



# INNKALLING til kommunestyremøte

Det innkalles til kommunestyremøte på Kommunehuset **torsdag 14. februar 2013 kl.19.00.**

Til behandling:

- |             |  |
|-------------|--|
| K-SAK 1/13  | RAPPORT FINANSFORVALTNINGEN 2012   |
| K-SAK 2/13  | PRIORITERINGSLISTE VEILYS  |
| K-SAK 3/13  | VALG AV FORLIKSRÅD   |
| K-SAK 4/13  | VALG AV ADMINISTRASJONSUTVALG  |
| K-SAK 5/13  | VALG AV LØNNFORHANDLINGSUTVALG FOR LEDERE  |
| K-SAK 6/13  | VALG AV NYTT VARAMEDLEM FOR ARBEIDSGIVERS<br>REPRESENTANT I ARBEIDSMILJØUTVALGET   |
| K-SAK 7/13  | BUDSJETTJUSTERING-BAGATELLMESSIG STØTTE TIL<br>OMBYGGING-TØRNBYBUTIKKEN  |
| K-SAK 8/13  | SAMHANDLINGSPROSJEKT AURSKOG-HØLAND OG<br>RØMSKOG KOMMUNE – FORSLAG OM<br>FOLKEHELSETILTAK OG ETABLERING AV<br>LOKALMEDISINSK SENTER |
| K-SAK 9/13  | VEDLIKEHOLDSPPLAN KOMMUNALE BYGG OG<br>ANLEGG 2013 - 2017  |
| K-SAK 10/13 | PLANSTRATEGI 2012-2016   |
| K-SAK 11/13 | ANNENGANGS BEHANDLING – EGENGODKJENNING AV<br>TRAFIKKSIKKERHETSPLAN FOR RØMSKOG KOMMUNE 2013-<br>2024                                |


K-SAK 12/13 HØRINGSUTTALELSE FORVALTNINGSPLAN FOR STORE  
ROVDYR (saksfremlegget ettersendes, vedlegget er vedlagt.)

K-SAK 13/13 ÅRSMELDING FRA KONTROLLUTVALGET 2012

Forfall meldes kommuneadministrasjonen snarest.

Rømskog, 06.02.13

Kari Pettersen  
ordfører

  
Anne Kirsti Johnsen  
rådmann



## **SAK: RAPPORT FINANSFORVALTNINGEN 2012**

<b>Behandlende organ:</b>	<b>Møtedato</b>	<b>Sak nr.</b>	<b>Ark.nr.</b>
<b>Formannskapet</b>	<b>04.02.2013</b>	<b>2/13</b>	<b>250</b>
<b>Kommunestyret</b>	<b>14.02.2013</b>	<b>1/13</b>	<b>250</b>

Saksbehandler: Roar Karlsen

### **1. HVA SAKEN GJELDER:**

Rapport over finansforvaltningen i 2012.

### **2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL INNSTILLING:**

Rapporten tas til orientering.

### **3. VEDTAK:**

#### **3.1 FORMANNSKAPETS INNSTILLING TIL KOMMUNESTYRET:**

Rådmannens forslag til innstilling vedtas.

#### **3.2 VEDTAK I KOMMUNESTYRET:**

### **4. SAKENS FAKTA:**

I henhold til Rømskog kommunes finansreglement som ble vedtatt i K-sak 53/10 den 16.12.2010 kap. 6.5 og 7.7, skal en finansrapport forelegges kommunestyret for hver tertial.

Rapporten skal inneholde oversikt over ledig likviditet og oversikt over kommunens gjeldsportefølje.

### **5. RÅDMANNENS VURDERING:**

Rapporten gir et dekkende bilde av kommunens finansielle situasjon. Denne vurderes å være tilfredsstillende, men rentenivået følges nøye.

### **6. AKTUELLE VEDLEGG:**

Vedlegges:

- Rapport Finansforvaltningen 2012

### **7. UTSKRIFT SENDT:**

# RAPPORT FINANSFORVALTNINGEN 2012

I henhold til Rømskog kommunes finansreglement som ble vedtatt i K-sak 53/10 den 16.12.2010 kap 6.5 og 7.7, skal en finansrapport forelegges kommunestyret hver tertial.

Rapporten skal minimum inneholde følgende:

## Ledig likviditet

- Fordeling på de ulike plasseringsalternativer
- Fordeling frie midler og hva som finnes på fond
- Egne rentebetingelser
- Rådmannens kommentarer om sammensetningen

## Gjeldsportefølje

- Opptak av nye lån
- Konvertering eldre lån
- Sammensetning av verdi av porteføljen
- Løpetid og gjennomsnittlig rentebinding
- Egne rentebetingelser sammenlignet med markedet
- Rådmannens kommentar av endring i risiko, gjenværende rentebinding
- Forestående finansierings- /refinansieringsbehov

## **Ledig likviditet**

Rømskog kommune har alle sine midler (100 %) i Marker Sparebank. Kommunens samlede innskudd i Marker Sparebank overstiger ikke 2 % av bankens forvaltningskapital jfr finansreglementet pkt 6.1.

Vi har ikke inngått avtale om endring av renteavtale med Marker Sparebank i denne perioden.

Innskuddsplasseringer	31.12.2012	31.12.2011
<b>Innestående bank</b>	<b>3 191 212</b>	<b>2 038 019</b>
Herav skattetrekkmidler	1 775 704	1 120 020
Rentesats	0,5	0,5
<b>Andre plasseringer</b>	<b>31 727 760</b>	<b>30 953 261</b>
Herav særinnskudd bank	31 287 294	30 543 182
Herav Næringsfond	440 466	410 079
Rentesats	3,20 (Næringsfond 2,20)	3,60 (Næringsfond 2,45)
<b>Totalsum innskudd</b>	<b>34 918 973</b>	<b>32 991 280</b>

Vi har en løpende vurdering av sammensetning på brukskonti og på konti med høyere rente.

Pr 30.09.12 var snittrenten på bankinnskudd 2,30, pr 31.12.2011 var den på 2,57 % i flg SSB. NIBOR 3 mnd var på 2,01 % på samme tidspunkt i forhold til 2,96 % 31.12.11. Avtaler som benyttes i mange tilfeller er "NIBOR 3 mnd + 0,5 % margin" som et eksempel. NIBOR 3 mnd var ved denne datoen 0,95 % lavere enn ved forrige årsskifte. Snittrenten på bankinnskudd var 0,27 % lavere.

Kommunen har driftslikviditet til å dekke løpende forpliktelser de neste tre måneder. Det er ikke avtalt tidsbinding for bankinnskuddene jfr finansreglementet pkt 6.1

## Låneportefølje

Finansreglementet gir rammer for hvordan låneporteføljen skal forvaltes. Det skal vurderes sammensetning av lånetypene med fastrente og løpende rente. Rømskog kommune har i dag en andel av fastrente på 27 %, andelen er i løpet av året økt. Vi har et mål om at andelen fastrentelån skal være ca 25 %.

I 2012 har rentenivået i pengemarkedet sunket. Dette var i 2012 en utvikling som etter hvert var i tråd med varsler fra økonomer og Norges Bank.

Etter at administrasjonen i 2012 endret litt på sammensetningen av låneporteføljen vil det ikke være behov for nye endringer den nærmeste tiden. Skulle det oppstå vesentlige endringer på finansmarkedet eller i Rømskog kommune sin portefølje vil administrasjonen vurdere evt endringer.

I Finansreglementet ligger det også en begrensning om at enkeltlån ikke kan utgjøre mer enn 25 % av den samlede låneporteføljen. Av vår portefølje på ca 24 millioner kan et enkeltlån utgjøre 6,0 millioner. Alle lånene i porteføljen er godt innenfor dette kravet. Det største enkeltlånet i dag er på ca 4,7 millioner.

Oversikten over låneporteføljen inneholder også Startlån fra Husbanken. Dette er lån som i utgangspunktet skal betjenes uten noe bidrag fra kommunen, altså utelukkende av låntagerne. Vi har avtale med Lindorff som administrerer disse lånene. Restgjelden på disse lånene er ca 2.550.000,-

<b>Sammendrag låneportefølje</b>	<b>Lånebeløp</b>	<b>Restgjeld</b>	<b>Sammen- setning (%)</b>	<b>Snitt- kredittid (år)</b>	<b>Snittrente- binding (år)</b>	<b>Snittrente</b>
<b>Fast rente</b>	<b>7 800 000</b>	<b>6 531 245</b>	<b>27</b>	<b>24,39</b>	<b>2,96</b>	<b>4,11 %</b>
<b>Flytende rente</b>	<b>25 394 820</b>	<b>17 415 970</b>	<b>73</b>	<b>24,23</b>	<b>-3,05</b>	<b>2,41 %</b>
<b>TOTALT</b>	<b>33 194 820</b>	<b>23 947 215</b>	<b>100</b>	<b>24,27</b>	<b>-1 41</b>	<b>2,88 %</b>

Tabellen viser at Rømskog kommune har en snittrente på 4,11 % på fastrente og 2,41% på flytende rente, begge sett sammen gir et snitt på 2,88%. SSB sine statistikker viser at utlånsrenten har et snitt på 4,78 %. Når vi ser på dette ser våre avtaler fortsatt bra ut. Snittrenten på våre lån er redusert med 0,5 % mens snittrenten for alle finansinstitusjoner har redusert med 0,25.

## Utestående fordringer

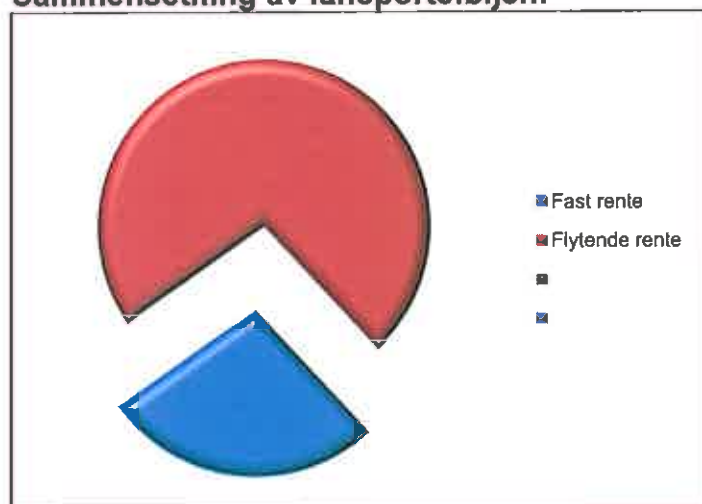
Rømskog kommune har også lånt ut midler til Rømskog Næringssselskap AS, dette selskapet er 100% eid av Rømskog kommune.

Beløpet som er lånt ut til selskapet er pr 31.12.2012:

Kr 2.028.000,00

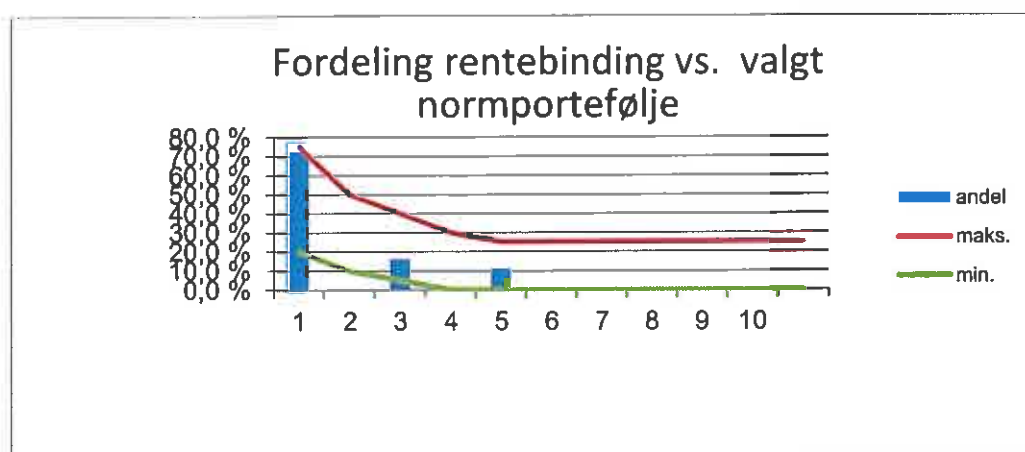
## Risikovurdering

### Sammensetning av låneporteføljen:



Økt renteutgift ved 1 % generell endring av utlånsrenten vil på de lånene med flytende rente utgjøre ca 174.000,- i årlig merutgift på den gjelden vi har pr 31.12.2012.

## Fordeling rentebinding



### Forklaring diagram

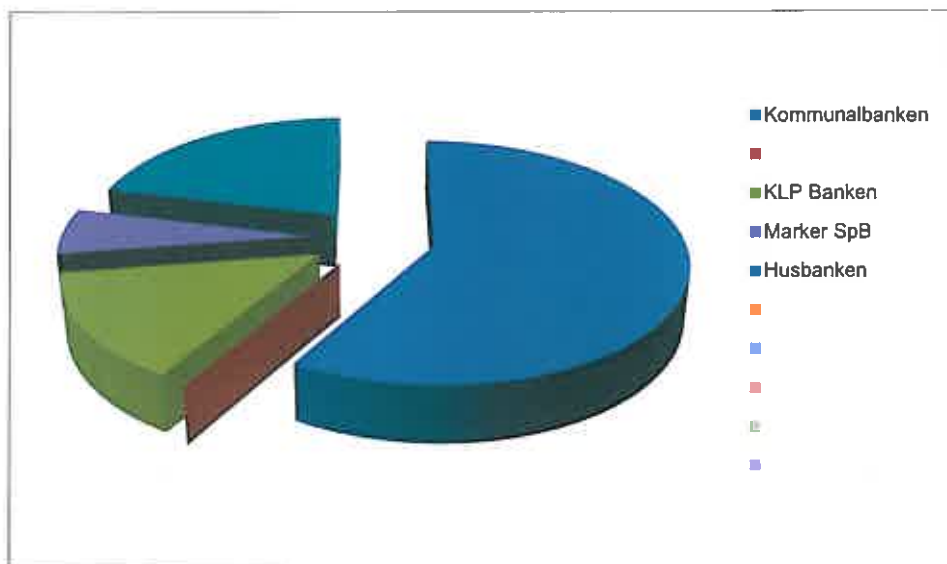
Maks.- og min.-grafene tilsvarer maks.- og min.-tallene under "Normportefølje."

Søylene viser hvordan den faktiske fordelingen i intervallene er.

Søylene for faktisk andel skal ideelt sett ligge mellom maks.- og min.- grafene, slik at man lett kan se om porteføljen holder seg innenfor de vedtatte grensene i finansreglementet.

## Motpartsrapport

Motpartsrapport (sammendrag)	Saldo	Andel
Kommunalbanken	14 027 970	58,58 %
Marker Sparebank	1 467 466	6,13 %
KLP	3 394 555	14,18 %
Husbanken	5 057 224	21,12 %
<b>Sum</b>	<b>25 067 320</b>	<b>100,00 %</b>



Det er ikke tatt opp nye lån i 2012, kun Startlån til videre utlån..

### **Forestående finansieringsbehov**

Det eneste låneopptak som er vedtatt for 2013 er Startlån fra Husbanken med kr. 300.000,-



**SAK: PRIORITERINGSLISTE VEILYS**

Behandlende organ:	Møtedato	Sak nr.	Ark.nr.
Formannskapet	04.02.2013	5/13	T51
Kommunestyret	14.02.2013	2/13	T51

Saksbehandler: Kjell Flenstad

**1. HVA SAKEN GJELDER:**

Oppdatering av prioriteringsliste for oppsetting av kommunale veilys på byggefelt.

**2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL INNSTILLING:**

1. Prioriteringsliste for oppsetting av kommunale veilys byggefelt:
  - 1.Haukenesfeltet
  - 2.Skuråsfeltet og øvre del Steinbyfeltet
2. Tiltaket finansieres ved bruk av disposisjonsfond og investeringsfond med inntil kr 600 000.

**3.VEDTAK:**

**3.1 FORMANNSKAPETS BEHANDLING:**

Forslag fra Krf:

Det investeres i veilys på Haukenesfeltet, Steinbyfeltet og Skuråsfeltet i 2013 med forbehold om at tiltaket kan dekkes av fond.

**3.2 FORMANNSKAPETS INNSTILLING TIL KOMMUNESTYRET:**

Det investeres i veilys på Haukenesfeltet, Steinbyfeltet og Skuråsfeltet i 2013 med forbehold om at tiltaket kan dekkes av fond.

**3.3 VEDTAK I KOMMUNESTYRET:**

**4. SAKENS FAKTA:**

Kommunestyret vedtok i sak 12/10 følgende prioriteringsliste for utbygging av kommunale veilys:

1. Rest Steinbyfeltet og Haukenesfeltet
2. Sørøver fra Hellnefeltet til Krokenfeltet
3. Skjønnhaug til Sundsrud
4. Bøsand til kirken
5. Ramberg til Skjønnhaug
6. Klubbetjern

Lyset langs riksveien er i utgangspunktet veivesenets ansvar. Veivesenet har tidligere pga den lave trafikkmengden på riksveien avslått å yte støtte til dette lyset.

Det gjenstår kr 634 498 på fond til veilys. Det er innhentet prisoverslag på oppsett av veilys på Haukenesfeltet, det vil koste ca kr 400 000. Rest Steinbyfeltet og Skuråsfeltet vil bli om





## RØMSKOG KOMMUNE

lag kr 500 000. Det vil være lite rasjonelt ikke å sette opp veilys på Skuråsfeltet samtidig som rest Steinbyfeltet. Årlige nye driftskostnader vil bli om lag 30 000 pr felt, dvs 60 000 pr år hvis formannskapetets innstilling vedtas. Totalkostnaden for investeringen formannskapet har foreslått er kr 900 000. Hvis dette vedtas er alle ubundne fondsmidler disponert.

### **5. RÅDMANNENS VURDERING:**

Det vurderes at det kan investeres i veilys på Haukenesfeltet i 2013. Det anbefales at neste steg vil kunne være rest Steinbyfeltet og Skuråsfeltet, og at disse områdene bør tas samtidig. Investeringen dekkes over investeringsfond og disposisjonsfond.

### **VEDLEGG:**

### **3. UTSKRIFT SENDES:**

Utvikling



**RØMSKOG KOMMUNE**

## **RØMSKOG KOMMUNE**

### **SAK: VALG AV FORLIKSRÅD**

<b>Behandlende organ:</b>	<b>Møtedato</b>	<b>Sak nr.</b>	<b>Ark.nr.</b>
Formannskapet	04.02.2013	6/13	X43
Kommunestyret	14.02.2013	3/13	X43

Saksbehandler: Anne Kirsti Johnsen

#### **1. HVA SAKEN GJELDER:**

Valg av ett nytt varamedlem til forliksrådet.

#### **2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL INNSTILLING:**

1. Forliksrådet velges som i Kommunestyresak 55/11 med følgende unntak:  
Det velges nytt varamedlem til forliksrådet i stedet for Harry Johannessen.  
Som varamedlem velges

#### **3. VEDTAK:**

##### **3.1 FORMANNSKAPETS INNSTILLING TIL KOMMUNESTYRET:**

Forliksrådet velges som i Kommunestyresak 55/11 med følgende unntak:

Det velges nytt varamedlem til forliksrådet i stedet for Aksel Robert Haugen. Som 3.varamedlem velges Nina Hellebakken.

##### **3.2 VEDTAK I KOMMUNESTYRET:**

#### **4. SAKENS FAKTA:**

I Kommunestyresak 55/11 ble det valgt forliksråd med medlemmer og varamedlemmer gjeldende fra 1.1.13.

##### **Medlemmer:**

Tormod Tørnby  
Gunhild Bergquist  
Eva Taraldrud

##### **Varamedlemmer:**

Rune Jørgensen  
Aksel Robert Haugen  
Harry Johannessen

Leder: Tormod Tørnby  
Nestleder: Gunhild Bergquist

Fylkesmannen har i brev av 31.10.12 meddelt at valget ikke kan godkjennes da det kun er valgt mannlige varamedlemmer.



## RØMSKOG KOMMUNE

Dette er i strid med Domstolloven § 27 andre ledd:

*Forliksrådet skal ha tre medlemmer og like mange varamedlemmer. Blant medlemmene og blant varamedlemmene skal det være både kvinner og menn.*

Lensmannen har opplyst at Rømskog pr 1.1.13 var ajour med sine saker og at nytt valg kunne gjøres i Kommunestyremøte 14.februar. Medlemmene og varamedlemmene skal også underlegges vandelskontroll før innberetning til Fylkesmannen som foretar godkjenning av valget.

### **5. RÅDMANNENS VURDERING:**

Det bør velges ett nytt kvinnelig varamedlem i stedet for Harry Johannessen som står nederst på listen.

### **VEDLEGG (i saksmappe):**

Brev fra Fylkesmannen av 31.10.12

### **3. UTSKRIFT:**

De valgte

Lensmannen i Marker og Rømskog

Fylkesmannen i Østfold



## **RØMSKOG KOMMUNE**

### **SAK: VALG AV ADMINISTRASJONSUTVALG**

<b>Behandlende organ:</b>	<b>Møtedato</b>	<b>Sak nr.</b>	<b>Ark.nr.</b>
Formannskapet	04.02.2013	7/13	035
Kommunestyret	14.02.2013	4/13	035

Saksbehandler: Anne Kirsti Johnsen

#### **1. HVA SAKEN GJELDER:**

Valg av nytt medlem og varamedlem til administrasjonsutvalget.

#### **2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL INNSTILLING:**

Det velges nytt medlem til administrasjonsutvalget for Jeanette M. Jansson og nytt varamedlem for Rune Jørgensen.

Som medlem velges

Som varamedlem velges

#### **3. VEDTAK:**

##### **3.1 FORMANNSKAPETS INNSTILLING TIL KOMMUNESTYRET:**

Det velges nytt medlem til administrasjonsutvalget for Jeanette M. Jansson og nytt varamedlem for Rune Jørgensen.

Som medlem velges Sigbjørn Gløtta.

Som varamedlem velges en representant fra Frp.

##### **3.2 VEDTAK I KOMMUNESTYRET:**

#### **4. SAKENS FAKTA:**

I Kommunestyresak 55/11 ble det valgt administrasjonsutvalg med fem medlemmer (formannskapet) og varamedlemmer (formannskapets varamedlemmer). I tillegg skal to medlemmer utpekes av og blant arbeidstakerorganisasjonene etter forholdstall.

Administrasjonsutvalgets arbeidsområde er personal- og organisasjonssaker og oppgaver tilknyttet kommunens arbeidsgiverfunksjon. Av de av kommunestyret valgte representanter er et medlem og et varamedlem ansatt i kommunen. Det er ikke i strid med reglementet for administrasjonsutvalget, men med dagens sammensetning kan i praksis kommunen komme i den situasjon at de ansatte utgjør flertallet i administrasjonsutvalget.

#### **5. RÅDMANNENS VURDERING:**



## RØMSKOG KOMMUNE

Det bør velges ett nytt medlem og ett nytt varamedlem som ikke er ansatt i kommunen til administrasjonsutvalget. Det vil være vanskelig for ansatte i kommunen å representere arbeidsgiver i personal- og organisasjonssaker.

### **VEDLEGG:**

Reglement for administrasjonsutvalget.

### **3. UTSKRIFT:**

De valgte



## REGLEMENT FOR ADMINISTRASJONSUTVALGET I RØMSKOG KOMMUNE.

### § 1 Valg og sammensetning.

Administrasjonsutvalget består av 5 medlemmer valgt av kommunestyret og 2 medlemmer medlemmer utpekt etter forholdstallsprinsippet av og blant arbeidstakerorganisasjonene.

Det er ikke krav om at de ansattes representanter skal være bosatt i kommunen.

Kommunestyret velger leder og nestleder blant de politisk valgte medlemmene.

Dersom et medlem faller fra eller løses fra vervet, velges det nytt medlem, selv om det er valgt varamedlem. Faller lederen fra, eller han løses fra vervet, skal det velges ny leder selv om det tidligere er valgt nestleder, jmf. kommuneloven § 16 nr 3 og 4.

### § 2 Arbeidsområde.

Administrasjonsutvalget er kommunens utvalg for personal- og organisasjonssaker og har som arbeidsområde de oppgaver som har tilknytning til kommunens arbeidsgiverfunksjon.

Utvalget har et hovedansvar for å ta initiativ innen dette arbeidsområdet.

### § 3 Administrasjonsutvalgets avgjørelsesmyndighet.

Administrasjonsutvalget treffer vedtak innenfor budsjettets rammer og etter de retningslinjer som er fastsatt i lov, i medhold av lov eller vedtatt av kommunestyre / formannskap, herunder :

- a. Vedta retningslinjer for ansettelses- og rekrutteringsprosedyren.
- b. Foreta tilsetting av arbeidstakere i de tilfellene hvor noen i det administrative ansettelsesorganet bringer ansettelsessaken inn for administrasjonsutvalget.
- ( c. Avgjøre søknader om tilståelse av telefongodtgjøring, bierverv utenfor hovedstilling i )  
kommunen m. v.
- d. Avgjøre tvistemål om tolkning og praktisering av avtaler, reglementer og andre bestemmelser som angår arbeidstakernes ansettelses- og arbeidsvilkår.
- e. Andre saker som kommunestyret måtte delegere til utvalget.

#### **§ 4 Saker hvor utvalget har uttalerett.**

Administrasjonsutvalget har uttalerett i følgende saker :

- a. Ved ansettelse av rådmann i kommunen.
- (b. Ved oppsigelse av arbeidstakere.)
- c. Drøfte forslag til oppretting og indragning av stillinger.
- d. Forslag til sentrale avtaler.
- e. Forslag til instruks for rådmannen.
- f. Nye organisasjons- og bemanningsplaner.
- g. Ved innføring av ny teknologi og vesentlig omlegging av de tekniske hjelpemidler.
- h. Forslag til større effektiviseringstiltak.
- i. Forslag til personalpolitiske retningslinjer.
- j. Retningslinjer for delegasjon av avgjørelsesmyndighet i saker nevnt under § 3 til administrasjonen.
- k. Andre saker som kommunestyret måtte forelegge utvalget.

#### **§ 5 Mindretallsanke.**

I saker hvor utvalget har avgjørelsesmyndighet, kan et mindretall forlange saken framlagt for formannskapet.

Ordfører og rådmann kan også anke saken. Krav om anke må fremmes før møtets slutt og protokolleres.

#### **§ 6 Arbeidstakerrepresentantenes kompetanse og habilitet.**

De ansattes representanter blir medlemmer av utvalget med samme rettigheter og plikter som de politisk valgte medlemmene.

De ansattes representanter kan ikke velges til, eller delta i det spesielt nedsatte forhandlingsutvalget eller ved forberedelse av forhandlingssaker, jfr. § 9 i reglementet.

#### **§ 7 Administrasjonsutvalgets møter.**

- a. Administrasjonsutvalget skal ha møte når lederen finner det påkrevet eller når 3 medlemmer krever dette.
- b. Administrasjonsutvalget innkalles normalt skriftlig med 8 dagers varsel. Saksdokumentene sendes til medlemmer, varamedlemmer og andre med møterett.
- c. Administrasjonsutvalget er beslutningsdyktig når minst halvparten av medlemmene er til stede. Avgjørelser treffes med alminnelig flertall. Ved stemmelikhet er lederens stemme avgjørende, bortsett fra ved valg, jmf. kommuneloven § 38 nr. 1.
- d. Ordfører og rådmann har møte- og talerett i utvalgets møter.
- e. Det skal føres møtebok. Utskrift av møteboka sendes innen en uke til medlemmene i administrasjonsutvalget, formannskapet og andre med møterett.

## **§ 8 Sekretariatets oppgaver.**

Rådmannen utpeker sekretær for utvalget. Sekretæren har møteplikt og talerett. Sekretæren kan i samråd med lederen innkalle andre det er ønskelig å rådføre seg med.

## **§ 9 Forhandlingsutvalg.**

Forhandlingsutvalget utpekes blant de politisk valgte medlemmene i administrasjonsutvalget eller blant kommunestyrets medlemmer.

Kommunale arbeidstakere bør ikke velges som medlem av forhandlingsutvalget.

Rådmannen gir faglig bistand til forhandlingsutvalget, eksempelvis lede forhandlingene.

Forhandlingsutvalget forbereder og gjennomfører forhandlingene med  
(arbeidstakerorganisasjonene.)

Vedtatt av administrasjonsutvalget 23.10.96. Adm.sak 13/96.

Vedtatt av kommunestyret 14.11.96. K-sak 52/96.





## **RØMSKOG KOMMUNE**

### **SAK: VALG AV LØNNSFORHANDLINGSUTVALG FOR LEDERE**

<b>Behandlende organ:</b>	<b>Møtedato</b>	<b>Sak nr.</b>	<b>Ark.nr.</b>
Formannskapet	04.02.2013	8/13	02
Kommunestyret	14.02.2013	5/13	02

Saksbehandler: Anne Kirsti Johnsen

#### **1. HVA SAKEN GJELDER:**

Valg av nytt medlem til lønnsforhandlingsutvalget for ledere.

#### **2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL INNSTILLING:**

Det velges nytt medlem til lønnsforhandlingsutvalget for ledere for Jeanette M. Jansson. Som medlem velges

#### **3. VEDTAK:**

##### **3.1 FORMANNSKAPETS INNSTILLING TIL KOMMUNESTYRET:**

Det velges nytt medlem til lønnsforhandlingsutvalget for ledere for Jeanette M. Jansson. Som medlem velges Sigbjørn Gløtta.

Som varamedlem velges en representant fra Frp.

##### **3.2 VEDTAK I KOMMUNESTYRET:**

#### **4. SAKENS FAKTA:**

I Kommunestyresak 55/11 ble det valgt lønnsforhandlingsutvalg for ledere med fem medlemmer (formannskapet).

I reglementet for administrasjonsutvalget § 9 heter det at:

*Kommunale arbeidstakere bør ikke velges som medlem av forhandlingsutvalget.*

#### **5. RÅDMANNENS VURDERING:**

Det bør velges ett nytt medlem til lønnsforhandlingsutvalget for ledere som ikke er ansatt i kommunen slik at sammensetningen blir i tråd med reglementet.

#### **6. VEDLEGG:**

#### **7. UTSKRIFT SENDES:**

De valgte



## **RØMSKOG KOMMUNE**

**SAK: VALG AV NYTT VARAMEDLEM FOR  
ARBEIDSGIVERS REPRESENTANT I  
ARBEIDSMILJØUTVALGET**

<b>Behandlende organ:</b>	<b>Møtedato</b>	<b>Sak nr.</b>	<b>Ark.nr.</b>
Formannskapet	04.02.2013	9/13	401
Kommunestyret	14.02.2013	6/13	401

Saksbehandler: Anne Kirsti Johnsen

**1. HVA SAKEN GJELDER:**

Valg av nytt varamedlem til AMU.

**2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL INNSTILLING:**

Det velges nytt varamedlem til Arbeidsmiljøutvalget for Jeanette M. Jansson. Som varamedlem velges

**3. VEDTAK:**

**3.1 FORMANNSKAPETS INNSTILLING TIL KOMMUNESTYRET:**

Det velges nytt varamedlem til Arbeidsmiljøutvalget for Jeanette M. Jansson. Som varamedlem velges Bjørn Erik Lauritzen.

**3.2 VEDTAK I KOMMUNESTYRET:**

**4. SAKENS FAKTA:**

I Kommunestyresak 55/11 ble det valgt Arbeidsmiljøutvalg med varamedlemmer:

**Medlemmer:**

Rådmannen (arb.givers rep.)

Varaordfører (arb.givers rep.)

**Varamedlemmer:**

Rådmannens stedfortreder

Jeanette Myrvold Jansson

De andre to representantene hovedverneombudet og hovedtillitsvalgt, dermed kan det oppstå en situasjon hvor de ansatte kommer i flertall i utvalget.

**5. RÅDMANNENS VURDERING:**

Det anbefales at det velges ett nytt varamedlem til AMU, som ikke er ansatt i kommunen. Det kan være vanskelig for ansatte å skulle representere arbeidsgiver i AMU.

**6. VEDLEGG:**

**7. UTSKRIFT SENDES:**

De valgte



**SAK: BUDSJETTJUSTERING - BAGATELLMESSIG  
STØTTE TIL OMBYGGING - TØRNBYBUTIKKEN**

Behandlende organ:	Møtedato	Sak nr.	Ark.nr.
Formannskap	04.02.2013	10/13	U62
Kommunestyret	14.02.2013	7/13	U62

Saksbehandler: Anne Kirsti Johnsen

**1. HVA SAKEN GJELDER:**

Oppføring i budsjett 2013 av bagatellmessig støtte på 200 000 Euro til ombygging av lokaler for Tørnbybutikken vedtatt i Kommunestyresak 38/12.

**2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL INNSTILLING:**

1. Tilskuddet som er bevilget i Kommunestyresak 38/12 dekkes over driftsbudsjett 2013 med bruk av disposisjonsfond.

**3. VEDTAK:**

**3.1 FORMANNSKAPETS INNSTILLING TIL KOMMUNESTYRET:**

1. Tilskuddet som er bevilget i Kommunestyresak 38/12 dekkes over driftsbudsjett 2013 med bruk av disposisjonsfond.

**3.2 VEDTAK I KOMMUNESTYRET:**

**4. SAKENS FAKTA:**

Beløpet innvilget i Kommunestyresak 38/12 kom ikke til utbetaling i 2012, og må føres opp i budsjett for 2013.

**5. RÅDMANNENS VURDERING:**

Det vurderes at det innvilgede beløpet må føres opp i driftsbudsjettet og kan dekkes av disposisjonsfondet.

**6. UTSKRIFT SENDES:**

Revisjon  
Kommunekassa



**SAK: SAMHANDLINGSPROSJEKT AURSKOG-HØLAND OG RØMSKOG KOMMUNE – FORSLAG OM FOLKEHELSETILTAK OG ETABLERING AV LOKALMEDISINSK SENTER**

<b>Behandler organ:</b>	<b>Møtedato</b>	<b>Sak nr.</b>	<b>Ark.nr.</b>
Eldreråd og rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne	12.02.13	01/13	F00
Utvalg for oppvekst og omsorg	31.01.13	02/13	F00
Formannskapet	04.01.13	11/13	F00
Kommunestyret	14.02.13	08/13	F00

Saksbehandler: Anne Kirsti Johnsen

**1. HVA SAKEN GJELDER:**

Forslag om folkehelseiltak og lokalmedisinsk senter for Aurskog-Høland og Rømskog kommuner.

**2. RÅDMANNENS FORSLAG TIL INNSTILLING:**

1. Kommunestyret gir sin tilslutning til å gå videre med utredning av etablering av et Lokalmedisinske senter for Aurskog-Høland og Rømskog kommuner.
2. Under forutsetning av at kommunestyret i Aurskog-Høland kommune vedtar å gi sin tilslutning til å gå videre med utredning av etablering av et Lokalmedisinske senter for Aurskog-Høland og Rømskog kommuner, samt vedtar ikke å delta i søknad fra kommunene på Nedre Romerike om etablering av ØDH-tilbud i Lillestrøm i 2013, vil Rømskog kommune ikke delta i søknad om prosjektmidler for etablering av et ØHD-tilbud i Lillestrøm.
3. De økonomiske konsekvenser ved etablering av et lokalmedisinsk senter utredes og dette legges frem i egen sak for formannskap og kommunestyre.
4. De økonomiske konsekvenser ved etablering av foreslåtte folkehelseiltak utredes og legges frem i en egen sak for formannskap og kommunestyre.

**3. VEDTAK:**

**3.1 FORMANNSKAPETS INNSTILLING TIL KOMMUNESTYRET:**

1. Kommunestyret gir sin tilslutning til å gå videre med utredning av etablering av et Lokalmedisinske senter for Aurskog-Høland og Rømskog kommuner.
2. Under forutsetning av at kommunestyret i Aurskog-Høland kommune vedtar å gi sin tilslutning til å gå videre med utredning av etablering av et Lokalmedisinske senter for Aurskog-Høland og Rømskog kommuner, samt vedtar ikke å delta i søknad fra kommunene på Nedre Romerike om etablering av ØDH-tilbud i Lillestrøm i 2013, vil Rømskog kommune ikke delta i søknad om prosjektmidler for etablering av et ØHD-tilbud i Lillestrøm.



3. De økonomiske konsekvenser ved etablering av et lokalmedisinsk senter utredes og dette legges frem i egen sak for formannskap og kommunestyre.
4. De økonomiske konsekvenser ved etablering av foreslåtte folkehelseiltak utredes og legges frem i en egen sak for formannskap og kommunestyre.

### **3.2 UTTALELSE FRA ELDRERÅDET OG RÅDET FOR MENNESKER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE:**

### **3.3 UTVALG FOR OPPVEKST OG OMSORGS INNSTILLING TIL KOMMUNESTYRET:**

Rådmannens forslag til innstilling støttes enstemmig med tilføyelse under pk.3 og pk.4; Utvalget for oppvekst og omsorg ønsker saken til behandling.

### **3.4 VEDTAK I KOMMUNESTYRET:**

#### **4. SAKENS FAKTA:**

Det er tidligere lagt frem to saker om Samhandlingsreformen; sak 19/12 i Utvalg for oppvekst og omsorg 8.11.12 – Orientering om samhandling på Nedre Romerike og Rømskog og Kommunestyresak 1/12 i møte 9.2.12 – Samarbeidsavtaler mellom Rømskog kommune og Akershus Universitetssykehus HF. I tillegg er det gitt muntlige orienteringer fra prosjektene på politisk dag 19.4.12 og i Kommunestyret 11.10.12.

Regjeringen vil, gjennom Samhandlingsreformen, søke å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som ivaretar pasientens behov for koordinerte tjenester og møte de store samfunnsøkonomiske utfordringer. Samhandlingsreformen skal innføres gradvis og 1. januar 2012 var begynnelsen på en langsiktig omstilling.

I 2011 ble det nedsatt to interkommunale prosjekter som skulle utrede tiltak for å møte samhandlingsreformen. Nedre Romerike samhandlingsprosjekt omfatter kommunene Sørum, Skedsmo, Lørenskog, Rælingen, Fet, Nittedal, Aurskog-Høland og Rømskog. Det andre samhandlingsprosjektet omfatter kommunene Aurskog-Høland og Rømskog.

Aurskog-Høland og Rømskogs samhandlingsprosjekt startet våren 2012 og har utarbeidet to delutredninger, henholdsvis Lokalmedisinsk senter og Folkehelsearbeid. Delutredningene er sammenfattet i en samlet rapport som er vedlagt.

Nedre Romerike samhandlingsprosjekt startet opp ved årsskiftet 2011/2012. Nedre Romerike samhandlingsprosjekt har arbeidet med flere delutredninger, men har foreløpig ikke slutført sitt prosjektarbeid i en samlet sluttrapport. Nedre Romerike samhandlingsprosjekt har utarbeidet en delutredning om akuttmedisinske tjenester med vurdering av oppstart av øyeblikkelig hjelp døgntilbud på Nedre Romerike som er vedlagt.

#### **Aurskog-Høland og Rømskogs samhandlingsprosjekt**

Aurskog- Høland kommune og Rømskog kommune søkte i 2011 Helsedirektoratet og fikk innvilget kr 700.000,- i prosjektmidler. Prosjektleder ble ansatt 01.04.2012, og prosjektet har nå avlevert sin sluttrapport.



Rapporten fra Aurskog-Høland og Rømskog samhandlingsprosjektet er en fagutredning som ikke har fullstendige analyser av økonomiske konsekvenser knyttet til de enkelte tiltak som blir foreslått. 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.

### **Folkehelsearbeid**

Kommunen skal ha oversikt over innbyggernes folkehelseutfordringer og arbeide målbevisst med forebygging og helsefremming.

Arbeidsgruppen som har utredet folkehelse er sammensatt av representanter fra kommunehelsetjenesten i Aurskog- Høland og Rømskog. Arbeidsgruppen 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.

Arbeidsgruppen har i vedlagte rapport foretatt en gjennomgang og kartlegging av folkehelseutfordringer og definert utsatte grupper av befolkningen i Aurskog- Høland og Rømskog. Videre gis det en oversikt over kommunenes eksisterende folkehelsearbeid og det anbefales 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. Utredningen viser funn på at Rømskog kommune har utfordringer i forhold til inaktivitet, overvekt og manglende nettverk.

Videre vurderer arbeidsgruppen at kommunen vil stå over for mange av de samme folkehelseutfordringer som landet for øvrig innenfor eksempelvis KOLS, diabetes og hjerte- og karsykdommer. En oppsummering i rapporten viser at kommunen har utsatte grupper i sin befolkning i alle aldre og samfunnslag.

På bakgrunn av identifisering av utsatte grupper av befolkningen fremmer arbeidsgruppen forslag om etablering av felles lærings- og mestringstjenester for Aurskog- Høland og Rømskog kommuner, fortrinnsvis som et eget lærings- og mestringssenter i et eventuelt





## RØMSKOG KOMMUNE

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 etableringen blir en videreutvikling av Fysak tilbudet som er etablert i Aurskog- Høland kommune. 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 folkehelseiltak 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.

### Arbeidsgruppens forslag til tiltak - Folkehelse

- 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 å 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.
- 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.
- Økt samarbeid mellom kommunale virksomheter og lag, foreninger og private aktører.
- 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.

### Lokalmedisinsk senter

Aurskog-Høland og Rømskog samhandlingsprosjekt har utredet etablering av et lokalmedisinsk senter i Aurskog-Høland kommune. Det er utarbeidet forslag med anbefalte løsninger mht organisering, lokaler, samhandling med spesialisthelsetjenesten, kompetansebehov, og hvilke tjenester som skal inngå i nytt lokalmedisinsk senter.

Begrepet lokalmedisinsk senter brukes om kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før og etter,



## RØMSKOG KOMMUNE

eller istedenfor innleggelse i sykehus. Noen steder kalles slike virksomheter distriktsmedisinske sentre.

Arbeidsgruppen som har utredet Lokalmedisinsk senter er sammensatt av representanter fra kommunehelsetjenesten i Aurskog- Høland og Rømskog. Arbeidsgruppen 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 pasientgruppens 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.

### Arbeidsgruppens forslag til tiltak - Lokalmedisinsk senter

- Det anbefales at Aurskog-Høland og Rømskog etablerer 4 senger for ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnopphold) og samlokalisere tjenesten med legevakt i et nytt Lokalmedisinsk senter på Bjørkelangen.





## RØMSKOG KOMMUNE

- Lege i vakt på kveld, natt og helg samt sykehjemslege på dagtid anbefales som medisinsk ansvarlig for pasienter som benytter ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnopphold).
- 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.

### **Akuttmedisinske plasser / ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnopphold)**

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

Fra 1/1-2016 er kommunene pålagt å kunne ta imot pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Ut fra dagens behov er det fra sentralt hold beregnet at Aurskog-Høland kommune og Rømskog kommune trenger anslagsvis 2,1 døgnplasser. Det er forventet at dette behovet vil øke og arbeidsgruppen anbefaler at det etableres 4 døgnplasser for ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnopphold) og samlokaliserer tjenesten med legevakt i et nytt Lokalmedisinsk senter på Bjørkelangen.

Nedre Romerike samhandlingsprosjekt har utredet etablering av et tilsvarende tilbud for de 8 deltakende kommunene. Der anbefales det at det søkes om prosjektmidler for etablering av et ØHD-tilbud i Lillestrøm innen 1. mars 2013.

Delutredning om akuttmedisinske tjenester fra Nedre Romerike samhandlingsprosjekt ble behandlet av styringsgruppen for Nedre Romerike samhandlingsprosjekt 23.11.2013 med følgende vedtak:

1. Styringsgruppen er inneforstått med at kommuner vil søke om oppstartsmidler til ØHD med utgangspunkt i Legevakten Nedre Romerike innen fristen 1.mars 2013.



2. Styringsgruppen mener det bør være mulig for de kommunene som i dag ikke deltar i Legevakt Nedre Romerike å delta i bare ØHD-samarbeidet.
3. Styringsgruppen ber Skedsmo kommune klarlegge forutsetninger for en slik søknad hva gjelder lokaler.
4. Styringsgruppen anbefaler ØHD etablert i de hovedlinjer når det gjelder målgrupper og tjenesteorganisering som ligger i rapporten.
5. Når det gjelder organisasjonsform for ØHD, tas dette opp til vurdering i 2013.

Helsedirektoratet har utgitt en nasjonal veileder for etablering og drift av ØHD-øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Den nasjonale veilederen er tydelig på at kommunene står fritt til å organisere øyeblikkelig hjelp tilbudet. Det pekes på at det kan oppnås større kapasitet og fleksibilitet ved å se tilbudet i sammenheng med andre kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling. Alternative organiseringer kan være å knytte tilbudet opp mot sykehjem, legevakt eller lokalmedisinske senter eller tilsvarende.

Kravet til forsvarlighet er knyttet til at bemanningen skal ha nødvendig kompetanse og det er krav om tilstedeværelse av sykepleier 24 timer i døgnet. Pasienter som legges inn på kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal være tilsett av lege forut for innleggelsen.

Videre skal kommunen inngå forpliktende samarbeidsavtale med Akershus universitetssykehus HF hvor kommunens ØHD-tilbud er konkretisert og ansvarsfordelingen mellom nivåene er tydeliggjort. Målsettingen med avtalen er å bidra til å synliggjøre at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og av god kvalitet. Avtalen skal også sikre et samarbeid om utviklingsoppgaver og avklaring av hvordan partene skal håndtere ulike spørsmål. Den nye tjenesten er lovfestet og plikten til å etablere et slikt tilbud skal gi et tydelig signal om at kommunene skal bidra aktivt til en utvikling hvor flere aktiviteter naturlig organiseres og utføres lokalt, nær pasienten.

Krav til forsvarlighet innebærer også konkret at sykehuset ikke kan redusere sine tilbud før tilsvarende tilbud i kommunen er etablert. Samarbeidsavtalen med Akershus universitetssykehus HF skal beskrive når kommunen starter opp sitt tilbud.

Det er fra regjeringens side lagt til grunn at nærhet til innbyggerne skal være et førende prinsipp for etablering av nye tilbud i kommunene som ØHD. Eldre og kronisk syke pasienter skal slippe å bli transportert til et sykehus langt borte, men heller være nær hjem og familie. Et ØHD-tilbud etablert i Lillestrøm, nær ved Ahus vil i liten grad innfri målsettingen om å etablere tilbud nær der innbyggerne bor.

Aurskog-Høland kommune har sammen med Rømskog kommune en godt fungerende legevaktordning. I forslaget fra arbeidsgruppen legges det til grunn at denne legevaktordningen skal samorganiseres med et nytt ØHD-tilbud. Etablering av et tilsvarende ØHD-tilbud i Lillestrøm er også forutsatt samorganisert med legevaktordninger. Det er skissert tre alternative modeller hvorav en forutsetter samorganisering med alle fire legevaktordningene (Nedre Romerike legevakt, Nittedal legevakt, Sørum legevakt og



## RØMSKOG KOMMUNE

Aurskog-Høland / Rømskog legevakt). Dette alternativet innebærer etablering av et IKS og virksomhetsoverdragelse i hht arbeidsmiljøloven og felles eierskap av 8 kommuner.

Aurskog-Høland og Rømskog legevakt er bemannet med kommunens egne fastleger. Disse har god kunnskap om pasientpopulasjonen og har derfor gode forutsetninger for å velge ut aktuelle pasienter for innleggelse i et ØHD-tilbud. De ansatte på legevakten har god kjennskap til andre tjenester i kommunen som hjemmetjenesten og psykiatritjenesten. Samlet gir dette bedre råd til folk, og ofte riktigere avgjørelser.

### **Økonomiske vurderinger:**

Det er ikke gjennomført en fullstendig økonomisk utredning av de forslag som er fremmet fra Nedre Romerike samhandlingsprosjekt eller Aurskog-Høland og Rømskog samhandlingsprosjekt. Dette forutsettes utredet vil bli lagt frem i egen sak.

### **5. RÅDMANNENS VURDERING:**

Rådmannen anbefaler at det etableres et Lokalmedisinsk senter for Aurskog-Høland kommune og Rømskog kommune med lokalisering på Bjørkelangen. For å sikre størst mulig fleksibilitet, sikre kompetanse og etablere dette tilbudet som et integrert tilbud i helse og omsorgstjenesten i Aurskog-Høland og Rømskog er det rådmannens vurdering at ØHD (øyeblikkelig hjelp døgnopphold) bør opprettes i samarbeid med Aurskog-Høland kommune. Etablering av et ØHD-tilbud i Aurskog-Høland kommune vil kunne gi et forsvarlig tilbud i tråd med de krav som følger av lov og forskrift, samt den nasjonale veilederen.

Det legges til grunn at et nytt Lokalmedisinsk senter på Bjørkelangen skal yte tjenester før, i stedet for og etter sykehusbehandling. Dette vil etter rådmannens vurdering gi et tilbud til innbyggerne i tråd med statlige føringer og intensjonene som ligger til grunn for samhandlingsreformen om å etablere tilbud med nærhet til innbyggerne. Rådmannen vil derfor ikke anbefale at Rømskog kommune deltar i søknad om prosjektmidler til etablering av et ØHD-tilbud i Lillestrøm såfremt ikke Aurskog-Høland kommune ikke vedtar å etablere Lokalmedisinsk senter med ØDH-tilbud i egen kommune.

Det anbefales at økonomiske konsekvenser ved etablering av et lokalmedisinsk senter utredes og dette legges frem i en egen sak. De økonomiske konsekvenser ved de foreslåtte tiltak fra Aurskog-Høland og Rømskog samhandlingsprosjekt utredes i samme sak.

### **6. AKTUELLE VEDLEGG:**

Rapport fra Aurskog-Høland og Rømskog samhandlingsprosjekt  
Delutredning fra Nedre Romerike samhandlingsprosjekt

2012

Delrapport fra samhandlingsprosjektet Nedre  
Romerike og Rømskog:

# Akuttmedisinske tjenester og kommunens nye plikt øyeblikkelig hjelp døgn



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



## INNHOOLD

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



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

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

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

## SAMMENDRAG

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

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

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



## 1. BAKGRUNN OG VIRKEMIDLER I SAMHANDLINGSREFORMEN

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

- Kommunal medfinansiering er et økonomisk virkemiddel som gir kommunene 20 % medfinansieringsansvar for om lag halvparten av pasientene<sup>1</sup> som i dag behandles i sykehus. Publiseringer av pasientstatistikk som viser antall innleggelses, gir kommunene et overslag for hvilke pasientgrupper som gir grunnlag for en fakturering mellom helseforetak og hver enkelt kommune. I utgangspunktet er kommunene overført 144 millioner kroner som grunnlag for den antatte medfinansieringsandelen over rammen. Denne blir justert og antas å ligge på om lag 146 mill kroner.
- Utskrivningsklare pasienter. Helseforetaket fakturerer en kostnad på 4000 kroner pr pasient pr døgn for pasienter som er definert som utskrivningsklar av helseforetaket dersom ikke kommunen har tilbud til pasientene. På NR og R har det med unntak av Skedsmo kommune, vært få "overliggere".
- Øyeblikkelig hjelp døgn. Kommunene gis 4330 pr pasient pr døgn for til sammen om lag 240.000 liggedøgn på nasjonalt nivå. Målsettingen er å redusere antall liggedøgn i spesialisthelsetjenesten. For kommunene på NR og R, tilsvarer dette om lag 7500 liggedøgn som finansieres med om lag 32 millioner kroner.
- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester og folkehelseoven, med tilhørende forskrifter, samt flere stortingsmeldinger som bredder ut både forventninger og krav. Loven gir også kommunene en rettslig plikt til å inngå samarbeid med helseforetak om etablering av tjenester og samarbeid.
- Faglige virkemidler. Helsedirektoratet utgir en rekke veiledningsmateriell knyttet til kommunens nye og forsterkede ansvar som vil være retningsgivende for hvordan kommunene bygger opp nye tilbud. Helsedirektoratet har også en rekke økonomiske finansieringsordninger som kommunene oppfordres til å søke innenfor, for å etablere konkrete tjenester, teknologiske løsninger, frisklivsentraler og lærings og mestringssentral og lokalmedisinske tjenester. En rekke av disse tilskuddsordningene oppfordrer til interkommunalt samarbeid.

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

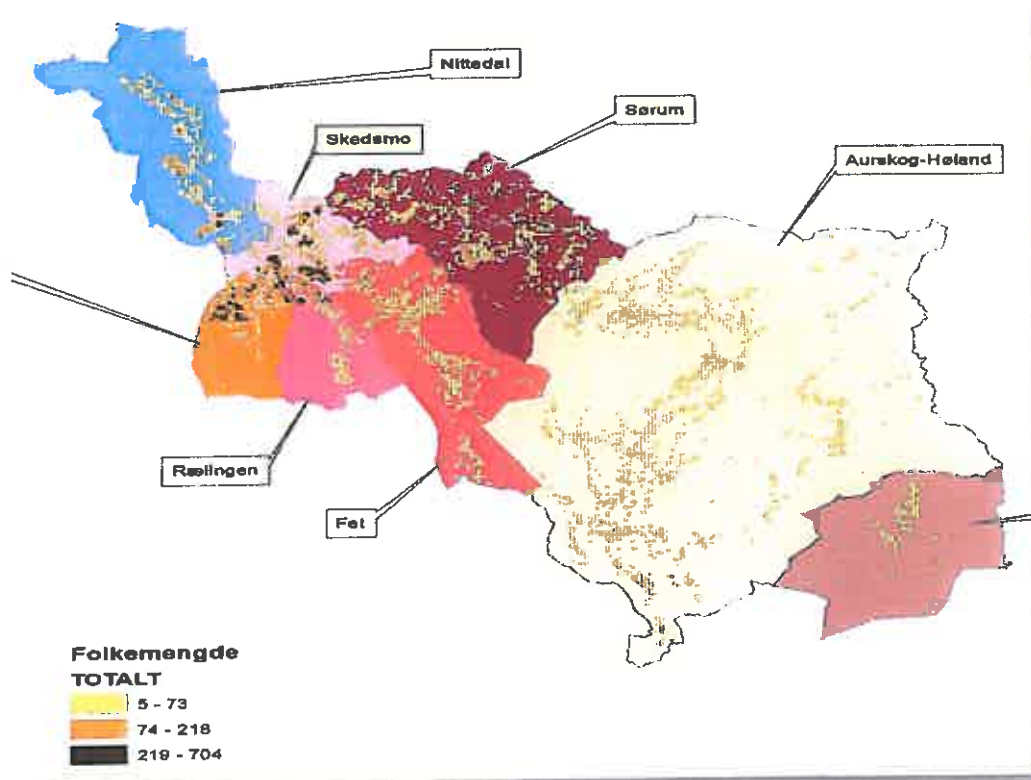
## 2. SAMHANDLINGSPROSJEKTET NEDRE ROMERIKE OG RØMSKOG

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

---

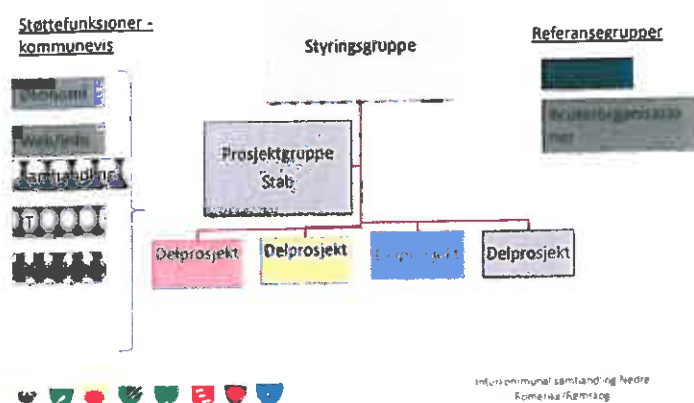
<sup>1</sup> Beskriv drg.

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



## 2.1 ORGANISERING AV PROSJEKTET

### Prosjektstruktur



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

## 2.2 PROSJEKTETS KRITERIER FOR VURDERING AV TILTAK OG EFFEKT MÅL

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

#### For innbyggerne:

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

#### For kommunene:

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

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

#### For ansatte:

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

### 2.3 FREMDRIFSPLAN 2011-2013

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

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

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

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

### Delutredninger 2012: Helsefaglig tjenestetilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling



### 3. RAMMENE FOR DELPROSJEKT 1 - AKUTT MEDISINSKE TJENESTER:

Denne delrapporten skal utrede spesielt akuttmedisinske tjenester og kommunens utvidede ansvar for akutt døgntjenest. Akuttmedisinske tjenester kan defineres som behandling og/eller overvåking ved akutt oppstått/forverring av sykdom eller skade der rask medisinsk hjelp kan være avgjørende for liv og helse<sup>2</sup>. Akuttmedisinske tjenester er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven og forskrift for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Kommunene har i dag en plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp til sine innbyggere. Denne plikten blir utvidet fra 2016 til å være døgnbasert. I regionen er det i dag 4 legevakter; Nittedal og Sørumsdal har legevakt i egen regi, Skedsmo kommune er vertskommune og selger tjenester til Lørenskog, Rælingen, Fet og deler av Enebakk. Aurskog-Høland er vertskommune for Rømskog kommune.

#### 3.1 MANDAT OG ORGANISERING AV UTREDNING

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

#### Arbeidgruppen – deltakere

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

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

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

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

#### Metode

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

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

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

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

#### 4. BEFOLKNINGSSAMMENSETNING OG UTVIKLING I REGIONEN

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

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



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

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

Folkehelseinstituttet<sup>3</sup> har analysert regionens bruk av sykehustjenester og legemiddelbruk til pasientgrupper innenfor psykiske lidelser, hjerte og karsykdommer, KOLS, diabetes 2, hoftebrudd, samt fødselsvekt og sammenlignet med fylket og landsgjennomsnittet. Generelt finner en ingen store forskjeller når det gjelder hjerte og karlidelse og psykiske lidelser. Det er imidlertid interessant at regionen har en hyppigere bruk av sykehustjenester og legemidler for pasienter innenfor KOLS, astma og diabetes 2. Videre er det registrert flere hoftebrudd behandlet på sykehus i vår region, og særlig Rælingen ligger høyt i forhold til den lave andelen eldre kommunen har, med 16 % over landsgjennomsnittet. Videre har regionen en lavere andel med høy fødselsvekt enn landet og fylket.

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

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

#### 4.1 SYKEHUSINNLEGGELSER OG KOMMUNAL MEDFINANSIERING

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

<sup>3</sup> Akershus fylkeskommune har systematisert folkehelse tall for regionen. I tillegg info fra [www.folkehelseinstituttet.no](http://www.folkehelseinstituttet.no) og folkehelse rapporten 2010

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

## 5. BESKRIVELSE AV KOMMUNENES AKUTTMEDISINSKE ANSVAR

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

### 5.1 FORSKRIFT OM AKUTTMEDISINSKE TJENESTER UTENFOR SYKEHUS

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

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



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

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

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

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

## 5.2 OM MER OM KOMMUNALT ANSVAR FOR ØYEBLIKKELIG HJELP DØGN.

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

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

## 5.3 PASIENTGRUPPER AKTUELLE FOR ØYEBLIKKELIG HJELP DØGN

Helsedirektoratet har utgitt en veileder<sup>4</sup> som skisserer kommunenes ansvar for et kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud. Tilbudet skal sikre

---

<sup>4</sup> Kommunal plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, veiledningsmaterieill, 02/2012

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

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

#### 5.4 KOMPETANSE OG KRAVET TIL FORSVARLIGHET

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

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

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

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

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

## 5.5 ØVRIGE LOVKRAV

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

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

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

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

## 5.6 FINANSIERING AV KOMMUNENES ANSVAR FOR ØYEBLIKKELIG HJELP DØGN

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

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

For kommunene i vår region, er det lagt til grunn totalt 7582<sup>5</sup> liggedøgn finansiert over rammen på vel 32 mill kroner.

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

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

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

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

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

### Forskning Midt-Norge

Samhandlingsreformen har tatt utgangspunkt i tidligere studier hvor en har analysert og dokumentert samhandling mellom helseforetak og kommunene<sup>6</sup>. Stortingsmeldinger knyttet til samhandlingsreformen benytter i stor grad sin dokumentasjon fra disse studiene.

I det nedenfor liggende blir resultatene av studiene beskrevet:

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

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

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

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

## 5.8 BRUK AV ØVRIG STYRINGSDATA.

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

<sup>6</sup> Alle tall i dette avsnittet er hentet fra Anders Grimsmos egne undersøkelser eller hans henvisninger til andre studier som er publisert av NTNU, Norsk Helsenet, "Veien frem til helhetlig pasientforløp"

### Medfinansieringstall

Innleggelse i Ahus utgjør naturlig nok den største andelen av innleggelse fra regionen<sup>7</sup>. Når det gjelder bruk av medfinansieringstallene som grunnlag for å utvikle og tilrettelegge for kommunale tilbud som før eller istedenfor sykehusinnleggelse, kan en foreta en analyse av de faktiske innleggelsene som utløser KMF. Denne oversikten viser imidlertid at svært mange av innleggelsene er sykehusets egne innleggelse (poliklinisk behandling) og at det er en relativt høy andel av uregistrerte innleggelse. I den grad kommunene kan forebygge for sykehusets egne innleggelse, må den eventuelt knyttes til fastlegenes egne henvisninger til poliklinisk behandling. Verdien av denne registreringer i fht utvikling av relevante konkrete interkommunale tilbud, vurderes derfor som liten.

### Styringsdata – NPR

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

## 6. BESKRIVELSE AV LEGEVAKT-ORDNINGENE I REGIONEN

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

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

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

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

De fire ordningene har i tillegg til basistjenestene LV-sentral og lege i vakt, ulike tilleggsfunksjoner som f.eks. mottak av trygghetsalarmer, beredskap og samarbeid med politi om undersøkelser. Det er gjennomført en sammenligning av kostnadene pr innbygger for de fire ordningene hvor kostnadene er vasket i forhold til legevaktens kjerneoppgaver<sup>8</sup>. Oversikten viser lønn og driftsutgifter opp mot inntektsiden og gir en fordeling av kostnad pr innbygger. Legevakten NR har i tillegg til 2012-tall, også en kolonne med 2013-tall fordi overføring av døgn-legevakt fra Lørenskog skjedde i løpet av 2012 slik at 2013-budsjett gir den reelle fremstilling. Sammenligningen viser ikke uventet en sammenheng mellom legevaktjenestens kostnad og det antall innbyggere ordningen dekker. I denne oversikten er det kun regnet på sammenlignbare driftstall for de fire ordningene:

Sammenligninger basert på budsjett 2012					
	NR L 2012	NR L 2013	Nittedal	Sørum	Aurskog/Høland (inkl Rømskog)
Lønnsutgifter	15 165 000	17 791 000	4 642 451	5 454 000	5 028 000
Driftsutgifter	4 745 000	5 183 000	761 005	998 000	1 897 000
Inntekter	-3 248 000	-2 951 000	-250 000	-240 000	-126 500
Nettoutgift	16 662 000	20 023 000	5 003 456	6 212 000	5 660 000
Innbyggere pr 1/1-12	81 494	115 203	21 454	16 091	15 593
Pris pr innbygger	204	195	233	386	363

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

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

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

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

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

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

<sup>8</sup> Gjennomført av øk.ansvarlige i legevaktkommunene, oktober 2012

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

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

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

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

## 7.1 MÅLGRUPPE

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

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

<sup>9</sup> Dette er gjennomsnittstall og vil variere fra kommune til kommune ifht sykehjem og forsterket korttidsplass. En sykehusseng er i gj.snitt beregnet til å koste 5000, se Notat av 5.4.2011, "Kostnadsberegning ø-hjelp døgnopphold i kommunene", Helsedirektoratet.no



### **Eksklusjonskriterier for et kommunalt ØHD.**

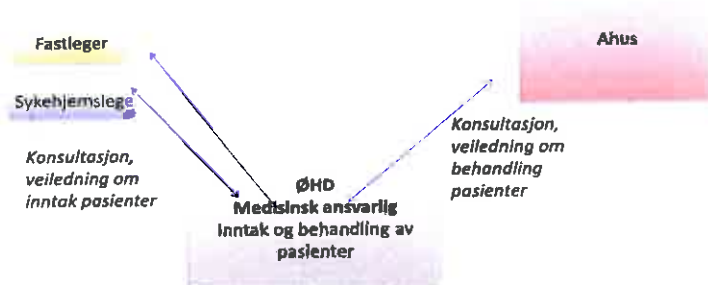
- er personer som er åpenbart beruset,
- pasienter som er ustabile/uavklarte i forhold til hjerte/lunge sykdom,
- Pasienter som har uavklarte tilstandere med mistanke om hodeskader eller indre blødninger o
- pasienter/barn under 18 år.
- Akutt pleietrengende pasienter (forutsettes at kommunene har akutte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

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

### **7.2 MEDISINSK ANSVAR - INNLEGGELSESMYNDIGHET.**

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

## **Medisinsk ansvarlig ØHD**



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



### 7.3 KOMPETANSE- OG UTSTYRSKRAV

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

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

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

### 7.4 ØHD SOM DEL AV HELHETLIG PASIENTFORLØP

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

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

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

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

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

#### 7.5 KARTLEGGING AV PASIENTSTRØM LEGEVAKT - ØHD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7.6 SAMDRIFT LEGEVAKT OG ØHD

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

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

---

<sup>10</sup> 283 innleggelses pr måned x 12

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

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

#### 7.7 AVSTAND MELLOM HJEM OG INNLEGGELSESENHET.

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

#### 7.8 BEMANNING OG KOSTNADSANSLAG

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

#### 7.9 ALTERNATIVE INTERKOMMUNALE SAMARBEIDSLØSNINGER OG KRAV TIL FORSVARLIGHET

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

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

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

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

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

#### Helsenett og elektronisk samhandling

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

#### 7.10 VERTSKOMMUNE ELLER IKS?

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



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

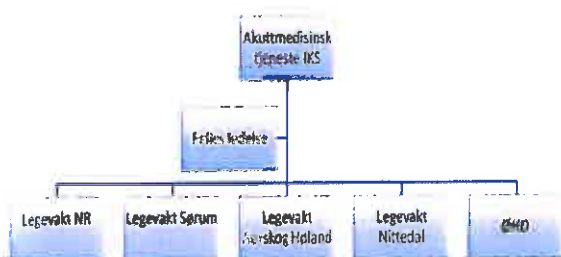
Nedre Romerike Legevakt er i dag organisert som vertskommunesamarbeid under Skedsmo kommune som tilbyr ulike legevaktløsninger dag/kveld/natt til Rælingen, Lørenskog, Fet og deler av Enebakk. Befolkningsgrunnlaget er 115.000. Samarbeidet er regulert i avtale mellom Skedsmo kommune og

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

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

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

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



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

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

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

#### 7.11 FINANSIERINGSNØKKELE FOR SAMARBEID

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

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

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

#### 7.12 ØKONOMISKE KONSEKVENSER 2013

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

#### 7.13 LOKALER OG DIMENSJONERING - KORT OG LANG SIKT.

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

#### 7.14 OPPSTART OG SØKNAD

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

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

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

Kriteriet for å søke om midler er at det foreligger en avtale mellom kommunene og sykehuset. Bakgrunnen for kravet om avtale mellom partene er å sikre et tett og godt samarbeid mellom nivåene for å utvikle tjenesten som en erstatning for innleggelse<sup>11</sup>. Tett samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten er en forutsetning for at kommunene skal lykkes for å kunne redusere antall innleggelse i sykehus.

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

Det er minimum fire hovedområder som bør inkluderes i avtalen:

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

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

---

<sup>1111</sup> St.melding 91 (2010-11)



*Rapporten ble behandlet av styringsgruppen 23.11.2013*

*Revidert vedtak:*

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

## VEDLEGG 1: NOTAT ØKONOMISK ANALYSE LEGEVAKT

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

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

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

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

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

## VEDLEGG 2 : KARTLEGGINGSGRUNNLAG

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

oppfølging.

21 JAN 2013

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

### **1. Partene**

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

### **2. Bakgrunn og hjemmelsgrunnlag**

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

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

### **3. Formål**

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

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

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

### **4. Beskrivelse av pasientgrupper i kommunalt ØHD**

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

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

Denne avtalen gjelder pasienter med behov for somatisk behandling.

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

## 5. Dimensjonering av ØHD

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

## 6. Partenes ansvar:

### Kommunens ansvar består i å:

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

### Ahus ansvar består i å:

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

### Partene skal innen 1.6.2013 utarbeide:

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

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

## 7. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner

Delavtale 4: Dato 2001.

Partene skal legge til rette for reell brukermedvirkning.

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

#### **8. Ansattes medvirkning.**

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

#### **9. Tvist om avtalens innhold**

Det vises til overordnet samarbeidsavtale, pkt 9.

#### **10. Ikrafttredelse, reforhandling og oppsigelse**

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

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

Avtalen kan sies opp med ett års skriftlig varsel.

#### **11. Underskrift**

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

Dato,

Dato,

\_\_\_\_\_

kommune

\_\_\_\_\_

Helseforetak/ sykehus

## Vedlegg 1

### **Medisinskfaglige vurderinger ved innleggelse i ØHD jf avtalens pkt 4**

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

#### **Inklusjonskriterier**

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

Infeksjonstilstander med behov for intravenøs antibiotikabehandling og/eller observasjon.

Smerteproblematikk der årsaken til tilstand er kjent.

Ernærings- eller væskeforstyrrelser som trenger støttende behandling.

Obstipasjon og urinretensjon.

#### **Eksklusjonskriterier**

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

Uavklarte hjerte- og lungesykdom, hodeskader og indre blødninger.

Pasienter som trenger utredning i sykehus

Pasienter som kun trenger akutt kommunalt pleietilbud

Pasienter under 18 år

Pasienter som primært trenger akutt psykiatrisk behandling.



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 KORTTIDSPASSER .....	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 innleggelse 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 folkehelse tiltak 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 foreslåes 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 avvikling 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 kapitel 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 kommunehelseetjenesten 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 veiledningsmaterieill 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. Hjerte- 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

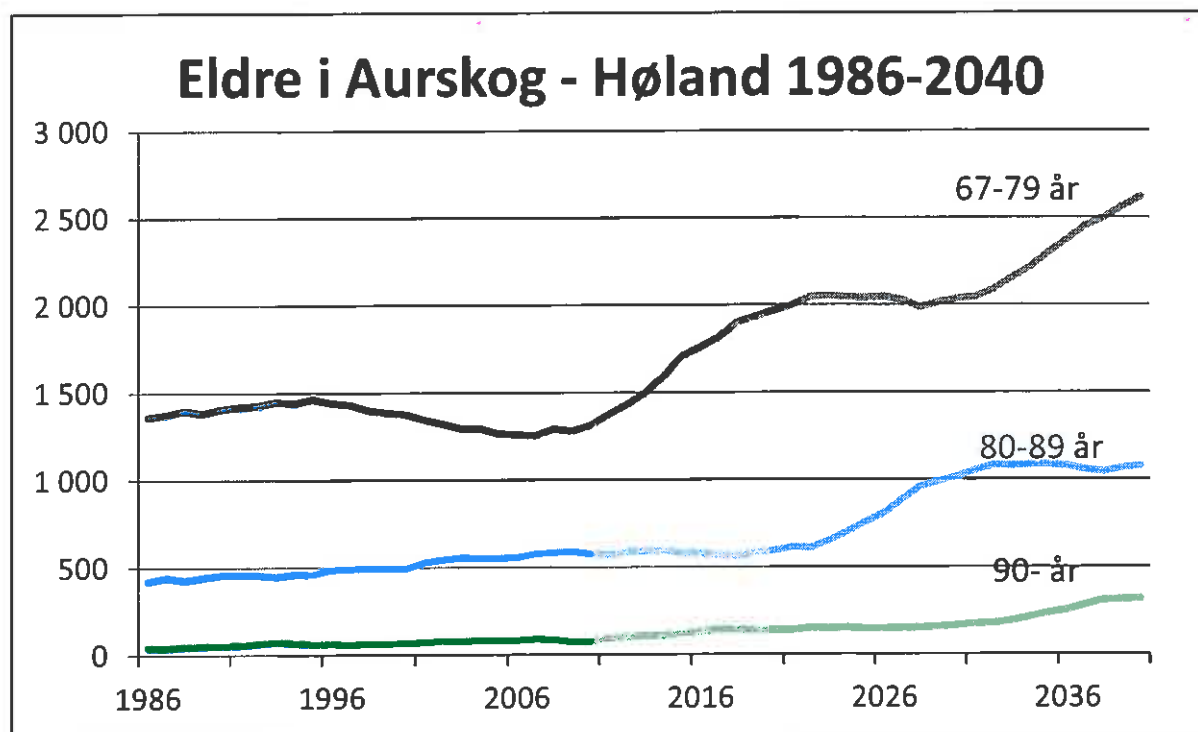
rette hjelpetiltakene settes inn. Intensjonene i Samhandlingsreformen sier at spesialisthelsetjenesten kun skal brukes når det ikke er andre alternativer i kommunetjenesten.

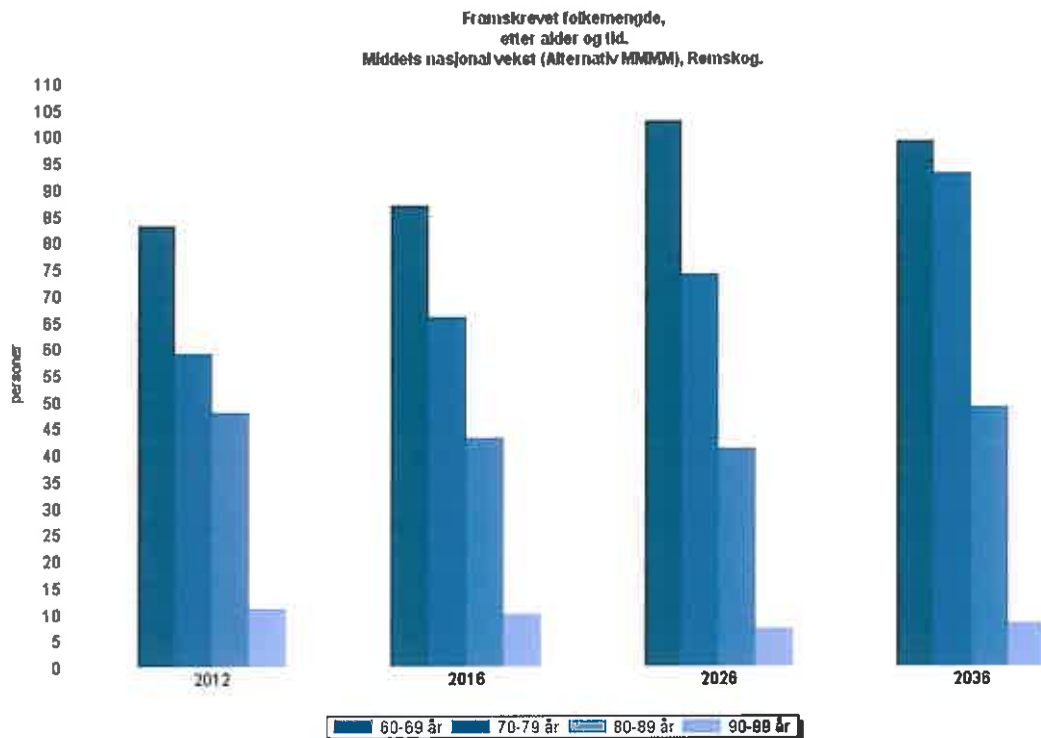
### 1.6 Befolkningssammensetning og forventet befolkningsøkning

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. Livsstilsykdommer er pekt ut som en viktig folkehelseutfordring, og data i kommunehelse statistikkbank danner grunnlag for folkehelseprofiler om legemiddelbruk, sykehusinnleggelse 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 innleggelser 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 kommunehelsa 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 kommunehelsa 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 kommunens rimelige boligpriser, sett opp mot pressområder på Østlandet, som et egent 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 folkehelseiltak 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 friluftsguppe 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. Kommunes fysio- og ergoterapeuter har brukergrupper innenfor alle aldersgrupper og i alle livsfaser.

Det gis tilbud om dagsenter for eldre på Aurskog sykehjem og Ulvøhaugen 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 pårønderarbeid 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 fortløpende 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. Frivillighetssentralen 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 Kurøen 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 veiledningsmateriell 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 brukernettsverk</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 innleggelser 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	Hjerteskolet 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 forslåes 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 folkehelseiltak 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 folkehelseiltak.

### 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 døgnopphold

*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.*

Legevaktsordningen 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, ambulansesarbeidere 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 følgelig 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.

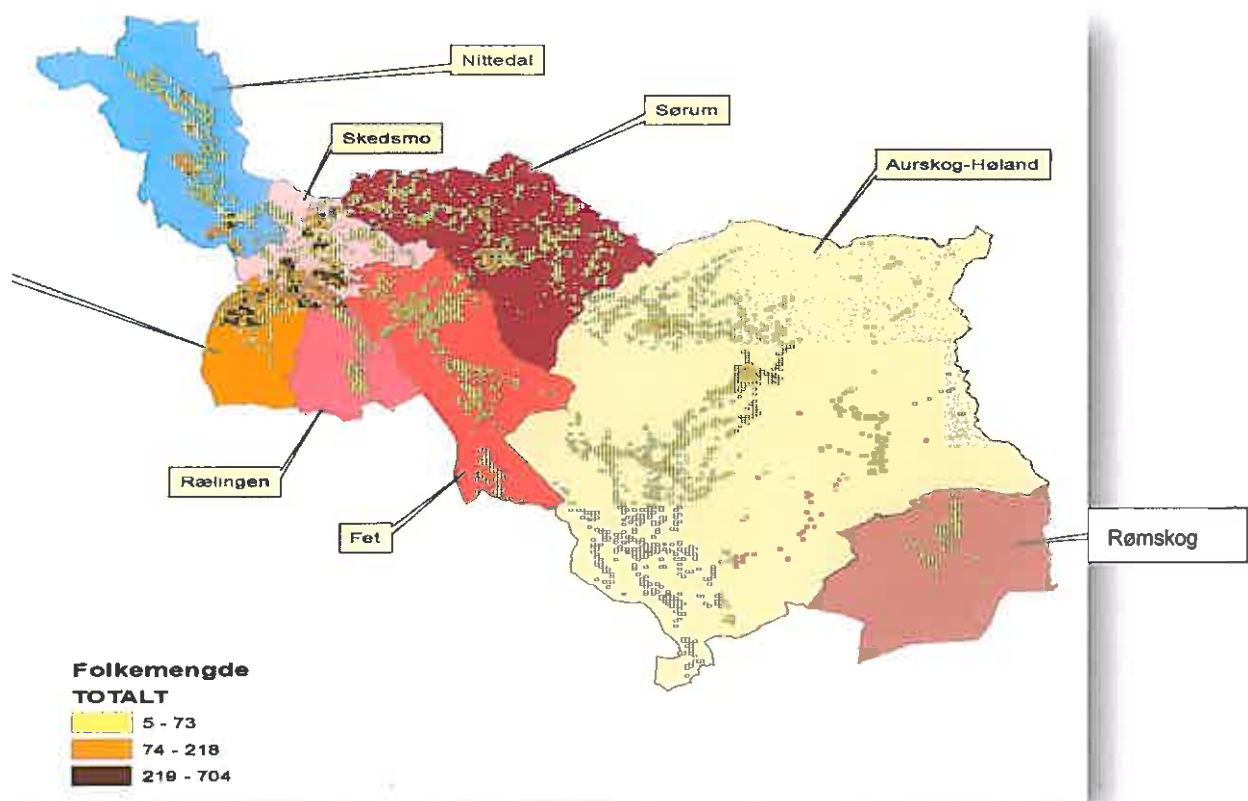
Vakttider for lege i vakt:

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 Trytjennaldalen 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 uhensiktsmessig 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
Abdominalmerter/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, observasjons plasser 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 sykehjemdrift, 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 allmenntilleggsmedisin. 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 foreslåes 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 forslår 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 foreslås 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 innleggelser 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 innleggelser 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 reinnleggelser 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 lege 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-innleggelser 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 livsstilssykdommer 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 kroppsdel 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 innkost/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 oppførings- /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 døgnrehabiliteringen 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 pårørenderom
- Et palliativt rom ved sykeavdelingen Hemnes sykehjem (langtidsavdeling) med eget pårørenderom
- 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 sykehusinnleggelser.

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 finansieringsordningen 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 overvåking. 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 foreslåes 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.