kr, mens investeringskostnad/byggekostnad er satt til 2,29 millioner per plass. I innfasingsperioden vil kommunene få overført midlene etter hvert som tilbudene blir etablert. Fra 2016 skal midlene i sin helhet innlemmes i rammetilskuddet til kommunene. Hovedkriteriet for å utløse tilskuddet er at kommunen har inngått samarbeidsavtale med helseforetaket. Utover søknad er det ingen rapporteringskrav knyttet til tilskuddsordningen. Rapportering på aktivitet og ressursbruk vil bli innarbeidet i ordinær rapportering fra kommunene i KOSTRA. Øyeblikkelig hjelp døgntilbudet som skal etableres i kommunene vil i følge veileder i hovedsak være institusjonsbasert. Utgifter til legemidler og medisinsk utstyr som benyttes under et opphold blir en del av driftskostnadene til institusjonen, og faller inn under kommunens finansieringsansvar.



I forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester presiseres det at kommunen ikke kan kreve egenandel for opphold i kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp.

Ved tildeling av kommunale tjenester med forventet varighet på under to uker gjelder ikke forvaltningslovens regler om enkeltvedtak, men for øvrig gjelder reglene i pasient- og brukerrettighetsloven om pasientenes rett til informasjon og medvirkning samt klageadgang.

Arbeidsgruppen foreslår å etablere 4 ØHD-senger i nytt LMS med begrunnelse i at behov for tilbudet over tid vil variere. Ved å etablere 4 senger vil man få en mer robust tjeneste som kan imøtekomme behovet for senger også i perioder med økt press på tjenesten. Videre legger man vekt på kunnskap om forventet befolkningsøkning i Aurskog- Høland og Rømskog kommuner når man foreslår å etablere flere senger enn det som er beregnet av Helsedirektoratet for å kunne dekke behovet for senger per i dag. Forslaget om etablering av 4 senger innebærer at kommunene vil få utgifter til etablering og drift av 1,9 seng som må dekkes av eget budsjett. Ved en eventuell etablering av flere ØHD senger enn estimert, vil kommunene kunne søke Husbanken om investeringstilskudd for finansiering.

### **3.8 Ambulansetjenesten**

Ambulansetjenesten er organisert fra Spesialisthelsetjenesten og fungerer som sykehusets forlengede arm. Behandlingen som skjer i ambulansen blir stadig mer avansert og har stor betydning for utfallet av den videre behandlingen.

Per i dag er ambulansetjenesten og legevakt samlokalisert på Bjørkelangen. Dette skaper et felles arbeidsmiljø til gjensidig nytte, blant annet ved at lege og ambulanse kan rykke ut sammen. I tillegg kan ambulanspersonalet konferere med lokal lege, – både om pasienter som skal til sykehus og de som eventuelt kan observeres og behandles lokalt. Videre vurderes det som en fordel for befolkningen både i Aurskog-Høland og Rømskog kommuner at det er ambulanser sentralt plassert på Bjørkelangen.

Arbeidsgruppen foreslår at kommunen ved et eventuelt nybygg i forbindelse med etablering av LMS, tilbyr ambulansetjenesten leie av egnede lokaler og med det legger til rett for at det gode samarbeidet videreføres.

## 4 FORSTERKEDE KORTTIDSPLASSE

Fra mandatet: «Arbeidsgruppen skal utrede et spesialisert og forsterket korttidstilbud for pasienter som er utskrivningsklare fra Ahus, men som er i behov for videreføring av igangsatt behandling – som vi i dag ikke kan håndtere i Aurskog-Høland kommune og Rømskog kommune.»

### 4.1 Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter

For å nå samhandlingsreformens mål har man etablert to finansieringsmodeller som betegnes som kommunal medfinansiering og kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter.

Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter skal virke som motivasjonsfaktor for kommunene slik at de etablerer tilbud til pasienter etter ferdigbehandling i spesialisthelsetjenesten. Dersom en kommune ikke har etablert et forsvarlig tilbud, eller av andre grunner ikke kan motta en pasient som er meldt utskrivningsklar, må kommunen betale 4 000,- per døgn inntil pasienten tilbys et kommunalt tilbud. For at spesialisthelsetjenesten skal melde en pasient utskrivningsklar må følgende vurderinger være gjort og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

- Problemstillingen(e) ved innleggelsen slik de var formulert av innleggende lege, skal være avklart
- Øvrige problemstillinger som har fremkommet, skal som hovedregel være avklart
- Dersom man avstår fra å avklare enkelte spørsmål, skal man redegjøre for dette
- Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r) med en plan for videre oppfølging av pasienten
- Pasientens samlede funksjonsnivå, med endring fra tiden før innleggelsen og forventet fremtidig utvikling, være vurdert
- Det skal besørges kontakt med annen relevant spesialisthelsetjeneste ved behov

### 4.2 Begrepsavklaring

Når sykehuset definerer en pasient som utskrivningsklar er det ofte til videre behandling i kommunalhelsetjenesten. Undersøkelser viser at begrepene om behandling som brukes i overgangen sykehus og kommune kan bli ulikt forstått og de brukes noe om hverandre.

*Etterbehandling.* Etterbehandling er medisinsk behandling, omsorg og rehabilitering utført av helsepersonell, gjerne i et tverrfaglig team, etter at en lege har avklart den medisinske tilstanden, initiert behandlingen og pasientens helsetilstand er stabilisert. (Garåsen, Windspoll, Magnussen 2008)

*Ferdigbehandlet.* Enkelte leger i sykehus likestiller ferdigbehandlet med utskrivningsklar, men da i betydningen ferdigbehandlet i sykehus. En såkalt ferdigbehandlet pasient vil i mange tilfeller trenge videreføring av behandlingen i kommunehelsetjenesten eller hos spesialister utenfor sykehus. Begrepet ferdigbehandlet bør ideelt sett kun brukes når en pasient er definert frisk eller har oppnådd et optimalt funksjonsnivå ut fra aktuell problemstilling.

*Ferdigbehandling.* Ferdigbehandling innebærer videre oppfølging av pasienter med et fortsatt behandlingsbehov der behandlingen har startet i sykehus. (Feiring 2008)

### **4.3 Forsterket korttidsopphold og pasientgrupper**

Både i og utenfor sykehus er det økende fokus på pasientforløp. Tradisjonelt tenkte man seg at pasienter ble syke hjemme, ble innlagt sykehus og deretter ble utskrevet til eget hjem, evt. via et rehabiliteringssenter, mens pasientforløpene i realiteten er svært ulike. Pasienter blir utskrevet til korttidsopphold i sykehjem, til kommunal rehabilitering i sykehjem, til rehabilitering i eget hjem, til hjemmesykepleie eller til opptrening eller spesialisert rehabilitering.

Etter ulike modeller har enkelte kommuner og/eller regioner bygget opp avdelinger som gir tilbud om forsterkede korttidsplasser. Dette er sykehjemsavdelinger med styrket tilbud som innebærer økt kompetanse og ressursinnsats både av leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere og andre faggrupper -og kan av den grunn motta pasienter tidligere i behandlingsforløpet enn ordinære korttidsavdelinger. Hovedoppgavene til spesialiserte korttidsavdelinger er fortrinnsvis spesialisert medisinsk oppfølging, men også pleie, opptrening, rehabilitering og etterbehandling. Målet for avdelingene er på brukernivå å gjenopprette eller forbedre funksjonsnivået og i en større sammenheng redusere liggetiden i sykehus, hindre reinnleggelse og redusere behovet for andre kommunale tjenester (eks. hjemmesykepleie).

Brukere av forsterkede korttidsplasser blir utskrevet tidligere fra sykehuset enn pasienter fra kommuner som ikke har etablert dette tilbudet. Institusjonene har et tett samarbeid med sykehuset og kalles gjerne 1,5 linjetjeneste – en tjeneste som ligger midt i mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Kommuner som har etablert dette tilbudet jobber med overføring av pasientene til kommunen/institusjonen før de meldes som utskrivningsklare og kan derfor overta ansvaret for behandling tidligere i forløpet enn andre kommuner. Dette forutsetter som nevnt økt tilgang til leger og andre faggrupper enn ordinære korttidsavdelinger. I lys av samhandlingsreformen er dette ønskelig da pasientene ved hjelp av dette tilbudet i økt grad får behandling i egen kommune og tiden i sykehus forkortes.

#### **4.4 Arbeidsgruppens forslag til organisering av forsterkede korttidsplasser i Aurskog-Høland kommune**

Aurskog-Høland kommune har i 2012 tatt i mot alle utskrivningsklare pasienter fra Ahus på utskrivningsklar dato og med det unngått å finansiere for opphold i sykehuset utover det som er gitt i medfinansieringsmodellen.

Arbeidsgruppens utredning viser at kommunen har et forholdsvis stort antall innbyggere som blir innlagt i sykehus med somatiske sykdommer, og som har behov for kommunal institusjonsplass i overgangen mellom sykehus og eget hjem. Brukergruppen består av personer med mange ulike diagnoser og det er behovet for tjenesten som er styrende for inntak, ikke diagnose i seg selv. Store diagnosegrupper er pasienter med hjerte/lungelidelser som hjertesvikt og KOLS, infeksjoner, brudd, smertepasienter og pasienter med kreft for å nevne noen.

Aurskog-Høland kommune har i dag to korttidsavdelinger plassert på henholdsvis Bjørkelangen og Aurskog sykehjem. Arbeidsgruppen foreslår å samle alle kommunes korttidsplasser på Bjørkelangen sykehjem. Forslaget bygger på en forståelse om at store fagmiljø gir bedre kvalitet i tjenesten. Kompetanseoverføring og heving vil kunne øke ved at tjenesten blir samlet på ett sted, med flere ansatte som jobber med samme brukergruppe. I tillegg sees forslaget i sammenheng med etablering av legevakt og ØHD i nytt Lokalmedisinsk senter på Bjørkelangen. Ved denne organiseringen vil alle korttidspasienter være samlet på et sted hvor det gjennom hele døgnet vil være nærhet til lege, og annen kompetanse som er tilknyttet legevakt og ØHD. Ved å organisere korttidsplassene på denne måten vurderer arbeidsgruppen at man på sikt vil kunne motta pasienter som trenger et forsterket og spesialisert korttidsopphold. Forslaget vil, etter arbeidsgruppens skjønn, bidra til bedre pasientflyt mellom sykehus og kommune og med det styrke samhandlingen mellom partene. Det vil igjen kunne bidra til en bedre pasientopplevelse og pasienttilfredshet, kortere liggetid i sykehus, færre re-innleggelses og flere pasienter kan forventes å bli utskrevet til eget hjem etter et forsterket korttidsopphold.

#### **4.5 Arbeidsgruppens forslag til organisering av forsterkede korttidsplasser i Rømskog kommune**

På samme måte som Aurskog-Høland kommune har også Rømskog kommune kunnet motta alle utskrivningsklare pasienter fra Ahus på utskrivningsklar dato i 2012. For å ivareta pasienter i overgangen mellom sykehus og hjem har man etablert ett øremerket rom på Eldresenteret for pasienter med spesielle behov, tiltenkt pasienter med behov for palliasjon, opptrening eller forsterket korttidsplass. Eldresenteret har i tillegg til dette rommet 2 plasser for korttidsopphold/opptrening. Det vurderes at antall plasser er tilfredsstillende i forhold til antall innbyggere i kommunen.

For at kommunen skal tilby forsterkede korttidsplasser må det være tilgang på noe mer medisinsk utstyr enn det som er vanlig i sykehjem, og man må ha full sykepleiedekning gjennom døgnet. Når det gjelder utstyr vurderes det å være tilfredsstillende på Rømskog i dag etter opprettelse av nytt rom, og med det innkjøp av nytt utstyr. Men etter

arbeidsgruppens skjønn er det ikke god nok sykepleierdekning gjennom døgnet for å kunne tilby forsterket korttidsopphold på Eldresenteret.

Videre er legedekning en utfordring i forhold til å kunne etablere denne tjenesten på Rømskog. Dette på tross av at man fra 1.1.2013 økte antall timer fra 3 til 6 pr uke for tilsynslegen ved Eldresenteret. Den økte legeressursen sees som et tiltak for å møte de utfordringer og nye oppgaver kommunen har fått ved innføring av Samhandlingsreformen. Ved behov for legetjenester ved eldresenteret utover det omtalte er det legevakt på Bjørkelangen som benyttes.

Arbeidsgruppen vurderer at det vil være behov for kompetanseøkning og tilføring av økte ressurser i form av leger, sykepleier og andre relevante yrkesgrupper som fysioterapeut og muligens ergoterapeut dersom man skal tilby brukere tilbud om forsterkede korttidsplasser lokalt på Rømskog.

## 5 REHABILITERING

Fra mandatet: «Arbeidsgruppen skal kartlegge dagens organisering av rehabiliteringstjenester i Aurskog-Høland kommune og Rømskog kommune og eventuelt utarbeide tiltak i tråd med Samhandlingsreformens intensjon om å utvikle sammenhengende pasientforløp.»

### 5.1 Definisjon av rehabilitering

*Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Helse- og omsorgstjenesteloven 2012.*

Rehabilitering hører til under området forebygging og klassifiseres som tertiær forebygging med innsats som søker å hindre eller begrense følgetilstander av skade eller sykdom som allerede har oppstått. Mens primær forebygging er innsats som iverksettes for å hindre at skade eller sykdom oppstår. Sekundær forebygging utføres når sykdom eller skade har oppstått og fortsatt er aktiv.

Forskrift for habilitering og rehabilitering presiserer at tjenestene som tilbys og ytes på området skal:

- være ut fra et pasient- og brukerperspektiv,
- i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø,
- samordnet, tverrfaglig og planmessig,
- i en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng

Rehabiliteringsfeltet forventes å stå overfor store utfordringer i årene framover. Dette er særlig knyttet til økt behov for rehabilitering til eldre som følge av befolkningens økende gjennomsnittsalder. Eldre har stadig bedre helse, men fordi dødeligheten synker og det blir flere gamle, vil det bli langt flere som lever med kroniske sykdommer. Store somatiske sykdomsgrupper innenfor nevrologi, ortopedi og lungelidelser vil trenge rehabilitering som følge av utviklingen. I tillegg forventes en økt forekomst av livsstilsykdommer som vil utfordre rehabiliteringsarbeidet ytterligere både faglig og kapasitetsmessig.

Rehabilitering er i mange kommuner organisert som institusjonsplasser på sykehjem. For at dette skal være reelle rehabiliteringstilbud, slik det er definert i formskriften, må det være stor grad av tverrfaglighet blant personalet. Enkel rehabilitering krever minimum fire yrkesgrupper involvert, mens kompleks rehabilitering krever minimum seks yrkesgrupper. Videre må det være et klart skille mellom opptrening av skadet kroppsdeler eller gjenvinning av funksjoner og rehabilitering. Rehabilitering er utøvelse av tverrfaglighet som er bygget på god evne til samhandling.

Samhandlingsreformen påpeker viktigheten av å organisere døgnrehabiliteringsplasser i kommunene, men påpeker også at man skal tilstrebe å etablere andre rehabiliteringstiltak

som lærings- og mestringstilbud og ambulante team for å bidra til redusering av innleggelses og reinnleggelses i sykehus.

## 5.2 Rehabiliteringstilbudet i Aurskog-Høland kommune

Aurskog-Høland kommune har etablert 5 rehabiliteringsplasser ved rehabilitering- og korttidsavdelingen på Aurskog sykehjem, avdelingen har til sammen 17 plasser (medregnet rehab.plasser). Rehabiliteringsplass tilbys søkere fra hele kommunen og skal fortrinnsvis tildeles de med størst opptreningsbehov og rehabiliteringspotensiale. Øvrige kriterier for å få tildelt og beholde en rehabiliteringsplass er at bruker er motivert for egeninnsats og har progresjon over tid. Hovedmålsettingen til størsteparten av brukerne retter seg mot å kunne komme hjem til egen bolig og mestre hverdagslige gjøremål. Noen brukere utpeker seg som «klare» rehabiliteringspasienter når søknad foreligger og de tilbys rehabiliteringsopphold direkte i inntaksmøte. Andre brukere får tilbud om rehabiliteringsopphold etter å ha vært noen dager på korttidsopphold, hvor en ved inntak var usikker på om vedkommende kan nyttiggjøre seg tilbudet. Brukergruppen er hovedsakelig eldre, men avdelingen har hatt brukere helt ned mot 32 år i 2012. De hyppigste brukergruppene på rehabiliteringsplass er ulike brudd, amputasjoner, hjerneslag, KOLS, ulike hjertelidelser, kreft og generell funksjonssvikt hos geriatriske pasienter.

Ansatte i avdelingen jobber tverrfaglig med felles mål for rehabiliteringsbrukere. Bemanningsfaktoren for rehabiliteringsplassene er forsterket i forhold til korttids- og langtids plasser. Den økte bemanningen er lagt til dag/kveld og helg, men har ikke ført til styrking på natt i avdelingen. Bemanningen består av sykepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeut og sykehjemslege. Utredningen har vist at sosionomkompetanse tilknyttet avdelingen ville vært hensiktsmessig. Pr i dag jobber ansatte med pasienters problemstillinger innenfor eksempelvis økonomi, konflikter og eiendom uten å ha tilstrekkelig kompetanse innenfor fagfeltet. Det anbefales å utrede mulighet for å leie inn sosionomkompetanse fra NAV ved behov.

Rehabiliteringsbrukere får tildelt en koordinator som er kontaktperson for bruker og pårørende under oppholdet og sørger for at prosesser blir satt i gang og fulgt opp. Ved innkomst/tidlig fase gjøres kartlegging og vurdering som danner grunnlag for målsamtale der det settes konkrete og realistiske mål for rehabiliteringen. Sammen med bruker blir det utarbeidet en rehabiliteringsplan med tiltak. Ukentlig avholdes rehabiliteringsmøte der alle faggrupper deltar. Hjemmebesøk utføres med samtlige rehabiliteringsbrukere, og det oppfordres at bruker reiser hjem på permisjon for tydeligere å se utfordringer før endelig hjemreise. Avdelingen bruker mye ressurser på tilrettelegging av hjemmet til bruker og hjelpemiddelformidling. Fysio- og ergoterapeut i avdelingen følger opp ved kortvarige behov etter utreise (og hvis geografien tillater det), men ved langvarig oppfølgingsbehov overføres bruker til kommune- eller privatpraktiserende fysio- og ergoterapeut.

### **5.3 Rehabiliteringstilbudet Rømskog kommune**

Korttidstilbudet på Rømskog eldrecenter tilbyr i dag opptrening ved funksjonssvikt og skader som er oppstått hos brukere. Men etter arbeidsgruppens skjønn utøver man ikke rehabilitering etter beskrivelsen i forskriften. Det stilles blant annet krav til høy grad av tverrfaglighet i enheter som skal utøve rehabilitering. Pr. i dag er ikke Rømskog eldrecenter tverrfaglig gruppe av ansatte bredt nok sammensatt til å kunne oppfylle dette kravet. Men det vurderes at det jobbes flerfaglig i avdelingen og at det kvalifiserer til å kunne utføre opptrening av enkel funksjonssvikt.

### **5.4 Rehabiliteringstilbudet i Helse Sør-Øst (Ahus)**

Ahus har per i dag rehabiliteringstilbud ved ulike enheter ved sykehuset. Innen somatisk helse er det Nevroklinikken som gir størst tilbud om rehabilitering med at de har en egen døgnseksjon med tilhørende poliklinikker. Målgruppa til Nevroklinikken er primært pasienter med hjerneslag, men det gis også tilbud til pasienter med andre neurologiske sykdommer. Døgnbasert rehabiliteringsopphold gis vanligvis i 3 uker.

De regionale helseforetakene har overtatt finansieringsansvaret for de private rehabiliteringsinstitusjonene. Institusjonene er definert som spesialisthelsetjeneste og har samme kvalitetskrav som andre tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Inntakskriterier ved den enkelte institusjon styrer hvilke pasienter som får plass. En nylig gjennomgang av tjenesten utført av Rambøll Management Consulting viser at antall plasser har gått ned og tjenestetilbudet bærer mer og mer preg av spesialisering. Tidligere var plassene mer tenkt som rekreasjon mens de nå regnes mer som rene rehabiliteringsplasser. Ahus oppgir at de aktivt bruker de private institusjonsplassene til pasienter med rehabiliteringsbehov, men i realiteten opplever kommuner og bydeler i opptaksområdet at pasienter med rehabiliteringsbehov oftere må ivaretas innenfor de kommunale tjenestene.

### **5.5 Arbeidsgruppens forslag til organisering av rehabiliteringstilbudet i Aurskog-Høland kommune**

Arbeidsgruppen vurderer at 5 rehabiliteringsplasser er tilstrekkelig for den brukergruppen tjenesten har i dag. Plassene er sjelden fullt belagt, og avdelingen oppgir at de ikke ser noen vesentlig endring i behov for rehabiliteringsplasser etter innføring av Samhandlingsreformen i 2012. Det påpekes fra arbeidsgruppen at dersom rehabiliteringsplassene hadde blitt brukt ved tidlig intervensjon av funksjonssvikt ville behovet for plasser økt. I dag brukes plasser i størst grad til brukere som har fått betydelig funksjonssvikt som følge av sykdom eller skade.

Arbeidsgruppen foreslår at de 5 rehabiliteringsplassene overflyttes til Bjørkelangen sykehjem i tilknytning til kommunes korttidsplasser. Hovedargumentet for forslaget er å sikre en bedre utnyttelse av de ressursene som er tilknyttet disse plassene. Ved å samlokalisere alle korttidsplasser og rehabiliteringsplasser i samme bygg vurderer arbeidsgruppen at man i større grad får sikret at brukere med rehabiliteringsbehov kan få tilbud om tjenesten. Slik som tjenesten er organisert i dag vil det fra tid til annen være brukere med



rehabiliteringsbehov på korttidsopphold på Bjørkelangen som ikke mottar tilbud om den spesialiserte rehabilitering på grunn av at tjenesten er plassert på Aurskog.

I tillegg bygger arbeidsgruppens forslag på en forståelse om at det vil være hensiktsmessig for rehabiliteringsplassene å være plassert i geografisk nærhet til Lokalmedisinsk senter med legevakt og ØHD- plasser. Rehabiliteringspasienter er i stor grad brukere med sammensatte og kompliserte sykdomstilstander som kan bety at de oftere må ha legetilsyn enn andre pasientgrupper. Ved å plassere rehabiliteringsplassene i geografisk nærhet til Lokalmedisinsk senter (som vil ha lege tilgjengelig store deler av døgnet) vil man sikre at de raskt kan få tilsyn fra lege ved behov.

Arbeidsgruppen har drøftet om det er uhensiktsmessig at rehabiliteringsplassene er lokalisert på sykehjem. Man antar at man ikke når alle brukere som har et opptrenings-/rehabiliteringsbehov på grunn av at plassene er lokalisert på sykehjem. For mange er det å komme på sykehjem eller institusjon ensbetydende med alderdom og skrøpeligheit. Yngre brukere kan derfor miste/avslå det tilbudet som gis om rehabilitering på bakgrunn av dette. Videre kan organiseringen ha en hemmende effekt på deler av rehabiliteringen som foregår ved at pleie og omsorg dominerer driften. På den andre siden kan det være hold i påstanden om at brukere på korttids plass nyter godt av å være "under samme tak" som rehabiliteringsbrukerne da det får utvikle seg en kultur for rehabilitering som kommer mange brukere til gode. Arbeidsgruppens forslag om flytting av alle korttids- og rehabiliteringsplasser til ett sykehjem i nærheten av et Lokalmedisinsk senter kan være med på å gi et mindre uttrykk av sykehjemstjeneste for rehabiliteringsbrukerne og med det være et kompensierende tiltak i seg selv. I tillegg vurderer arbeidsgruppen at det vil være hensiktsmessig for rehabiliteringsplassene å lokaliseres fysisk avskilt fra korttids plasser og annen sykehjemsdrift. Dette for å øke fokuset på rehabilitering både hos bruker og ansatte ved avdelingen. Videre foreslås det at rehabilitering på sikt blir utført av egne ansatte og ikke lenger blir preget av generalisttankegangen man driver etter i dag. Det vurderes at ansatte som jobber mer målrettet med rehabilitering vil øke kvaliteten på den tjenesten som utøves. Og at det igjen vil øke rehabiliteringstakten til den enkelte bruker og redusere utgiftene til kommunen.

Utredningen har vist at det i noen grad brukes individuell plan (IP) i arbeidet med rehabiliteringsbrukerne, men at dette arbeidsverktøyet bør benyttes i større grad. Videre anbefaler arbeidsgruppen at Rehabiliterings- og korttidsavdelingen utvikler et samarbeid med kommunens koordinerende enhet for rehabilitering og med det møter krav gitt av lovendring i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012).

Arbeidsgruppen foreslår videre at muligheten for å drive med hjemmehabilitering i Aurskog-Høland kommune utredes. Man legger til grunn at rehabilitering er bygget på tanken om forebygging, men at kommunen i liten grad benytter tjenesten til å forebygge funksjonssvikt i dag. Studier på nasjonalt plan slår fast at brukere med begynnende funksjonssvikt bør henvises for kartlegging/vurdering da tidlig intervensjon kan gi store helsegevinster. Dette skjer i liten eller ingen grad i dag, hjelp og tiltak settes først inn etter at skade eller sykdom har oppstått. Samhandlingsreformen påpeker "at forebygging og tidlig innsats blir nedprioritert framfor behandling av sykdommer og senkomplikasjoner". Videre står det at samfunnsøkonomisk og for den enkelte er det best å kunne unngå, utsette eller redusere sykdom. Forebyggende tiltak står helt nederst i omsorgstrappen, skissert etter

BEON-prinsippet mot sykehjemsplass som ligger høyt opp, rett under spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppen ser for seg at kommunen kunne forebygget negativ utvikling av sykdom og skade ved at man eventuelt etablerte ett tverrfaglig innsats-/rehabiliteringsteam. Man ser for seg at dette kunne hatt en økonomisk gevinst på sikt ved at man unngår innleggelse i sykehus og/eller sykehjem. Arbeidsgruppen vurderer per i dag at eventuelle tiltak om hjemmerehabilitering må komme i tillegg til den døgnerrehabiliteringen som er etablert, da den ivaretar brukergrupper med stort behov for rehabilitering etter omfattende skade eller sykdom.

#### **5.6 Arbeidsgruppens forslag til organisering av rehabiliteringstilbudet i Rømskog kommune**

Arbeidsgruppen stiller seg tvilende til at det er behov for opprettelse av egne institusjonsplasser for rehabilitering i Rømskog kommune, begrunnet med lavt innbyggertall. Men påpeker videre at tjenestene som ytes ved eldresenteret og i hjemmesykepleien med fordel kunne vært preget av større tverrfaglighet. Man anser at dette ville vært et positivt bidrag i opptreningsfaser og for å øke brukeres opplevelse av mestring i egen hverdag.

Arbeidsgruppen anbefaler at Rømskog rekrutterer ansatte innenfor yrker som fysioterapi og ergoterapi på sikt og ser dette som ledd i å møte målsetningen i Samhandlingsreformen om å forebygge mer, behandle før og rehabilitere bedre.

## 6 PALLIASJON/LINDRENDE BEHANDLING

Fra mandatet: «Arbeidsgruppen skal kartlegge dagens organisering og drift av palliativ/lindrende omsorg i Aurskog- Høland kommune og Rømskog kommune. Samt estimere/utrede fremtidig dimensjonering av lindrende behandling.»

### 6.1 Definisjon av palliasjon

*Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. (European Association for Palliative Care, EAPC, og WHO)*

Prinsippene for grunnleggende palliasjon gjelder alt helsepersonell som arbeider med alvorlig syke og døende pasienter, uansett fagområde, behandlings- og omsorgsnivå og ivaretar følgende:

- Kartlegging av symptomer og plager
- Symptomlindring
- Informasjon til pasient og pårørende
- Pårørende
- Terminal pleie
- Sorgarbeid og oppfølging av etterlatte
- Dokumentasjon og kommunikasjon mellom aktørene

### 6.2 Samhandlingsreformens føringer for palliasjon

Samhandlingsreformen har som mål at mer behandling, rehabilitering og forebygging skal skje på kommunalt nivå. Når det gjelder palliasjon spesielt beskrives det lite i reformen, men det er beskrevet elementer som vil ha betydning for det palliative tilbudet som må etableres/ og eller utvikles i kommunen. Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune, pasientflytavgift, kommunal medfinansiering for pasienter med medisinske diagnoser og betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter er alle virkemidler med mål om å dreie mot at pasienter skal få mer behandling i kommunen enn i sykehus.

Når det gjelder medfinansiering for innlagte pasienter i palliative enheter i sykehus og polikliniske konsultasjoner i sykehus eller fra palliativt team, kommer alle inn under samme ordning, og skal finansieres med ca. 20 % fra kommunen. Eksempelvis vil kommunens andel av et tilsyn i hjemmet fra palliativt team bli på drøye 718,- kr.

### **6.3 Palliative pasienter**

I følge Helsedirektoratet er 95 % av pasientene i den palliative omsorgen, i både kommune- og spesialisthelsetjenesten, rammet av kreft. I følge kreftregisteret er vel en tredel av nye krefttilfeller som diagnostiseres påvist hos pasienter som er 75 år eller eldre. På grunn av en generell økt risiko for utvikling av kreft og en voksende og stadig eldre befolkning forventes det økning av antall kreftpasienter i tiden som kommer. Moderne kreftbehandling medfører at flere pasienter lever lenger med sykdommen og i sum vil dette føre til at antall pasienter med behov for palliativ behandling vil øke.

I noen anbefalinger er palliativ fase avgrenset til å omfatte pasienter med antatt forventet levetid mindre enn 9-12 måneder. Mens andre ser den palliative fasen som en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør. Dessuten inkluderer palliasjon også sorgarbeid og oppfølging av etterlatte.

### **6.4 Palliasjon i kommunal institusjon**

Helsedirektoratet skriver i sine retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen at palliative enheter innad i sykehjem eller lokalmedisinske senter som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personale kan være godt egnet til å gi avansert palliativ behandling. Det påpekes at størrelsen og organiseringen av palliative plasser må tilpasses lokale forhold som innbyggertall og areal. Man anbefaler ikke å bygge opp en egen palliativ enhet dersom man har færre innbyggere enn 10 000- 15 000. Helsedirektoratet anbefaler øremerkede palliative senger som et alternativ til å bygge opp egne avdelinger i små kommuner, men presiserer at plassene bør være fysisk atskilt fra annen avdeling eller post. I tillegg til kravet om tilfredsstillende lokaliteter påpekes det at personalet må ha tilstrekkelig kompetanse for å kunne gi grunnleggende palliasjon. Minst en sykepleier bør ha videreutdanning i kreftsykepleie eller palliativ omsorg. I tillegg skal sykehjemmet eller det lokalmedisinske senteret ha tilgang til andre relevante faggrupper, minimum prest og fysioterapeut. Videre påpekes det at samarbeid med palliativt senter eller palliativt team i helseforetaket er nødvendig for å kunne gi god palliasjon.

### **6.5 Kartlegging av dagens drift og organisering av palliative plasser Aurskog-Høland kommune**

Pr. i dag får palliative pasienter tilbud ved fire forskjellige sykehjemsavdelinger i kommunen:

- Et palliativt rom ved avd. Syd Aurskog sykehjem (langtidsavdeling) med eget pårønderom
- Et palliativt rom ved sykeavdelingen Hemnes sykehjem (langtidsavdeling) med eget pårønderom
- Korttidsplass ved Korttids- og rehabiliteringsavdelingen på Aurskog sykehjem
- Korttidsplass ved Avdeling 1 på Bjørkelangen sykehjem

Søknader om institusjonsplass fra brukere med behov for palliasjon behandles i inntaksmøte/vedtaksmøte ukentlig. Plasser tildeles etter ledig kapasitet ved de ulike avdelingene. Fortrinnsvis skal de to palliative rommene ved henholdsvis Aurskog sykehjem og Hemnes sykehjem brukes til dette formålet, men i realiteten er disse belagt med langtidspasienter og palliative pasienter tilbys derfor plass ved en korttidsavdeling. Det er ikke fysisk tilrettelagt for denne type pasienter på korttidsavdelingene og plasseringen kan være uheldig da fokus for hele brukergruppen skal være opptrening og mestring. Ansatte i korttidsavdelinger opplever tidvis utfordringer i å dele sitt fokus mellom opptrening/rehabilitering og palliasjon. Lengden på opphold i institusjon for palliasjon er varierende. Noen har kun et kort opphold for så å reise hjem, andre blir liggende inne på avdeling i lengre perioder og avslutter livet der. Alle avdelinger har tett samarbeid med brukers fastlege og ofte palliativt team fra Ahus i forhold til behandling, smertelindring og annet.

Per i dag møter man ikke kravet om at det skal være ansatt minst en sykepleier med videreutdanning i kreftomsorg eller palliativ omsorg i avdelinger som drifter palliative rom. Videre er lokaliseringen ikke i tråd med anbefalingen om at palliative rom bør ligge adskilt fra annen drift.

Ved avd. Syd på Aurskog sykehjem drives et prosjekt om omsorg ved livets slutt og implementering av verktøyet LCP (Liverpool Care Pathway). LCP er en tiltaksplan for omsorg til dødende og deres pårørende. Metoden er kunnskapsbasert og fungerer som veileder i forhold til de ulike aspektene ved terminalomsorg som pleie, behovsforskriving av medikamenter, psykisk støtte, åndelig omsorg og ivaretagelse av pårørende for å nevne noe. LCP foreligger i 4 utgaver til bruk i palliativ enhet, sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie.

Kommunen har søkt og mottatt midler fra Helsedirektoratet for videreføring av LCP til andre sykehjemsavdelinger og i hjemmesykepleien. Egne kontaktpersoner er utpekt i hver avdeling for implementering av arbeidsverktøyet.

## **6.6 Arbeidsgruppens forslag til organisering av palliasjon i institusjon i Aurskog-Høland kommune**

Kompetansenivået innenfor palliasjon ved kommunes sykehjem ansees å være god, men det rapporteres om problemer i forhold til å skaffe vikarer med tilstrekkelig kompetanse, særlig på helg og natt. Kunnskap innenfor dette fagfeltet er i stor grad basert på erfaring, trygghet og kontinuitet. På bakgrunn av dette stiller arbeidsgruppen spørsmål ved om det er hensiktsmessig at 4 avdelinger mottar brukere innenfor denne brukergruppa. Ved å samle palliative plasser på et sted vil man lettere kunne bygge opp en bedre fagkompetanse og med det sikre en mer robust og forutsigbar tjeneste.

På bakgrunn av utredningen for er utført foreslår arbeidsgruppen å utvikle de palliative rom som allerede eksisterer på Aurskog sykehjem og Hemnes sykehjem i dag. Rommene er i realiteten sjelden belagt med palliative pasienter og har i lang tid blitt brukt til langtidsopphold. Det påpekes også at brukergruppen i langtidsavdelinger kan utgjøre et uromoment for den palliative bruker for eksempel ved uro fra demente. Videre er det vektlagt at institusjonsopphold for palliasjon i stor grad er knyttet til korttidsopphold og derfor

uhensiktsmessig å ha tilknyttet langtidsavdelinger. Arbeidsgruppen foreslår at det etableres ett palliativt rom, med pårørende rom, i en korttidsavdeling i tilknytning til det foreslåtte Lokalmedisinske senteret på Bjørkelangen. Det oppleves å være variasjon i etterspørsel etter plasser innenfor palliasjon, og arbeidsgruppen vurderer at det er tilstrekkelig med «øremerking» av ett rom for dette formålet og påpeker at dette er i tråd med statlige anbefalinger etter folketall.

I tillegg foreslår arbeidsgruppen at det rekrutteres minst en sykepleier ved avdelingen som skal utføre palliasjon. Videre må det tilrettelegges fysisk godt for tjenesten og være hensiktsmessig for pårørende, med mulighet for privatliv og overnatting. Det anbefales at det palliative rommet legges i enden av en korridor, og med det skjermes noe fra den andre driften i avdelingen.

Arbeidsgruppen har drøftet hvilken fysisk plassering som vil være mest hensiktsmessig for et palliativt rom. Man har tatt utgangspunkt i at forslaget om samling av alle korttidsplasser på Bjørkelangen sykehjem blir realisert og vurderer på bakgrunn av dette at Bjørkelangen sykehjem er den beste plasseringen. Ved en eventuell etablering av LMS på Bjørkelangen vil det være naturlig å plassere det palliative rommet i fysisk nærhet til legevakt og ØHD for å kunne sikre legetilsyn raskt ved behov. Men palliasjon er etter arbeidsgruppens skjønn ikke egnet å samlokalisere med ØHD senger. Man anbefaler derfor at det øremerkes ett rom for palliasjon i enden av den korttidsavdeling på Bjørkelangen, eventuelt som del av bygging av LMS.

## **6.7 Palliasjon i private hjem**

Palliativ behandling utført av hjemmesykepleien utgjør pleie og omsorg til bruker og pårørende når pasienten tilbringer hele eller deler av den siste tiden av livet i hjemmet. Som ved palliasjon utført i institusjon skal de grunnleggende prinsippene i palliasjon beherskes av de ansatte i hjemmesykepleien. Helsedirektoratet anbefaler i sine retningslinjer at det ansattes en kreftkoordinator/sykepleier i hver kommune som kan bistå det øvrige personalet med råd og veiledning i tillegg til å delta i pleien av palliative pasienter. Det koordinerende ansvaret for den medisinske behandlingen av pasienten er det fastlegen som har, og det er kun i spesielle tilfeller at sykehusets palliative team kan overta behandlingsansvaret. Fastlegen blir derfor den viktigste samarbeidspartneren til hjemmesykepleien i den hjemmebaserte palliative omsorgen.

Agenda Kaupang, Diakonhjemmets Høyskole og Deloitte AS har nylig gjennomført en studie på bestilling fra KS hvor man har belyst hvordan Samhandlingsreformen stiller kommunen overfor nye utfordringer i den lindrende behandlingen i livets slutfase. Rapporten har fått navnet «En naturlig avslutning på livet» og den konkluderer med at Norge har den laveste andelen hjemmedød i Europa på tross av at forholdene tilsynelatende ligger til rette for å kunne dø hjemme. Rapporten påpeker at Samhandlingsreformen vil gi kommunene økt ansvar i pasientforløpet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Målet med Samhandlingsreformen om å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre vektlegges i rapporten sammen med kravet om at pasienter skal få hjelp nærmest mulig der de bor. Det konkluderes i rapporten med at kommunene må styrke kompetansen hos ansatte, sikre tverrfaglig samarbeid, etablere gode styringsverktøy og tydeliggjøre

ansvarsforhold i styringskjeden for å tilrettelegge for et godt palliativt tilbud i kommunen generelt og ikke minst i hjemmesykepleien.

## 6.8 Kartlegging av dagens drift og organisering av palliasjon i private hjem i Aurskog-Høland kommune

Høsten 2012 ble det ansatt kreftkoordinator i hjemmesykepleien i 50 % stilling etter midler fra Kreftforeningen. Stillingen er administrativt plassert i Bjørkelangen distrikt, men skal arbeide med målgruppen på tvers av hele kommunen. Brukergruppen for kreftkoordinator vil i stor del være pasienter i tidligere fase av kreftsykdom, men Kreftkoordinator skal ha oversikt over relevante tilbud og tjenester, og gi informasjon, råd og veiledning også knyttet til palliasjon og omsorg ved livets slutt. Kreftkoordinator skal jobbe tverrfaglig og tverrsektorielt, herunder gi råd og veiledning til relevante instanser og samarbeidspartnere i kommunen.

Hjemmesykepleien i kommunen og dens fastleger har utarbeidet en generell samarbeidsavtale. For tilfeller hvor det skal utføres palliasjon i hjemmesykepleien er det utarbeidet en spesiell del i avtalen som følgende er gjengitt:

*«Målet er at de palliative pasientene skal få en verdig og trygg avslutning på livet i sitt eget hjem om de ønsker det. Det forutsetter godt samarbeid mellom fastlege, spesialisthelsetjenesten og det kommunale hjelpeapparatet.*

*De fleste pasienter med behov for palliativ omsorg og behandling henvises til hjemmesykepleien fra Ahus/sykehus. Ofte går mye av kommunikasjonen direkte mellom sykehus og hjemmesykepleien under forløpet. Viktig å involvere fastlege så tidlig som mulig i den palliative behandlingen.*

*Ved behov inviterer hjemmesykepleien i samråd med pasienten og evt pårørende; fastlege, palliativt team, fysioterapeut for planlegging og avklaring i forhold til den palliative behandlingen som skal gis i hjemmet.*

*For å sikre en god palliativ behandling skrives en "Palliativ plan". Planen gjelder spesielt for de som ønsker å dø hjemme, eller bo hjemme så lenge som mulig. Planen kan også følge pasienten inn på sykehjemmet.*

*Planen er kjent for pasienten, oppbevares i hjemmet og skal underskrives av fastlege. Den skal sikre at behandlingen planlegges og ligger i forkant av hva som kan oppstå i sykdomsforløpet. Det gir sykepleierne fullmakt til å følge de oppsatte forordninger fra fastlege. Videre vil den være avklarende og til god hjelp for legevakt dersom det blir nødvendig å tilkalle lege på kveld/natt/helg. Hvis mulig bør fastlege kunne være tilgjengelig for hjemmesykepleien på mobiltelefon i kritiske faser i forløpet. Det skal også fremgå om pasienten ikke ønsker innleggelse på sykehus.»*

Som ved sykehjemmene oppfattes det i arbeidsgruppen at hjemmesykepleien i sum har god kompetanse innenfor palliasjon, men at man tidvis mangler kvalifisert personell gjennom døgnet og over tid for å kunne utføre denne oppgaven. Det opplyses at det nærmest utføres dugnad av sykepleiere i perioder hvor man utfører krevende palliasjon i hjemmet. Det er sentrale oppgaver innenfor palliasjon som må utføres av sykepleier eks. smertelindring ved injeksjon eller administrering av smertepumper. Pr i dag har ikke hjemmesykepleien nok kompetanse i form av antall årsverk for sykepleiere til at man kan utføre denne type oppgaver gjennom døgnet over tid.

## 6.9 Arbeidsgruppens forslag til tiltak for palliativ behandling i private hjem i Aurskog-Høland kommune

Prosjektet har i sin kartlegging fokusert spesielt på pasienter i sen palliativ fase som trenger omfattende lindrende behandling. Arbeidsgruppen antar at dette er en pasientgruppe hvor kommunen generelt, og hjemmesykepleien spesielt, bør påta seg større oppgaver etter føringer gitt i Samhandlingsreformen. Man legger til grunn at dette kan bedre tilbudet til pasientene og hindre sykehusinnleggelse.

Ulike studier har vist at døende pasienter og pasienter med alvorlig sykdom med behov for lindrende behandling primært ønsker å få hjelp i hjemmet fremfor på sykehus eller sykehjem. Med dette som bakteppe og med Samhandlingsreformens intensjoner kan en forvente at fremtidens tilbud om palliasjon i hjemmesykepleien må økes.

Arbeidsgruppen foreslår en etablering av et palliativt nettverk i kommunen hvor kreftkoordinator vil være kontaktperson og koordinere arbeidet. Ressurspersoner i hvert hjemmesykepleiedistrikt vil sammen med kreftkoordinator utgjøre nettverket. Arbeidsgruppen ønsker ikke at det etableres et eget palliativt team i kommunen, da man vurderer at pasientgrunnlaget for det er for lite, men ønsker å etablere et nettverk av ansatte som primært har andre arbeidsoppgaver, men som arbeider sammen for å dele kompetanse innenfor palliasjonsfeltet. I forslaget ligger det et ønske fra arbeidsgruppen om at alle distrikt i hjemmesykepleien skal opprettholde og utvikle generell kompetanse innenfor lindrende behandling. Når det er behov for spesialisert kompetanse ønskes det at man fortsetter med å innhente denne fra spesialisthelsetjenesten i form av deres palliative team.

Arbeidsgruppen stiller seg positiv til, men ser også svakheter ved samarbeidet som i dag er mellom hjemmesykepleien og palliativt team fra Ahus. Palliativt team fungerer som en veileder for kommunehelsetjenesten og kan nærmest oppfattes som konsulenter i dette arbeidet. Samtidig har de i mange saker en rolle som ansvarlig behandler av pasienten. Dette kan ha uheldige konsekvenser når man forsøker å utvikle fagmiljø med muligheter for veiledning og erfaringsutveksling. I tillegg må man merke seg at palliativt team kun er et tilbud til kreftpasienter. Pasienter med behov for lindring, men som ikke har kreft, må fastlegen selv stå for hele behandlingsopplegget. Dette fordrer at kommunens fastleger og hjemmesykepleie bygger opp kompetanse innen fagfeltet og ikke kun støtter seg til palliativt team. Arbeidsgruppen forventer at samarbeidet med palliativt tema bedres nå som kommunen har ansatt egen kreftkoordinator som naturlig vil være kommunes kontaktperson for palliativt team i mange tilfeller.

Ny rapport fra Agenda Kaupang påpeker at «palliative senger» ikke er begrenset til institusjonsplasser, men er knyttet opp mot kompetansen som er rundt den palliative pasienten. Rapporten slår fast at den palliative sengen er den sengen pasienten ligger i til enhver tid. Arbeidsgruppens opplevelse er at tilgangen på kvalifisert personell gjennom døgnet er den største utfordringen for å kunne tilby palliasjon i hjemmet i større grad enn man gjør i dag. Arbeidsgruppen foreslår at kommunes distrikter for hjemmesykepleie i større grad samarbeider om denne pasientgruppen og åpner opp for at kvalifisert personell til enhver tid kan brukes der hvor behovet er størst. Etter omorganisering av tjenestene i Helse og rehabilitering fra 1.1.2012 vurderer arbeidsgruppen at utgangspunktet for et slikt samarbeid



bør være bedret da alle hjemmesykepleiedistrikt for første gang er samlet under en felles tjenesteleder.

Videre vurderer arbeidsgruppen at det fortløpende må arbeides med rekruttering av ansatte til tjenesten med de faglige kvaliteter det i dag er knapphet på. Samtidig som man må jobbe for å beholde de fagpersoner som i dag er ansatt i tjenesten i tillegg til å stimulere de til å holde seg faglig oppdatert og tilby ordninger for videreutdanning i relevante fagretninger.

#### **6.10 Kartlegging av dagens drift og organisering av palliativ omsorg i Rømskog kommune**

Palliativ behandling som utføres i Rømskog er diagnoseuavhengig, men kreftpasienter utgjør en stor gruppe. Felles for pasientene er forekomst av plagsomme symptomer, av fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell natur.

Rømskog kommune har såkalt integrerte tjenester hvor Rømskog Eldresenter er base for bemanningen, men hvor ansatte også utfører hjemmesykepleie til hjemmeboende i kommunen. I tilfeller hvor palliasjon utføres i brukers hjem stilles tjenesten overfor utfordringer i forhold til å ha kvalifisert personell gjennom døgnet over tid.

Ved Rømskog eldresenter er det nylig bygd opp og innredet et nytt enerom med tilhørende bad som er øremerket for palliasjon, eller annen spesiell behandling. Rommet er innredet med en liten stueavdeling og tilrettelagt for bruker og pårørende. Beliggenheten er til dels skjermet fra sykehjemsavdelingen og har egen inngang. Rommet er utstyrt med medisinsk/teknisk utstyr, som vil være hensiktsmessig å ha tilgjengelig i utføring av palliasjon. Bemanningen av rommet er felles med sykehjemmet.

I grunnturnus har Rømskog eldresenter full sykepleiedekning, men ved ferieavvikling, permisjoner, sykdom osv. har man utfordringer i forhold til å dekke opp alle vakter med sykepleiere. Videre er det ikke sykepleier med videreutdanning i palliasjon ansatt ved eldresenteret i dag. Sykehjemslegen er ved eldresenteret 6 timer pr uke, fordelt på to dager, i tillegg til at vedkommende ofte er tilgjengelig per telefon utover normert arbeidstid. Legetilsyn utover dette dekkes av legevaktslege.

Rømskog oppgir å ha behov for tjenestene som palliativt team fra Ahus tilbyr pasienter i målgruppen, men uttrykker et ønske om at kommunikasjonen mellom teamet og pasientenes fastlege/tilsynslege bedres.

#### **6.11 Arbeidsgruppens forslag til palliativ behandling i Rømskog kommune**

I forhold til dagens og fremtidig (estimert økning) av antall innbyggere i Rømskog vurderer arbeidsgruppen at behovet for palliative senger kan dekkes av det etablerte rommet på eldresenteret.

Det påpekes at lavt volum på tjenesten kan ha negativ innvirkning på kvaliteten i tjenesten. For å møte krav til kvalitet i utøvelsen av palliasjon foreslår arbeidsgruppen at det jobbes med å rekruttere sykepleier med videreutdanning i palliasjon og/eller stimulere ansatte til å søke relevant videreutdanning.

## 7 KOMPETANSE

*Fra mandatet: «Arbeidsgruppens forslag til tiltak skal sees i sammenheng med tverrfaglig kompetanse og ressurser man i dag innehar i Aurskog-Høland kommune og Rømskog kommune. Videre skal arbeidsgruppen utrede kompetansebehov og utforme tiltak for å sikre rekruttering innenfor alle tiltak som fremmes i prosjektet.»*

Kompetanse beskrives ofte som de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål.

Kompetansebegrepet omfatter både formell kompetanse, det vil si dokumentert kompetanse, og realkompetanse som kunnskap, ferdigheter, evner og holdninger som ikke er dokumentert gjennom utdanningssystem eller sertifisert på annen måte.

### 7.1 Krav til forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 sier at de helse- og omsorgstjenester kommunen tilbyr eller yter etter loven skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud
- den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Kravet om forsvarlighet er en rettslig standard som innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenesten bør være. Det følger av forsvarlighetskravet at tjenestene må holde tilfredsstillende kvalitet, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang.

Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 sier at enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Krav til kvalitet er ikke satt til et bestemt nivå, men er et prosesskrav som først og fremst er et krav til systematisk styring og ledelse av tjenester.

Pasient- og brukersikkerhetsbegrepet tar utgangspunkt i å verne pasienter og brukere mot å bli påført skade eller bli utsatt for risiko for skade når de mottar helse- og omsorgstjenester eller søker slike tjenester.

### 7.2 Dagens kompetansenivå i Aurskog- Høland og Rømskog kommuner

Arbeidsgruppen har utført en enkel kartlegging av fagkompetansen innenfor de tjenester som er utredet i prosjektet ved hjelp av registrering av antall ansatte med formell utdanning. Det vurderes av kartleggingens resultat at de ansatte har god og differensiert kompetanse som gir grunnlag for gode tjenester til ulike brukergrupper. Dette sees som et godt utgangspunkt for å

møte de nye oppgavene og kravene som er gitt i Samhandlingsreformen. Det vurderes særlig at tjenestene innenfor sykehjem, hjemmesykepleie, fastlegeordning og legevakt er preget av solide fagmiljø med mye kompetanse. Vurderingen støttes av kommunebarometeret for Aurskog- Høland 2012 som konkluderer med at det er en høy andel av ansatte med fagutdanning i pleie og omsorgssektoren, og at dette området ligger et godt stykke foran landsgjennomsnittet. Men det påpekes at legedekningen er noe lav (på tross av at den har økt) og dekningen av psykiatriske sykepleiere er noe lavere enn mediankommunen. For Rømskog kommune støttes også arbeidsgruppens vurdering av at det er en høy andel fagkompetanse i tjenestene. I kommunebarometeret for 2012 beskrives en dekning av fagutdannede innen pleie og omsorg på over 90 %, noe som kvalifiserer til å komme best ut av alle kommuner i Østfold.

### **7.3 Kompetansebehov, organisering og rekruttering ved fremtidige tjenester**

I praksis er det den enkelte ansatte som hver for seg og sammen som skal gjennomføre samhandlingsreformen. I årene som kommer vil det bli en markert økning i behovet for pleie- og omsorgstjenester både i Aurskog-Høland, Rømskog og nabokommunene. Dette kan medføre knapphet på kvalifisert arbeidskraft.

Nye ansvarsområder for kommunen vil kreve at ansatte tilegner seg ny kunnskap, bedrer det tverrfaglige samarbeidet og legger til rette for brukermedvirkning i tjenesten. Det vil være behov for ny kunnskap, etter- og videreutdanningsmuligheter, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring generelt. Arbeidsgruppen vurderer at ledere i alle ledd av de kommunale tjenester og sektorer har et spesielt ansvar for at kommunene møter krav gitt av Samhandlingsreformen. Man vektlegger spesielt at det jobbes for å styrke det helsefremmende og forebyggende arbeidet i egen kommune. Videre vektlegger arbeidsgruppen viktigheten av at kommunene deltar i og tilegner seg forskning, for å sikre utvikling av kunnskapsbasert praksis i tjenestene.

Innenfor den nye tjenesten ØHD vil det spesielt stilles krav til at kommunen rekrutterer kvalifisert personell. Den nasjonale veilederen for ØHD sier at kommunene er bundet av forsvarlighetskravet som innebærer at virksomheten som etableres skal ha personell med den kompetansen og de ferdigheter som er nødvendig for å gi pasienten forsvarlig behandling. Det er ikke lagt til grunn en bemanningsfaktor for å ivareta pasientgruppen, men det er i finansierungsordningen lagt til grunn at tilbudet skal ha dekning av sykepleier 24/7/365 og legedekning 45 minutter pr. døgn pr pasient. Veileder sier videre at for et kommunalt ØHD- tilbud skal være forsvarlig må blant annet personellet ha observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse for å ivareta pasienter som er akutt syke, får en forverring av tilstand eller behøver observasjon og overvåkning. I tillegg til generell økt generalistkompetanse for de ulike faggrupper, stilles det krav om prosedyrekunnskap og nødvendig bruk av medisinsk utstyr. Det skal også sørges for nødvendig opplæring av personell og foreligge planer og rutiner for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening.

Det vurderes at ansettelse av lege til ØHD og kommunens korttidsplasser kan bli en utfordring i forhold til å rekruttere kompetent personell til de tiltak som er fremmet i rapporten. Dette bygger på kunnskap om at det tidligere har vært noe vanskelig å rekruttere sykehjemsleger til kommunen. En mulig årsak til dette kan være at arbeid som

sykehjemslege alene ikke kvalifiserer til spesialisering – og av den grunn ikke er attraktivt for kompetente søkere. Det foreslås derfor et alternativt forslag om at kommunes fastleger blir ansvarlige for ØHD på dagtid, – og understreker at løsningen ikke er en reserveløsning, men ansees som en realistisk og god løsning for denne tjenesten. Lykkes man i å ansette kompetent sykehjemslege, eller fordele ansvaret på dagtid mellom kommunes fastleger, vil det etter arbeidsgruppens skjønn sikre kvalitet på tjenesten.

Det anbefales at det utføres en GAP analyse i Aurskog-Høland og Rømskog for en fullstendig kartlegging av det eksisterende kompetansenivået, og utforming av fremtidig kompetansebehov, som kan sikre god kvalitet i tjenestene. Aurskog-Høland kommune har planlagt gjennomføring av en omfattende kompetansekartlegging i 2013 og denne vil mulig danne grunnlag for en rekrutteringsplan.

Utredningen viser at Aurskog-Høland og Rømskog kommuner vil ha behov for å rekruttere sykepleiere med videreutdanning innenfor kreftomsorg/palliasjon, rehabilitering og geriatri. Rekrutteringen kan enten forgå ved nyansettelser eller som tilbud om videreutdanning for ansatte. Tilslutt påpeker arbeidsgruppene at ansatte innenfor alle tjenester i Helse og rehabilitering må tilegne seg økte kunnskaper om forebygging og helsefremming for å møte krav gitt av Samhandlingsreformen.

## 8 OPPSUMMERING AV FORSLAG TIL TILTAK

<b>Folkehelse</b>
<p>Det anbefales å etablere lærings- og mestringstjenester for kronikergrupper innen diagnosegrupper som KOLS, hjerte- og karsykdom, diabetes, psykiske lidelser og overvekt. Arbeidsgruppen anbefaler å etablere et eget lærings- og mestringssenter i et eventuelt nytt Lokalmedisinsk senter på Bjørkelangen for Aurskog-Høland og Rømskog. For starte opp med lærings- og mestringstjenester anbefales å opprette 1 stilling til koordinering av kursvirksomhet og tilbud. I tillegg anbefales det å opprette 1 stilling for klinisk ernæringsfysiolog tilknyttet lærings- og mestringstilbudet.</p>
<p>Ved en eventuell opprettelse av lærings- og mestringssenter anbefales det at fysio- og ergoterapitjenesten flyttes til lokaler i tilknytning til lærings- og mestringssenteret.</p>
<p>Opprettelse av Frisklivssentral som en videreutvikling og styrking av Fysak med tilbud om hjelp til endring av levevaner, motivasjonssamtaler, gruppetilbud mm. Det vurderes som hensiktsmessig at Aurskog-Høland og Rømskog samarbeider om opprettelsen.</p>
<p>Det anbefales at Aurskog-Høland kommune ansetter en folkehelsekoordinator med ansvar for tilbudet ved Frisklivssentralen og for koordinering av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer og avdelinger i kommunen.</p>
<p>Aurskog-Høland kommunes tilbud om hjemmebesøk til eldre over 83 år som ikke har pleie- og omsorgstjenester bør videreutvikles og utføres tverrfaglig. Blant annet bør tjenesten ha fallforebyggende innhold.</p>
<p>Økt samarbeid mellom kommunale virksomheter og lag, foreninger og private aktører.</p>
<p>Det anbefales at Rømskog kommune utvikler allerede eksisterende tjenester innenfor folkehelse, og utvikler nye, parallelt med at det utvikles tjenester i fellesskap med Aurskog-Høland kommune. Eksempler på tjenester som anbefales etablert er fallforbygging og oppsøkende virksomhet til eldre.</p>

### Lokalmedisinsk senter

Det anbefales at Aurskog-Høland og Rømskog etablerer 4 senger for ØHD og samlokaliserer tjenesten med legevakt i et nytt Lokalmedisinsk senter på Bjørkelangen.

Lege i vakt på kveld, natt og helg samt sykehjemslege på dagtid anbefales som medisinsk ansvarlig for pasienter som benytter ØHD.

Det anbefales å samle alle korttids- og rehabiliteringsplasser i Aurskog- Høland på et sykehjem. Ved en eventuell etablering av Lokalmedisinsk senter sees det som mest hensiktsmessig å samle korttids plassene i geografisk nærhet til senteret for å oppnå nærhet til legekompentansen.

I Aurskog- Høland anbefales det å avvikle de eksisterende rommene for palliasjon som er lokalisert på langtidsavdelinger og videre opprette et rom for palliasjon på en korttidsavdeling.

Ved Eldresenteret på Rømskog anbefales det å fortsette drift som i dag, men ha økt fokus på rekruttering av nye yrkesgrupper og fagpersoner med kompetanse innenfor eksempelvis palliasjon og rehabilitering.

Det anbefales å utføre en GAP analyse i Aurskog-Høland og Rømskog for en fullstendig kartlegging av kompetansenivå i tjenestene og utforming av fremtidig kompetansebehov.