



Arbeidsgruppe

## ***Intermediære senger***

Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen



# Innhold

<b>1. Innledning</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Om arbeidsgruppa Intermediære senger</b> .....	<b>6</b>
2.1. Mandat .....	6
2.2. Deltagere .....	6
2.3. Prosess .....	7
<b>3. Oppsummert anbefaling</b> .....	<b>8</b>
<b>4. Hva er ei intermediæravdeling?</b> .....	<b>9</b>
<b>5. Hvorfor intermediæravdeling?</b> .....	<b>10</b>
<b>6. Status Midt-Troms</b> .....	<b>12</b>
6.1. Sykehusforbruk .....	12
6.2. Pleie og omsorgssektoren i kommunene .....	12
6.2.1. Netto driftsutgifter pleie og omsorgssektoren 2009 .....	12
6.2.2. Institusjonsplasser.....	13
6.2.2.1. Sykehjem.....	13
6.2.2.2. Omsorgsboliger .....	14
6.2.3. Behandlingstilbud i kommunene .....	14
6.2.4. Antall årsverk.....	15
6.3. Andre tilbud.....	16
6.3.1. Legevaktstilbud. ....	16
6.3.1.1. Interkommunal legevakt i Bardu .....	16
6.3.1.2. Finnsnes Interkommunale legevakt .....	16
6.3.2. OGT. ....	16
6.3.3. Senter for Psykisk helse Midt-Troms.....	18
6.3.4. Viken senter .....	18
6.3.5. Salangen Rehab.....	19
<b>7. Erfaringer fra andre intermediæravdelinger</b> .....	<b>20</b>
<b>8. Drøftinger</b> .....	<b>21</b>
8.1. Pasientgrupper.....	21
8.2. Antall senger .....	22
8.3. Bemanning .....	24
8.4. Teknologi .....	25
8.5. Lokalisering.....	25
8.6. Organisering .....	26
8.7. Suksesskriterier .....	27
<b>9. Konklusjon</b> .....	<b>28</b>
<b>Vedlegg 1: Tabeller og figurer angående status</b> .....	<b>29</b>
V1.1 Forbruk sykehustjenester.....	29
V 1.2: Pleie og omsorgssektoren i kommunene .....	31

---

V 1.2.1: Alderssammensetning.....	31
V 1.2.2: Kart over Midt-Troms + Salangen og Lavangen.....	32
V 1.2.3: Netto driftsutgifter pleie og omsorgssektoren 2009 .....	32
V 1.2.4: Institusjonsplasser.....	33
V 1.2.4.1 Sykehjem .....	33
V 1.2.4.2 Omsorgsboliger.....	34
V 1.2.5 Behandlingstilbud i kommunene .....	35
<b>Vedlegg 2 Sammenfatning, informasjon om andre sykestuer/intermediære senger .....</b>	<b>36</b>
<b>Vedlegg 3 Kartleggingsskjema.....</b>	<b>41</b>

# 1. Innledning

Prosjektet Midt-Troms i møte med Samhandlingsreformen eies av Midt-Troms regionråd og gjennomføres av LØKTA i samarbeid med Utviklingssenteret AS.

Prosjektet strekker seg over to år (februar 2010 – desember 2011) og har som hovedmål å *istandsette kommunene i Midt-Troms til å ta lokale og regionale beslutninger som øker kommunenes evne til å møte de utfordringer som danner bakteppet for Samhandlingsreformen, herunder avklare muligheter for interkommunalt samarbeid mellom Midt-Troms kommunene på områder som berøres av reformen.*

Det er nedsatt fire arbeidsgrupper i prosjektet:

- Arbeidsgruppe Forebygging
- Arbeidsgruppe Rekruttering, stabilisering og kompetansebygging
- Arbeidsgruppe Intermediære senger
- Arbeidsgruppe Lærings- og mestringstjenester

Dette dokumentet er en resultatrapportering fra arbeidsgruppa Intermediære senger.

Rapporten er behandla av prosjektgruppa 20. juni 2011 og er godkjent av styringsgruppa 26. juni 2011. Framlagt for oppdragsgiver Midt-Troms regionråd 29. august 2011.

## 2. Om arbeidsgruppa Intermediære senger

### 2.1. Mandat

Arbeidsgruppa har forholdt seg til mandatet som ble gitt fra prosjektgruppa. Dette var som følgende:

*Gruppa skal lage en reell beskrivelse av behovet for intermediære senger i Midt-Troms kommunene, enkeltvis for hver kommune og samla for hele regionen. Behovsbeskrivelsen skal ta utgangspunkt i Samhandlingsreformens forståelse av kommunale tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold, og skal inneholde gruppas anbefaling rundt*

- *omfang fordelt på målgrupper - hvor mange sengeplasser trenger vi innenfor hvert enkelt fagområde eller pasientgruppe*
- *behandlingsintensitet knytta til hvert enkelt fagområde eller pasientgruppe - dvs. hvilke tjenester skal ytes, bemanningsbehov, faglige kvalifikasjoner, utstyr.*

*Gruppa skal videre legge fram forslag til modeller for organisering av intermediære senger i regionen, hvorav minimum èn modell skal være basert på interkommunalt samarbeid.*

*Gruppa skal ikke legge fram investeringsbehov, forslag til finansiering av drift eller fordeling av utgifter. Argumentasjon knytta til finansiering, samles opp av prosjektledelsen v/ arbeidsgruppas sekretær, for benyttelse når regjeringens forslag til finansiering av Samhandlingsreformen kommer.*

### 2.2. Deltagere

Aslak Hovda Lien (leder)

Hanne Ness Eidsvik

Elin Rognmo

Inger Linaker

Kees Jan Verhage

Anne Kaja Knutsen

Mildrid H T Pedersen

Sigrid Stangnes (sekretær)

lege Finnsnes IK Legevakt

daglig leder DMS Midt-Troms

leder PRO Målselv kommune

prosjektleder interkommunal legevakt-samhandling (Målselv, Bardu, Salangen og Lavangen)

seksjonsleder Helsetjenesteutvikling NST, UNN HF

enhetsleder helse og omsorgstjenesten Torsken kommune

Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon Troms

Utviklingscenteret AS

## 2.3. Prosess

Arbeidsgruppa har hatt fem arbeidsmøter i perioden november 2010 til juni 2011. Arbeidsgruppa har valgt å sette seg inn i status for Midt-Troms kommunene med tanke på tilbud samt se på erfaringer fra andre intermedier avdelinger. I tillegg har de satt seg inn i grunnlaget til samhandlingsreformen samt ulike relevante rapporter og anbefalinger.

Som grunnlag for denne rapporten har arbeidsgruppa brukt følgende rapporter/utredninger:

- Helse og omsorgsdepartementet, Stortingsmelding nr 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling –på rett sted –til rett tid
- UNN 2010: Kliniske samhandlingsarenaer mellom UNN HF og kommuner
- Helse og omsorgsdepartementet, Stortingsproposisjon 91L (2010-2011): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven)
- Kommunal og regionaldepartementet, Stortingsproposisjon 115 s (2010-2011): Kommuneproposisjonen 2012
- Aaraas, Ivar J. (et al) 2011: Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse og omsorgsdepartementet
- UNN 2011: Geriatrisk virksomhet i UNN HF: Styrking og utvikling av det geriatrike fagfeltet i Nord-Norge i perioden 2011-2014.
- Garåsen, Helge 2008: Trondheimsmodellen. Forbedring av kommunikasjonen mellom ulike tjenestenivå i helsetjenesten og implementering av intermedier behandling i et sykehjem kan medføre bedre helse og omsorgstjenester for eldre pasienter. Effekter på kort og lang sikt.
- ST Olavs hospital 2007: Evaluering av pilotprosjektet Fosen DMS
- Rana kommune 2010 Helseparken i Mo i Rana. Evaluering
- Helse Finnmark 2007 Prosjektrapport fra Styringsgruppa "Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord"

### 3. Oppsummert anbefaling

Arbeidsgruppa har valgt å gi sin anbefaling omkring størrelse ut fra det kommunesamarbeidet som eksisterer i dag. Bardu, Målselv, Salangen og Lavangen har i dag samarbeid om felles interkommunal legevakt, og fra høsten vil de samarbeide om to observasjonssenger i tilknytning til legevakt. Derfor inkluderes Salangen og Lavangen i tallgrunnlaget, men arbeidsgruppa vil understreke at de verken vil eller kan legge føringer på at disse kommunene skal være med i samarbeidet omkring ei intermediær avdeling. Arbeidsgruppa skal fra mandatet konsentrere seg om Midt-Troms regionen.

Med dette utgangspunkt anbefaler arbeidsgruppa at det etableres 23 intermediærsenger i Midt-Troms regionen, dersom Salangen og Lavangen inkluderes. Arbeidsgruppa antyder at av disse vil 5 være observasjonssenger, 9 være istedenfor senger og 9 være etterbehandlingssenger. Arbeidsgruppa understreker at dette kun er et forslag, og at grensene mellom de ulike "sengetypene" er flytende. I forhold til etterbehandling så vil dette både være pasienter som er ferdig behandla på sykehus og pasienter som har behov for rehabilitering før de kan komme hjem.

I forhold til bemanning må det være sykepleier tilstede, og lege tilgjengelig hele døgnet. Det anbefales en pleiefaktor på 1,3. tillegg må det være fysioterapi og ergoterapiressurser tilknyttet avdelinga. Dette vil være ei avdeling med et tilbud for eldre personer, og derfor må pleiefaktoren være relativt høy. I tillegg til en høy faglighet i forhold til bemanning, må det også være tilgang til teknologi for nødvendig utredning for eksempel røntgen og laboratorietjenester.

I forhold til lokalisering så anbefaler arbeidsgruppa at det etableres to intermediære avdelinger, i tilknytning til hhv den interkommunale legevakta i Bardu og Finnsnes interkommunale legevakt. Dette kan begrunnes med at Midt-Troms er et stort geografisk område på 8.600 km<sup>2</sup> og med inntil 150 km i avstand internt i regionen. Ved å legge intermediæravdelinger i tilknytning til de interkommunale legevaktene i regionen vil behovet for døgnkontinuerlig tilgang på lege dekkes samt tilgang til røntgen. Arbeidsgruppa anbefaler at det legges ti intermediærsenger til Bardu (åpnes innen august 2011) og tretten til Lenvik. Det er naturlig at det er et tett samarbeid mellom de to intermediære avdelingene. Arbeidsgruppa gjør oppmerksom på at de tall som brukes her vil være veiledende. Det er tatt utgangspunkt i 0,7 intermediære senger per 1000 innbygger. Imidlertid må størrelsen på avdelinga være avpasset i forhold til bemanningsnorm og inndekning av turnus, og der to senger fra eller til kan gi store utslag i personalkostnader.

Intermediæravdelingene anbefales organisert etter vertskommunesamarbeid slik det er beskrevet i §28 i kommuneloven. Det anbefales at det opprettes et eget styre for dette samarbeidet, der også UNN inkluderes for å gi dem mulighet for innflytelse.

Arbeidsgruppa vil understreke at avdelinga må ha klare inklusjons og eksklusjonskriterier, slik at de pasienter som har behov for sykehuskompetanse legges inn på sykehus. Nødvendig utredning og behandling må ikke forsinkes gjennom en feilaktig innleggelse i intermediæravdeling. Arbeidsgruppa har i rapporten utarbeidet lister for hvilke pasienter som passer for innleggelse på ei intermediæravdeling og hvilke som bør innlegges på sykehus.



## 4. Hva er ei intermediasravideling?

Ei intermediasravideling er en mellomting mellom en sengepost på sykehus og en sengepost i et kommunalt sykehjem. Sammenlikna med sykehjemmet er intermediasravidelinga opprusta med høyere bemanningsnorm, økt mengde legetjenester samt andre helsefaglige tjenester. Intermediasravidelinga er ei avdeling som kan ta pasienter f r (F), istedenfor(I) eller etter sykehusbehandling (E). Hensikten er at de som blir innlagt der skal ha et tidsavgrensa opphold f r de blir sendt vidare til enten sykehus, sykehjem eller hjem. I de fleste tilfeller så er intermediasravidelinga drevet i et samarbeid mellom kommune og helseforetak. Rapporten "Helsetjenester til syke eldre" beskrevet følgende hovedmodeller for framtidig organisering av intermediasravidelinger:

Hovedmodeller	Innhold/organisering
1 Sykestue Prehospital observasjonsenhet (PreOB)	Små sengeenheter i mindre kommuner langt fra sykehus, tett integrert med kommunal helsetjeneste. Håndterer pasienter i alle tre grupper (F/I/E).
2 Distriktsmedisinsk senter (DMS)/ Lokalmedisinsk senter (LMS)	Større enheter med interkommunal forankring hvor IMA er integrert med spesialistpoliklinikker. Relativt stor avstand til sykehus. Håndterer pasienter i alle grupper (F/I/E).
3 Helsehus Spesialiserte korttidsenheter (SKE)	Lokalisert i nærhet av sykehus og med nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Håndterer pasienter etter innleggelse i sykehus (E) og sikrer oppfølging/rehabilitering i en sømløs overgang til kommunehelsetjenesten

For vår region vil det være modell 1 eller 2 som er aktuell siden vi ikke har noe fullverdig sykehus   samlokalisere med.

Som ei avgrensing til hva ei slik intermediasravideling skal omfatte vil tjenestene ikke omfatte psykiatriske tilbud. Døgntilbud for psykiatri dekkes allerede gjennom DPS Midt-Troms. Senger knytta direkte til psykiatri er derfor ikke tenkt inn i den vidare rapporten om intermediasre senger.

## 5. Hvorfor intermediæravdeling?

Nærmeste sykehus til en innbygger i Midt-Troms regionen er enten Narvik, Harstad eller Tromsø. Gjennomsnittlig avstand til sykehus for en innbygger i Midt-Troms er 140 km, for de som bor lengst unna er det 240 km til sykehus. Det å ha forsterka regionale senger før, istedenfor og etter sykehusopphold vil være et åpenbart gode for befolkninga. Forutsatt at de intermediære sengene holder faglige mål og ikke blir et annenrangs tilbud.

Ei intermediæravdeling vil gi helsehjelp på et nivå mellom sykehus og sykehjem. Ei intermediæravdeling har styrket kompetanse og vil behandle pasienter som ellers måtte dra på sykehus. Den styrka kompetansen og organiseringa brukes også til å ta imot utskrivningsklare pasienter og bør brukes til kompetanseoverføring til øvrige kommunale tjenester. Et viktig mål må være at slik kompetansespredning settes i system og bidrar til kompetanseheving i de omkringliggende kommuner.

Erfaringer fra samarbeid<sup>1</sup> mellom enkelte sykehus og kommuner kan tyde på at det er en strukturell mangel i dagens helsetjeneste i behandlingsskjeden mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, at terskelen mellom sykehusbehandling og det kommunale tilbudet er for høy. Dette kan føre til at pasienter som er klassifisert som utskrivningsklare fra sykehuset ikke får plass i kommunen, og blir liggende unødige lenge på sykehuset. Det kan også risikerer at andre pasienter igjen havner unødige på sykehus med enklere medisinske tilstander fordi det ikke finnes lokale tilbud som er tilpasset deres behov. Det er samla mange erfaringer knytta til oppbygging av intermediære tilbud som viser at hensikten faktisk blir nådd. Tall fra andre intermediæravdelinger viser at ca 2/3 av pasientene som innlegges fra eget hjem/sykehjem kan utskrives til bosted.

Et slikt lokalt tilbud vil høyne kvaliteten på helsetjenesten som gis i regionen, da pasienter slipper transport og kan få behandling nærmere hjemmet. Den vil også gi ei faglig forbedring ute i kommunene, da kompetanse blir spredt fra den intermediære avdelinga og ut i kommunene. Nye høykompetansearbeidsplasser innenfor helsetjenesten vil fremme rekruttering av helsepersonell og gjøre det mer attraktivt å arbeide og etablere seg i regionen. I seg selv er dette viktige grunner til å opprette et intermediært tilbud.

I tillegg til at et mer utbygd lokalt tilbud er bedre, stimulerer også samhandlingsreformen til å bygge opp intermediære tilbud. Det gis ikke her en fullstendig utgreiing om reformen, men pekes bare på hovedtrekkene slik de er beskrevet i Stortingsproposisjon 91 L, *lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m. m. (helse og omsorgsloven)*.

I forhold til de foreslåtte økonomiske insentivene så skal kommunene på to ulike måter stimuleres til å bygge opp intermediæravdelinger.

Det ene forslaget er knytta til kommunal medfinansiering. Forslaget er at kommunene skal betale 20 % av kostnadene ved medisinsk behandling i helseforetakene, alle aldre. Unntaket er fødsler, nyfødte barn og pasientbehandling med kostbare biologiske legemidler. I tillegg er det satt et tak på 30.000 kr for særlig ressurskrevende enkeltopphold. Dette innebærer at kommunene vil ha insentiv til å forhindre unødvendige innleggelser, ta tidlig hjem pasienter samt forebygge sykdom. Da vil opprettelse av ei intermediæravdeling være et virkemiddel som kommunene kan iverksette for å redusere den kommunale medfinansieringa.

<sup>1</sup> Kilde: Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen.

Det andre forslaget er knytta til kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter. Dette innebærer at når en pasient er definert som utskrivningsklar må kommunen betale kr 4000 til sykehuset for hvert døgn pasienten ligger videre på sykehuset. Dette gir også kommunen et insentiv til å ta hjem pasientene sine som er utskrivningsklar, og at det er tilgang på et lokalt tilbud.

I tillegg til økonomiske insentiver vil det fra 2016 være lovpålagt å ha akuttsenger i alle kommuner. Fra 2012 legges det opp til en opptrapping av slike senger. Slike akuttsenger kan sees på som et før eller istedenfor tilbud, og kommunene må starte planlegginga omkring disse nå.

Oppsummert så er det vektige grunner for å opprette intermedisærsenger. Først og fremst de faglige begrunnelser gjennom større nærhet til tjenestene og kompetanseoverføring lokalt. I tillegg kommer de økonomiske insentivene som en del av Samhandlingsreformen.

## 6. Status Midt-Troms

For å gi et statusbilde av situasjonen i Midt-Troms har arbeidsgruppa sett på sykehusforbruk i dag, pleie og omsorgssektoren i Midt-Troms samt andre tilbud i Midt-Troms.

De bakenforliggende tabeller og figurer er i stor grad lagt til vedlegg 1.

### 6.1. Sykehusforbruk

Sykehusforbruk omfatter kun den somatiske delen av helsetjenesten.

Tendensen er at forbruket i Midt-Troms kommunene generelt ligger rundt landsgjennomsnitt over tid. Dette gjelder både innleggelses og polikliniske tjenester. Det er til dels store variasjoner mellom kommuner samt over tid, men tendensen for regionen er ganske klar.

Hvis man ser på de pasienter som er over 80 år og som kommer fra Midt-Troms, ser vi at det er mindre forbruk enn landsgjennomsnittet. Dette er en klar tendens over tid, og gjelder omtrent alle kommunene i Midt-Troms. Det gjelder både innleggelses og polikliniske konsultasjoner. Arbeidsgruppa har ikke arbeidet mer inngående med hvorfor det er slik, men bare konstatert at dette er et faktum.

### 6.2. Pleie og omsorgssektoren i kommunene

For å kartlegge status i pleie og omsorgssektoren (PLO) i Midt-Troms kommunene har arbeidsgruppa valgt både å hente inn KOSTRA tall og kartlegge situasjonen gjennom en direkte kartlegging til kommunene. Med tanke på KOSTRA tall så må disse brukes med forsiktighet, da man vet at det feilregistreres ved innsending.

#### 6.2.1. Netto driftsutgifter pleie og omsorgssektoren 2009

Netto driftsutgifter kan gi en indikasjon på om det brukes mye eller lite på pleie og omsorg i den aktuelle kommune, sammenliknet med andre. Samtidig kan det være vanskelig å sammenlikne ulike kommuner, på grunn av demografiske og geografiske forhold. Alle Midt-Troms kommunene bruker mer penger per innbygger på PLO enn gjennomsnittet for Troms og landet. I regionen bruker Dyrøy mest med kr 23.979 og Sørreisa minst med kr 15.092. Gjennomsnittet av netto driftsutgifter innenfor pleie og omsorg var for landet i 2009 kr 13.449 og Troms kr 15.051.

Hvis utgiftene deles på antall innbyggere over 67 år eller 80 år blir bildet noe annerledes. Årsaken er at Midt-Troms kommunene har relativt mange over 67 år og 80 år. Gjennomsnittet i Troms for netto driftsutgifter per innbygger over 67 år er 117.194 kr og for de over 80 år er det 367.645 kr. *Alle Midt-Troms kommunene har lavere gjennomsnittskostnader enn gjennomsnittet i Troms både for 67+ og 80+.* Berg er den kommunen i regionen som har lavest netto driftsutgifter i PLO per innbygger over 67 år, med kr 104.270. Deles utgiftene på innbyggerne over 80 år har også her Berg de laveste utgiftene

av kommunene i regionen med kr 290.000 og dette er lavere enn landsgjennomsnittet. Dette gir indikasjoner på at man i regionen drifter relativt effektivt innenfor Pleie og omsorgstjenestene. Samtidig er det ikke uproblematisk å bruke disse brøkene per innbyggertall. Dette har sammenheng med at noen få brukere med særlig ressurskrevende tjenester kan gjøre statistikken skjev og lite representativ.

## 6.2.2. Institusjonsplasser

### 6.2.2.1. Sykehjem

Sykehjemsdekninga, målt i antall plasser per innbygger over 80 år, er varierende mellom kommunene. Lenvik og Sørreisa lå lavest i 2010 (hhv 18,5 % og 17,8 %), mens Torsken hadde klart høyeste dekningsgrad (39,2 %). Gjennomsnittet for landet er 18,7%. Disse tallene kan være misvisende på flere måter, det ene er om man har mange brukere under 80 år på sykehjem. Det andre er at enkelte kommuner kan ha mange omsorgsboliger med hjemmesykepleie, og som ikke framkommer i statistikken.

	Legetimer per uke per beboer	Fysio. Pr uke pr beboer	Pleie-faktor*	Akutt plasser*
Bardu	0,33	0,15		
Målselv	0,28	0,09	0,8-1,0	Ingen
Sørreisa	0,17	0,21	0,87	1
Dyrøy	0,29	0,17	0,77	Ingen
Tranøy	-	0,01		Ingen
Torsken	-	0,11	0,7	Ledig kap
Berg	-	0,15	0,66	1
Lenvik	0,56	0,22	Varierer	1-8

Tabell 1 Kvalitetsindikatorer sykehjem. Kilde KOSTRA \*innhenta fra kartlegging januar 2011

Arbeidsgruppa har også sett på enkelte kvalitetsindikatorer, henta fra KOSTRA og kartlegging i kommunene, januar 2011. I forhold til legetimer per uke, så er det misvisende at Tranøy, Torsken og Berg ikke har legetilsyn til sine beboere på sykehjem. Dette har sammenheng med innføringa av Senjalegen og registrering av legeressursene.

Gjennomsnittet for landet er for øvrig 0,37. Legeforeninga anbefaler 1 legetime per 3 langtidsplasser på sykehjem.

Fysioterapi per beboer per uke i sykehjem varierer lite. Her har Tranøy 0,01 timer mens Sørreisa har 0,21 timer.

I kartlegginga som er gjort i kommunene er det spurt om hva pleiefaktoren deres er på sykehjemmene. Av de som har svart varierer dette med 0,66 til 1,0. I forhold til akutt plasser er det flere kommuner som per januar 2011 svarer at de ikke har noen slike plasser. Lenvik har oppgitt å ha 1-8 slike plasser på deres korttidsavdeling, Torsken har ledig kapasitet på deres sykehjem, mens Sørreisa og Berg har en ledig akuttplass. Det gjøres oppmerksom på at dette var et øyeblikksbilde og at det kan endres hurtig.

#### **6.2.2.2. Omsorgsboliger**

Med omsorgsbolig menes her bolig bygget med Husbankens oppstartingsstøtte. Dette er boliger der beboerne betaler husleie, eventuelt eier boligen selv.

Det har i perioden 2003-2010 vært en økning i antall omsorgsboliger i Midt-Troms. Sørreisa, Dyrøy og Tranøy har relativt flest boliger målt per 1000 innbyggere mellom 12,4 og 9,8. Torsken og Målselv har relativt færrest med hhv 1,1 og 0,9. Gjennomsnittet for landet er 5,7. Det kan være en feilkilde at enkelte kommuner har flere omsorgsboliger, men at de ikke faller inn under definisjonen til omsorgsbolig i KOSTRA.

### **6.2.3. Behandlingstilbud i kommunene**

For å kartlegge hvilket behandlingstilbud de ulike kommunene har, ble det sendt ut et kartleggingsskjema til alle de 8 kommunene i Midt-Troms i desember 2010, og svar ble mottatt i januar 2011. Kartleggingsskjema er vedlagt rapporten i vedlegg 3.

Hver kommune skulle angi om og eventuelt hvor ofte kommunen ga tilbud om følgende behandlingstilbud:

- Intravenøs behandling (antibiotika, oppvæsking osv)
- Avansert smertebehandling/terminalpleie med smertepumpe og lignende
- Transfusjonsbehandling (for eksempel kreftpasienter med behov for overføring av blodprodukter)
- Forstøverapparat og oksygen (KOLS, astma, hjertesvikt)
- Avansert sårbehandling (brudd med ekstern fiksasjon, abscess/sårruptur etter kirurgi)
- Oppstart og monitorering av diabetesbehandling hos eldre.

Kartlegginga har en del feilkilder, og svarene er ikke ytterligere kvalitetssikret i etterkant. Kartlegginga viser enkelte tendenser. For en oversikt over de svarene som ble gitt, se vedlegg 1.2.5.

En slik tendens er at forstøverapparat og oksygen gis hyppig i kommunehelsetjenesten. Intravenøs behandling gis av alle kommunene, men med ulik grad av hyppighet. Det er få av kommunene som gir tilbud om transfusjonsbehandling. Det samme gjelder med avansert smertebehandling/terminalpleie og avansert sårbehandling. Ut fra svarene som er gitt er det også sjelden at det gis tilbud om oppstart og monitorering av diabetesbehandling hos eldre.

En intermediæravdeling vil ha større gjennomstrømming av pasienter enn et ordinært sykehjem, og flere behandlingskrevende tilstander. Dette vil gi mengdetrening og erfaring i en rekke behandlingsformer som i dag sjeldent gis i de ulike kommunene. Dette vil gi bedre kvalitet og kompetanse. Ei intermediæravdeling bør brukes som et regionalt kompetansesenter for de øvrige deler av den kommunale helsetjenesten. Slik at for eksempel personalet fra et sykehjem kan gis opplæring i blodoverføring hvis en av deres pasienter har behov for denne type helsehjelp.

## 6.2.4. Antall årsverk

Arbeidsgruppa har også antall årsverk i PLO, samt årsverk fordelt på profesjoner i PLO. Det oversikten viser er at av alle årsverk i PLO for hele Midt-Troms er kun 2,6 leger, 1,4 fysioterapeuter, 6 geriatrisk sykepleier og 5,1 ergoterapeut. Merk at på grunn av Senjalegen er det ikke oppgitt at kommunene Tranøy, Torsken og Berg har leger i institusjon, dette stemmer ikke, og er årsaken til de relativt høye tallene til Lenvik.

	1922 Bardu	1924 Målselv	1925 Sørreisa	1926 Dyrøy	1927 Tranøy	1928 Torsken	1929 Berg	1931 Lenvik	Midt-Troms
Årsverk i alt , pleie og omsorg	120,32	200,24	67,15	62,23	67	49,25	43,8	375,38	985,4
Årsverk av leger i institusjon	0,4	0,52	0,11	0,19	0	0	0	1,37	2,59
Årsverk av fysioterapeuter i institusjon	0,19	0,17	0,14	0,11	0,01	0,08	0,1	0,56	1,36
Psykiatrisk sykepleier, årsverk i pleie og omsorg	0	0	0	2	0	0	0	5,4	7,4
Geriatrisk sykepleier, årsverk i pleie og omsorg	1	1	1	0	0	0	0	3	6
Sykepleiere med annen spes./vd. utd., årsverk i pleie og omsorg	2,27	5,2	0,8	1	1	1	0	3,78	15,05
Andre sykepleiere, årsverk i pleie og omsorg	20,06	34,8	21,1	9,8	12,1	6	5,03	70,43	179,3
Vernepleier, årsverk i pleie og omsorg	4,06	5,6	0,89	2	0	0,5	0	14,07	27,12
Hjelpepleier, årsverk i pleie og omsorg	30,63	61,06	18,41	18,72	17,9	14,07	8,33	110,77	279,9
Ergoterapeut, årsverk i pleie og omsorg	1	1	0	0	0	0	0	3,12	5,12
Sosionom, årsverk i pleie og omsorg	0	0,79	0	0	0	0	0	2,05	2,84
Barnevernpedagog, årsverk i pleie og omsorg	0	0	0	0	0	0	0	0,53	0,53
Miljøterapeut og pedagog, årsverk i pleie og omsorg	0,42	2,56	0	0	1	0	1	10,59	15,57
Aktivitør, årsverk i pleie og omsorg	0	0,5	1,32	1	0	1,42	0	2,43	6,67
Omsorgsarbeider, årsverk i pleie og omsorg	9,95	19,81	6,48	5,66	8,76	5,38	8,4	30,85	95,29
Barne- og ungdomsarbeider, årsverk i pleie og omsorg	0	1,52	0	0	0,14	0	0	1,26	2,92
Helsefagarbeider, årsverk i pleie og omsorg	0	1	0	2	0	0	0	1	4
Pleiemedhj/ass, hjemmehj/prakt bist eller annen brukerrettet tj, årsverk i plei	41,29	44,46	6,84	16,28	16,65	16,48	12,6	82,5	237,1
Annet pleiepersonell m/helseudt., årsverk i pleie og omsorg	2,75	2,25	2,78	0,91	2,03	0	4,18	8,07	22,97
Servicefunksjoner, årsverk i pleie og omsorg	3,48	8,76	2,78	1,85	6,56	2,69	3,2	13	42,32
Administrativt personell (øk/adm), årsverk i pleie og omsorg	0	4,26	2,56	1	0	1,7	1	7,09	17,61
Uspesifiserte årsverk i pleie og omsorg	3,41	6,02	1,69	0	0,85	0	0	5,89	17,86

Tabell 2 Årsverk PLO Kilde KOSTRA

---

## 6.3. Andre tilbud

### 6.3.1. Legevaktstilbud.

#### 6.3.1.1. Interkommunal legevakt i Bardu

Interkommunal legevakt i Bardu er lokalisert på Troms Militære sykehus i Bardu kommune. UNN har røntgen og poliklinikkvirksomhet på dagtid og når de stenger overtar legevakta lokalene. Det er også ei militær sykestue på bygget, som tar seg av syke soldater. Interkommunal legevakt i Bardu omfatter kommunene Salangen, Lavangen, Bardu og Målselv. Det er ca 14 000 innbyggere i legevaktsdistriktet og alle fastleger og turnusleger i de 4 samarbeidskommunene er med. Det er 17 delt turnus som gir 2 vakter hver måned per lege.

I tilknytning til legevakta er en legevaktsentral som er bemanna med helsepersonell 24 timer i døgnet og som har felles telefonnummer for alle de samarbeidene kommuner. Legevaktsentralen håndterer alle henvendelser til lege utenom legekantorenes åpningstid, og assisterer også legevaktslegen.

Fra august 2011 skal det knyttes 2 observasjonssenger til legevakta. Disse skal brukes når en pasient kommer til konsultasjon på legevakten og pasientens tilstand er uavklart. Pasienten kan legges til observasjon på legevakta over en kortere periode for avklaring av videre håndtering av pasienten. Eks. hjem, til sykehus, korttidsopphold osv. Sengene er lokalisert på TMS, rett ved siden av legevakta. Det vil alltid være legevaktslegen som foretar en medisinsk faglig vurdering for om pasienten kan ligge til observasjon.

#### 6.3.1.2. Finnsnes Interkommunale legevakt

Finnsnes Interkommunale legevakt ble etablert i 2004 og er lokalisert i tilknytning til DMS Midt-Troms. Lenvik kommune er vertskommune for legevaktsamarbeidet og kommunene Lenvik, Tranøy, Berg, Torsken, Sørreisa og Dyrøy er deltagere. Samarbeidet dekker ei befolkning på 19 500 innbyggere fordelt over et geografisk område på 2600 kvadratkilometer. Kommunene stiller med legevaktsleger etter innbyggertall og det er om lag 15 leger som går legevakt, i tillegg til 5 turnusleger.

Akuttilbudet for innleggelse lokalt er for Lenvikpasienter er definert til Korttidsavdelinga ved DMS,. Også i de øvrige kommunene i samarbeidet kan en legge inn pasienter til lokalt sykehjem fra legevakta, men heller ikke her finnes det definerte senger til observasjon og behandling før eller istedenfor sykehusinnleggelse.

### 6.3.2. OGT.

Områdegeriatrik tjeneste (OGT) er en spesialisthelsetjeneste innen geriatri og rehabilitering, og er en del av virksomheten til UNN. OGT er lokalisert til Distriktsmedisinsk senter for Midt-Troms på Finnsnes. Lenvik kommune er vertskommune for tjenesten og har drifts- og



arbeidsgiveransvar. Systemansvaret som skal sikre at tjenestene drives i samsvar med krav i spesialisthelsetjenesteloven ligger i UNN HF, medisinsk klinikk, geriatrisk seksjon.

Virksomheten gir følgende tilbud:

- Pasientbehandling via innleggelser i egen døgnavdeling og polikliniske kontakter, enten ved Distriktsmedisinsk senter på Finnsnes eller i pasientens hjemkommune.
- Kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten. Dette er bl.a. organisert som "Demensnettverk" og "Rehabiliteringsnettverk" Midt-Troms.
- Rådgiving og veiledning til helsepersonell i kommunehelsetjenesten mellom annet på egne utreisedager.

Geografisk ansvarsområde er kommunene Berg, Torsken, Tranøy, Lenvik, Sørreisa, Målselv, Dyrøy, Bardu, Salangen, og Lavangen, totalt ca 33 000 innbyggere.

OGT har totalt 17.95 stillingshjemler og har følgende faggrupper tilsatt: Virksomhetsleder, Leger (2), Fagleder for sykepleietjenesten (1), sykepleiere (4.7), hjelpepleiere (4.5), ergoterapeuter (1.5), fysioterapeuter (2), logoped (0.5), sekretær (0.75).

OGT ledes av virksomhetsleder. Ledelsen utøves i et lederteam bestående av virksomhetsleder (sykepleier) og overlege 1 som medisinsk faglig rådgiver.

Driften finansieres av en årlig rammeoverføring fra UNN til Lenvik kommune.

	2006	2007	2008	2009	2010
a. Antall senger til disposisjon	9	8	8	8	8
b. Maksimalt antall mulige liggedøgn	2934	2696*	2696*	2696*	2566*
c. Antall utskrivninger	54	50	59	65	79
e. Antall liggedøgn totalt	1776	1898	1901	1868	1851
f. Gjennomsnittlig varighet opphold i døgn (e/d)	33	38	32.2	28,7	23,4
g. Beleggsprosent (e/b)	60 %	70 %	70 %	69 %	72%
h. Beleggsprosent omregnet i antall senger (axg)	5.4	5.6	5.6	5.5	5,7
Antall polikliniske undersøkelser v/ lege og tverrfaglig	166	77	205	257	201

- Korrigert for 4 uker sommerferiestenging.

### **6.3.3.Senter for Psykisk helse Midt-Troms**

Senter for Psykisk helse Midt-Troms består av følgende enheter:

- Døgnerhet med 12 plasser – for voksne (18 år og eldre)
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk på Silsand som har tre team:
  - Team for individuell behandling
  - Team for gruppebehandling
  - Ambulant team
- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk på Silsand
- Voksenpsykiatrisk poliklinikk på Sjøvegan som har to team:
  - Team for individuell behandling
  - Team for dagbehandling/gruppe
- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk på Sjøvegan

Døgnerheten på Silsand dekker hele opptaksområdet med 11 kommuner.

Poliklinikkene på Silsand dekker følgende kommuner: Målselv, Sørreisa, Lenvik, Tranøy, Torsken og Berg.

Poliklinikkene på Sjøvegan dekker kommunene Bardu, Dyrøy, Salangen, Lavangen og Gratangen.

### **6.3.4.Viken senter**

Viken senter er lokalisert i Bardu kommune i Troms.

Tilbudet legger vekt på klinisk/faglig behandling, og i tillegg tilbud om rekreasjon, kurs, samtaler og forskning. Ut fra et kristent, helhetlig menneskesyn, og med landsdelens særskilte behov for øye, skal stedet utvikles til et kompetansesenter på å forstå eksistensielle og åndelige spørsmåls betydning for utvikling og behandling av mennesker med angst, depresjon og samlivsproblemer.

Viken har et særlig fokus på etniske forhold og minoritets-problematikk, tilbud tilpasset Forsvarets personell og deres familier, og et utvidet familietilbud til enslige med barn. Tilbudet er åpent for alle, uansett tro, tilhørighet og bakgrunn. De tar imot pasienter og besøkende fra hele landet.

### **6.3.5.Salangen Rehab**

SalangenRehab er i en omstillingsfase, men kan i følge deres hjemmeside tilby rehabiliteringsopphold innenfor følgende pasientgrupper mot egenbetaling:

- Overvekt- livsstilsendringer
- Smertetilstander i muskel og skjelett
- Lettere psykiatri – angst/depresjoner og slitenhet.
- Generell opptrening etter operasjoner eller etter langvarig behandling grunnet sykdom

## 7. Erfaringer fra andre intermediæravdelinger

I arbeidsgruppa har ulike evalueringer fra andre intermediæravdelinger vært gjennomgått.

Dette er evalueringer knytta til Søbstad, helseparken i Mo i Rana, Fosen DMS samt sykestuene i Finnmark. For en grundig gjennomgang av disse se vedlegg 2. I tabell 3 er et utdrag av de innsamla opplysningene tatt med, samt Hallindal sjukestugu, Røros sykehus, DMS-Stjørdal og Rukjan sykehus.<sup>2</sup>

Enhet	Antall	Type	Befolkningsgrunnlag
<b>Søbstad</b>	20 + 10 (Samarbeid med st. Olav)	Etterbehandling	171.000
<b>Helseparken i Mo i Rana</b>	17	7 rehabilitering 6 intermediære 4 opptreningsplasser	18.000
<b>Fosen DMS</b>	12	2 observasjon 6 etterbehandling 4 korttidsplasser	26.000
<b>Sykestuene i Finnmark (Alta)</b>	40 (9 i Alta)	Akuttmedisinsk diagnostikk og behandling. Stabilisering før transport til sykehus. Behandling av enklere tilstander. Lavterskeltilbud. Mottak av utskrivningsklare sykehuspasienter Kreftbehandling og terminal omsorg. Rehabilitering, som alternativ til forlenget sykehusopphold. Utredning til et visst nivå. (medisinsk behandling/oppfølging)	(18.488)
<b>Hallingdal sjukestugu</b>	14	Observasjon Rehabilitering	20.000
<b>DMS Stjørdal</b>	12	Intermediære sengeplasser	20.960

Tabell 3 Utdrag av resultater, andre intermediære avdelinger

<sup>2</sup> Fra rapporten "Helsetjenestetilbud på Røros –Mulighetsstudie"

## 8. Drøftinger

### 8.1. Pasientgrupper

I forhold til pasientgrupper anbefaler arbeidsgruppa at det både skal satses på før, etter og istedenfor senger. I hovedsak vil det være eldre personer som er målgruppa. Eldre pasienter har ofte kroniske lidelser og redusert helse som gjør at nytilkommen sykdom (infeksjon/fall osv) raskt kan gjøre at de har behov for behandling og tilsyn i institusjon. Tilstandene kan være relativt enkle å behandle og det er da riktig å ha gode lokale tilbud som hindrer unødvendige sykehusinnleggelse for de som ikke trenger det.

Imidlertid kan det tenkes at også yngre personer vil ha behov for et slikt intermedisært tilbud, eks observasjonssenger. Men for de fleste yngre vil et funksjonstap som gjør dem pleietrengende også gjøre at de får et behov for utredning som nødvendiggjør sykehusinnleggelse.

Arbeidsgruppa har gjennomgått de ulike evalueringene til andre intermedisært tilbud. I tillegg har de gjennomgått de anbefalingene som er gitt i rapporten "Helsetjenester til syke eldre". I den sistnevnte rapporten er det lagt forslag til hvilke pasienter som kan være aktuelle for et kommunalt intermedisært tilbud og sykehusinnleggelse. Dette forslaget oppsummerer også klart hva de andre evalueringene har beskrevet som pasientgrupper for ei intermedisæravdeling. Arbeidsgruppa har valgt å bruke dette som et utgangspunkt i sin anbefaling omkring pasientgrupper, samt at de har supplert disse forslagene. Det er viktig at det utarbeides objektive kriterier for innleggelse, og arbeidsgruppa mener at oppstillinga under gir et godt utgangspunkt for disse kriteriene.

#### **Pasienter som kan være aktuelle for intermedisære tilbud**

- Palliativ og terminal omsorg av kreftsykdom i samarbeid/forståelse med pasient og pårørende
- Forverring av KOLS uten betydelige tilleggssykdommer der behandlingsopplegget er avklart
- Justering av pågående behandling av kjent kronisk sykdom som hjertesvikt og diabetes uten betydelige tilleggssykdommer eller akutt funksjonssvikt
- Terminal fase av hjerte-/lungesvikt
- Behov for transfusjon av blod, væske eller elektrolytter der diagnosen er sikker og det ikke foreligger betydelig multimorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Korrigering av ernæringsvikt og dehydrering hvor kjent utløsende årsak er avklart
- Intravenøs behandling av diagnostisert infeksjonssykdom uten tegn på sepsis og uten betydelige tilleggssykdommer eller akutt funksjonssvikt
- Brudd og skader der røntgenundersøkelse avklarer at sykehusinnleggelse ikke er nødvendig
- Cytostatikabehandling etter fastsatt avtale med 2. linjetjenesten.

- Observasjon av andre tilstander der sykehusinnleggelse, etter konferering med geriater eller annen relevant bakvakt ved sykehus, ikke anses som nødvendig
  - Pasient som normalt ville vært lagt inn på sykehus, men der pasienten selv (forutsatt mentalt klar) og pårørende klart ønsker behandling i lokalmiljøet
  - Pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus, men der kommunen ikke har nødvendig kompetanse/plass for å ivareta pasienten.
  - Pasienter som har vært innlagt på sykehus, men har behov for rehabilitering før hjemsendelse til hjemkommune, og der intermedieæravdeling har kompetanse for å ivareta denne rehabiliteringa.
- **Felles for de fleste punktene over er at det ofte vil dreie seg om eldre pasienter.**

### **Pasienter som skal legges inn i sykehus**

- Traumer med uavklart alvorlighetsgrad
- Akutt alvorlig sykdom (forløp <1 uke) hos eldre med uavklart diagnose, uttalte tilleggssykdommer eller et symptombylde preget av akutt funksjonssvikt
- Akutt forverring av kjent kronisk sykdom der alvorlighetsgrad, tilleggssykdommer eller rask funksjonssvikt tilsier innleggelse.
- Rus/forgiftninger
- Psykiatri (vurderes eventuelt for tilgjengelige prehospital DPS tilbud)
- Pasienter som skal innlegges etter definerte nasjonale pasientforløp (for eksempel hjerneslag, akutt hjerteinfarkt)
- Pasienter som ikke opplever rask bedring av sykdomsforløp under behandling. (Arbeidsgruppa oppfatta dette punktet som særlig viktig for at en intermedieæravdeling skal gi forsvarlig helsehjelp og at befolkninga skal oppleve trygghet ved innleggelse)

Det er viktig med klare retningslinjer slik at de pasientene som har behov for sykehuskompetanse legges inn på sykehus. Nødvendig utredning og behandling må ikke forsinkes gjennom en feilaktig innleggelse i intermedieæravdeling.

## **8.2. Antall senger**

På de ulike intermedieæravdelingene som i dag eksisterer er antall senger per tusen innbygger varierende. Helseparken i Mo i Rana har nærmere en seng per 1000 innbygger, for Søbstad sykehjem er det tilsvarende tallet 0,18. For de øvrige er antall senger i hovedsak fra 0,5-0,7. Dette er sengeposter som drives etter dagens rammebetingelser. Med samhandlingsreformen vil det bli stimulert til ytterligere satsning på intermedieærtillbud.

I rapporten "Helsetjenester til syke eldre" anbefaler ekspertgruppa et normtall for intermediære senger anslått til en seng per tusen innbygger. Arbeidsgruppa vurderer at dette kan være et mål på lengre sikt. På kort sikt har arbeidsgruppa valgt å anbefale et normtall på 0,7 intermediære senger per 1000 innbygger.

Det er i dag et samarbeid mellom kommunene Målselv, Bardu, Salangen og Lavangen omkring legevakt og akuttenger knytta til legevakta ved TMS. I befolkningsgrunnlaget er Lavangen og Salangen også tatt med, selv om de ikke er en del av Midt-Troms regionen. Til sammen er dette 33.000 innbyggere. Dersom en inkluderer kommunene Salangen, og Lavangen vil det innebære 23 intermediærsenger for hele området. Dette tallet vil både inkludere før, istedenfor og ettersenger. Arbeidsgruppa gjør også oppmerksom på at 23 senger er et rådgivende utgangspunkt. Ved opprettelse av en sengepost vil kostnadene tilknytta denne kunne øke hvis antall senger øker slik at det må opprettes ekstra stillinger. Derfor må kostnadene også vurderes når man velger antall senger. Erfaringstall fra UNN viser at ei sykehusavdeling med 30 senger er mest kostnadseffektivt, mens 10-12 senger er dyrt å drifte.

Det foreslås at det reguleres hvor lenge en pasient kan være innlagt i ulike type senger.

#### Før-senger

Maks liggetid: to dager. Skal da ha avklart tilstand og bestemme om pasient kan sendes hjem, overføres til videre behandling på intermediæravdeling (istedenfor sykehus) eller til sykehus. Pasient må oppfylle innleggelseskriterier i henhold til liste side 20-21.

#### Istedenfor sykehusbehandling

Daglig evaluering om iverksatt behandling gir forventet/ønska resultat. Pasienten skal i løpet av 7 dager enten skrives ut til hjemmet, til sykehjem/PLO i egen kommune, eller overføres til sykehus (ved manglende effekt av behandling). Må oppfylle kriteriene på side 20-21.

#### Etter sykehusbehandling

- Utskrivningsklare pasienter fra sykehus, maks liggetid 7 dager. Ved liggetid ut over grensa bør hjemkommunen betale for oppholdet. Dette og andre forhold spesifiseres nærmere i avtale. .. Intermediæravdeling må påse at de definerte krav til å være utskrivningsklar er oppfylt fra sykehus. Det skal brukes til følgende tilfeller:
  1. Hvis behov for buffer i påvente av at hjemkommune får ordna tilbud på grunn av plassmangel
  2. Hvis hjemkommunen har behov for opplæring/kompetanseoverføring før de kan motta pasienten
- Pasienter med behov for ytterligere rehabilitering etter sykehusopphold, og der hjemkommune ikke kan gi denne rehabilitering. Maks liggetid 3 uker

## 8.3. Bemanning

I forhold til bemanning må denne være forsterka sammenlikna med bemanning i sykehjem. Arbeidsgruppa har gjennomgått evalueringene for andre intermediære avdelinger samt rapporten "Helsetjenester for syke eldre". Det er viktig at det faglige tilbudet ved ei intermediær avdeling holder høy kvalitet. På denne bakgrunn har arbeidsgruppa gjort sine vurderinger med tanke på bemanning.

Det må være et beredskapstilbud av lege hele døgnet. Dette kan løses gjennom en bakvaksordning eller at intermediæravdelinga legges i tilknytning til legevakt. Det må også være døgnkontinuerlig mulighet for videokonferanse med spesialisthelsetjenesten. I forhold til legetjenester tilsier anbefalinga til legeforeninga at denne type senger har behov for 1 lege per 6-10 pasienter.<sup>3</sup> Dette tilsvarer 2,3-3,8 legeårsverk på dagtid. For å gi daglige vurderinger og behandlingsendringer vil tilgjengelige og stabile legetjenester være et suksesskriterium. Det må også gjøres vurderinger om hvilken kompetanse disse legene skal ha, stikkord kan være spesialister i sykehjemsmedisin og geriatri.

Det må være sykepleier tilstede hele døgnet. Arbeidsgruppa legger vekt på at det bør være sykepleiere med ulik spesialisering tilknyttet avdelinga. Dette kan være geriatrisk sykepleier, diabetssykepleier, kreftsykepleier, psykiatrisk sykepleier osv. Arbeidsgruppa har også drøftet at det burde ha vært en sykepleierspesialisering innenfor allmennsykepleie, lik det som finnes hos legene. Forholdet mellom sykepleier/hjelpepleier bør være 80/20. Det anbefales en pleiefaktor opp mot 1,3 per pasient. Det må også være fysioterapeut og ergoterapeut tilknyttet intermediæravdelinga. Med planlegging av antall ansatte må det også tas høyde for veiledning og kompetanseheving i kommunene, samt det å følge pasientene ut til hjemkommune. Ansatte må også sees i sammenheng med hvor sengene er lokalisert, og muligheten for fleksibel bruk.

I tillegg til de faglige stillingene vil det også være behov for en administrativ ressurs. Størrelsen på denne har ikke arbeidsgruppa sett nærmere på.

For å ivareta den kvaliteten som er ønskelig må ansatte ha gode muligheter til oppdatering av egen kunnskap. Dette vil også være viktig i oppstarten slik at tilbudet har en høy faglig standard. Erfaring fra andre etableringer viser at rekruttering til ei slik avdeling ikke trenger å være utfordrende. Dette siden mange fagfolk søker seg til større fagmiljø og utfordrende arbeidsoppgaver. Men det utfordrende vil da være at kommunene kan få mindre tilgang til kvalifisert helsepersonell.

---

<sup>3</sup> Anbefalinga er basert på at legeforeninga i 2007 anbefaler et legebehov for 1 rehabiliteringsplass til å være 3 uketimer (1 lege på 10 pasienter), og for en plass beregna på palliativ behandling/terminalomsorg til å være 5 uketimer (1 lege på 6 pasienter).



---

## 8.4. Teknologi

I forhold til forslag til tilgjengelig teknologi for diagnostikk og behandling har arbeidsgruppa basert seg på rapporten "Helsetjenester til syke eldre". I denne rapporten anbefales at følgende teknologi skal være tilgjengelig ved ei intermediær avdeling:

- Røntgen (ordinær)
- EKG
- Blodgassanalyse eller perkutan kapnografi (CO<sub>2</sub> –målinger) og oksymetri (O<sub>2</sub> – målinger)
- Troponin T/D-dimer
- Elektrolytter
- Urinundersøkelse
- Hematologiske analyser
- Blodsukker
- CRP
- Transaminaser
- Relevant akuttmedisinsk utstyr
- Blærescanner

## 8.5. Lokalisering

I forhold til lokalisering er det to hovedmuligheter basert på hvilken type intermediæravdeling som velges.

1. Egne senger i hver enkelt kommune

Ved senger i hver enkelt kommune vil dette bety at det vil være 1-7 senger i hver kommune. Det vil da være vanskelig å gi et spesialisert tilbud til pasientgrupper som i dag ikke kan få et lokalt tilbud. Kompetanse, kvalitet i tjenesten og faglig fordypning vil bortimot være umulig, samt tilgang på lege 24/7. **Arbeidsgruppa vurderer dette alternativet som uegnet på grunn av lavt pasientgrunnlag.**

2. Intermediæravdeling som interkommunalt samarbeid

Et interkommunalt intermedieertilbud kan tenkes lokalisert en eller to plasser i regionen. Fordelen med å lokalisere det en plass er at det gir rom for stor grad av spesialisering og sannsynligvis lavere kostnader. Ulempen er at det gir en del

reiseavstand i regionen, blir lengre vei ut til kommunene som skal veiledes samt at det ikke blir observasjonssenger ved begge legevaktene.

På den andre siden vil to intermediært tilbud gi større nærhet til befolkninga, men mindre mulighet for et større pasientgrunnlag som sikrer faglig spesialisering innenfor mer sjeldne tilstander. Dette kan unngås ved at de to intermediært tilbudene spesialisere seg på ulike pasientgrupper, men begge har tilbud om observasjonssenger.

Angående lokaliseringssted så kan dette i utgangspunktet være åpent. Men arbeidsgruppa mener at et intermediært tilbud må ha tilgang til lege 24/7 for at dette skal være et faglig forsvarlig tilbud. En slik legetjeneste kan organiseres med egne leger som er tilknyttet avdelinga i bakvakt utenfor ordinær arbeidstid. Dette blir et relativt dyrt tilbud. Det vil være billigere å knytte intermediæravdelinga til ei legevakt, og dermed ha nærhet til lege ved behov.

## 8.6. Organisering

Med tanke på organisering av intermediæravdelinga har arbeidsgruppa i hovedsak sett på løsninger med kommunesamarbeid.

Ei intermediæravdeling med akutt plasser vil fra 2016 være en lovpålagt oppgave i alle kommunene, etter en 4-årig opptrappingsplan.

I tillegg vil det være myndighetsutøvelse beheftet med å få plass på ei slik intermediæravdeling, og dette gjør at valg av organisasjonsform blir mer begrensa. Ved organisasjonsformene § 27 etter kommuneloven, interkommunal selskap eller aksjeselskap kan det kun være samarbeid om frivillige oppgaver. For samarbeid om lovpålagte oppgaver og offentlig myndighetsutøvelse vil vertskommunemodellen etter §28 a-k i kommuneloven kunne brukes. Dette innebærer at utførelsen av oppgavene og myndighetsutøvelsen organisatorisk legges til en vertskommune. Den enkelte kommune skal fremdeles ha det formelle ansvaret for de lovpålagte oppgavene som legges inn i samarbeidet. Loven skiller mellom administrativt vertskommunesamarbeid og vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. Der det ikke er aktuelt å overføre beslutningsmyndighet av prinsipiell karakter kan det opprettes et administrativt vertskommunesamarbeid. Beslutningene treffes da av administrasjonen i vertskommunen. Ved overføring av beslutningsmyndighet i prinsipielle saker, oppnevnes det ei felles folkevalgt nemnd som treffer avgjørelser i disse sakene. Det formelle ansvaret vil likevel fortsatt ligge til de ulike kommunene.

Med tanke på forholdet til UNN og spesialisthelsetjenesten så vil de kunne bidra økonomisk og faglig etter nærmere avtaler. Hvis de skal være med å bidra ønsker de også å få være med å styre eksempelvis gjennom ei felles styringsgruppe. Også med tanke på å tilrettelegge for et godt interkommunalt samarbeid bør det opprettes ei styringsgruppe for samarbeidet, selv om det etter loven ikke er behov for det, da det ikke skal treffes avgjørelser i prinsipielle saker. I ei slik styringsgruppe bør også UNN ha en representant.

## 8.7. Suksesskriterier

For at den intermediære avdelinga skal bli vellykket mener arbeidsgruppa at følgende suksesskriterier må være tilstede:

- Det må være tydelige kriterier med tanke på hvilke pasienter som skal legges inn og hvilke som ikke skal det. Det må også være kriterier på hvor lenge hver pasient får ligge.
- Pasientene må føle trygghet ved bruk av tjenesten. Det må være et kvalitativt godt tilbud på intermediæravdelinga. Det må derfor være god kvalitetssikring av tilbudet.
- Avdelinga må ha fokus på overføring av kompetanse til de involverte kommuner innenfor aktuelle fagområder samt knytta til spesifikke pasienter.
- Det må være fagpersonell med riktig kompetanse ansatt ved avdelinga. I den forbindelse bør det iverksettes rekrutteringsarbeid som ikke går ut over kommunene i Midt-Troms med tanke på tilgang av fagfolk.
- Det må være fokus på kompetansebygging blant personalet, samt stabilitet i personalet, særlig leger. Herunder må det tilrettelegges for forskning. Intermediæravdelinga bør være en arena for læring og utdanning.
- De involverte parter må ha innflytelse og bli hørt.
- Stabile rammebetingelser
- God samhandling med UNN
- Det må være tekniske muligheter for å drøfte pasienter med UNN, med mulighet for telematikk

---

## 9. Konklusjon

Ei intermedisæravdeling vil i hovedsak ha eldre pasienter, siden disse i størst grad har behov for denne typen tjenester. Det er viktig at avdelinga har klare inklusjons og eksklusjonskriterier, slik at de pasienter som har behov for sykehuskompetanse legges inn på sykehus. Nødvendig utredning og behandling må ikke forsinkes gjennom en feilaktig innleggelse i intermedisæravdeling.

Arbeidsgruppa anbefaler at det etableres 23 intermedisærseger i Midt-Troms regionen, dersom Salangen og Lavangen inkluderer. Dette vil både være observasjonssenger (førsenger), istedenfor senger og etterbehandlingssenger. I forhold til etterbehandling så vil dette både være pasienter som er ferdig behandla på sykehus og pasienter som har behov for rehabilitering før de kan komme hjem til hjemkommunen.

I forhold til bemanning må det være sykepleier tilstede, og tilgang på lege hele døgnet. Det anbefales en pleiefaktor på 1,3. I tillegg må det være fysioterapi og ergoterapiressurser tilknytta avdelinga. Dette vil være ei avdeling med et tilbud for eldre personer, og derfor må pleiefaktoren være relativt høy. I tillegg til en høy faglighet i forhold til bemanning må det også være tilgjengelig nødvendig teknologi slik at de undersøkelser som kan tas lokalt.

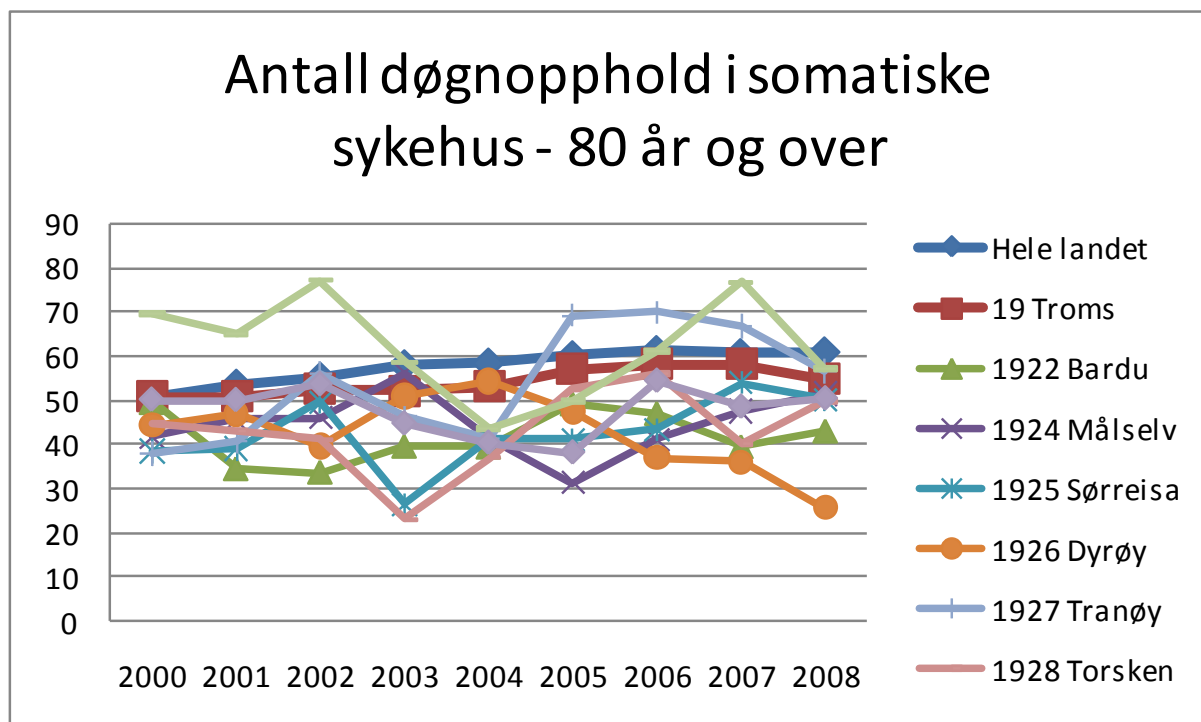
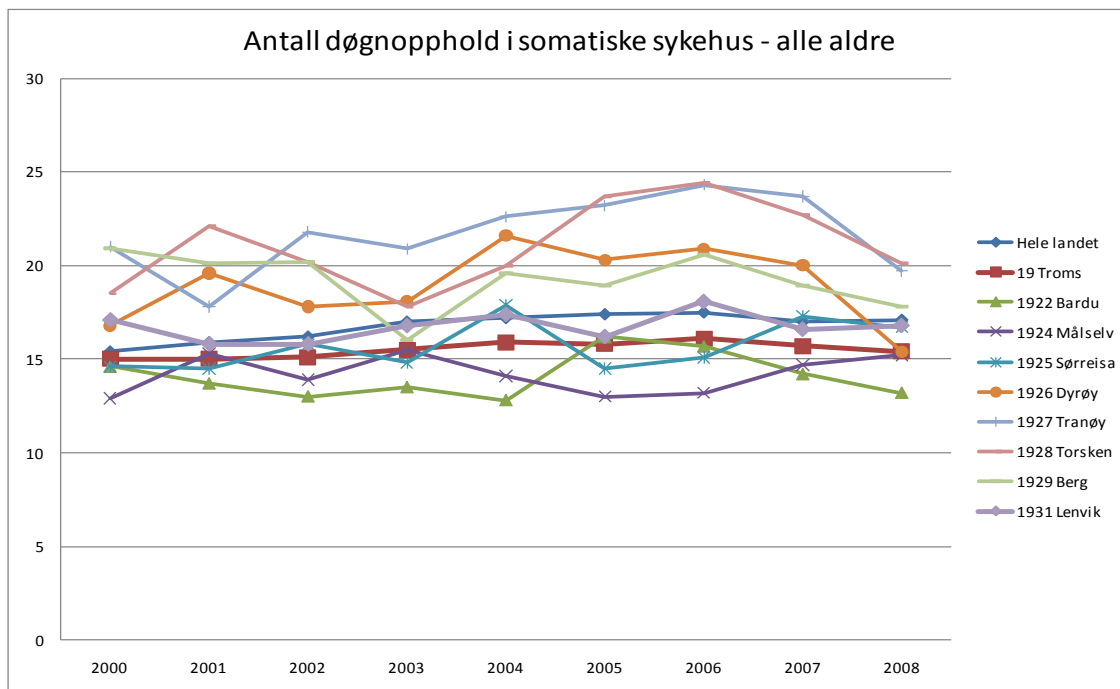
I forhold til lokalisering så anbefaler arbeidsgruppa at det etableres to intermedisære avdelinger, i tilknytning til hhv den interkommunale legevakta i Bardu og Finnsnes interkommunale legevakt. Dette kan begrunnes med at Midt-Troms er et stort geografisk område på 8.600 km<sup>2</sup> og med inntil 150 km i avstand internt i regionen. Ved å legge intermedisæravdelinger i tilknytning til de interkommunale legevaktene i regionen vil behovet for døgkontinuerlig tilgang på lege dekkes samt tilgang til røntgen. Arbeidsgruppa anbefaler at det legges ti intermedisærseger til Bardu og tretten til Lenvik. Det er naturlig at det er et tett faglig samarbeid mellom de to intermedisære avdelingene.

De intermedisære avdelingene må bidra til kompetanseheving innenfor kommunene også, gjennom et utstrakt utadretta samarbeid.

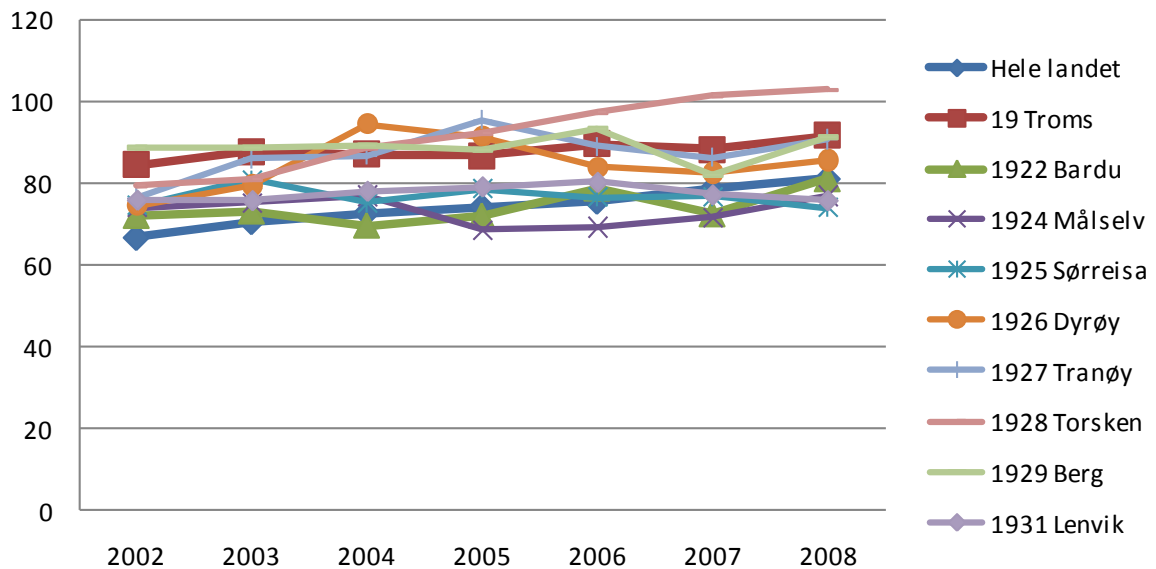
Intermedisæravdelingene anbefales organisert etter vertskommunesamarbeid slik det er beskrevet i §28 i kommuneloven. Det anbefales at det opprettes et eget styre for dette samarbeidet, der også UNN inkluderer for å gi dem mulighet for innflytelse.

# Vedlegg 1: Tabeller og figurer angående status

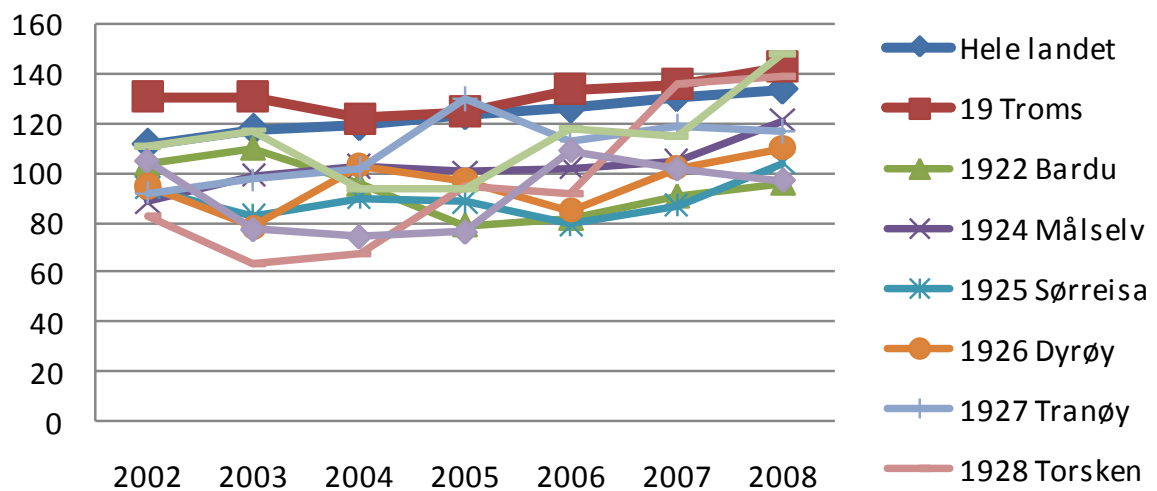
## V1.1 Forbruk sykehustjenester



### Polikliniske konsultasjoner, somatisk helsetjeneste I alt



### Polikliniske konsultasjoner, somatisk helsetjeneste 80 år og over



## V 1.2: Pleie og omsorgssektoren i kommunene

### V 1.2.1: Alderssammensetning

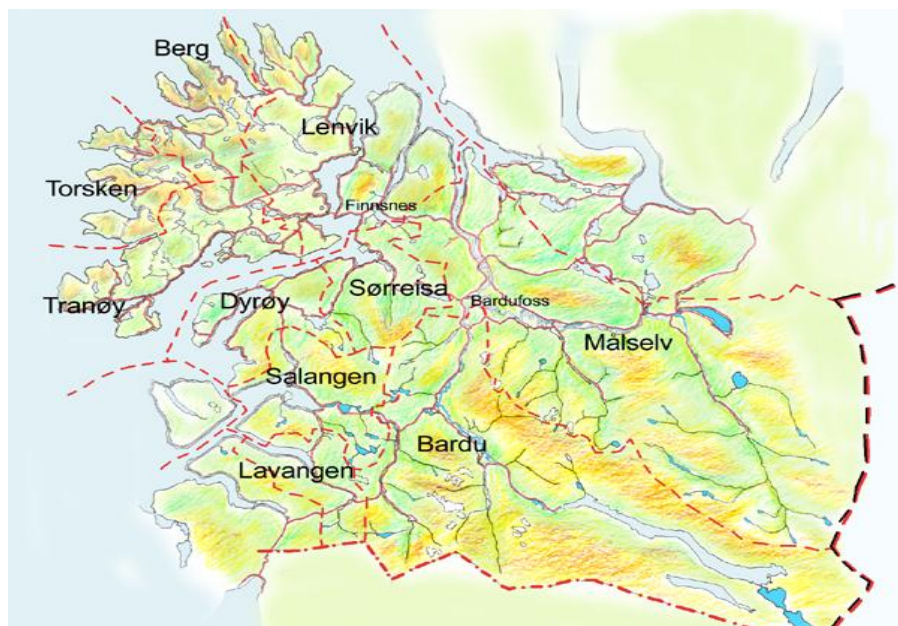
	0 år	1-5 år	6-12 år	13-15 år	16-19 år	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år +	SUM
<b>1922 Bardu</b>	43	291	344	140	204	1 313	1 049	358	200	3 942
<b>1924 Målselv</b>	73	366	566	263	377	2 099	1 845	654	320	6 563
<b>1925 Sørreisa</b>	36	185	346	155	180	997	991	329	152	3 371
<b>1926 Dyrøy</b>	10	60	79	50	74	299	380	155	98	1 205
<b>1927 Tranøy</b>	16	69	118	61	84	367	492	216	115	1 538
<b>1928 Torsken</b>	7	40	51	30	54	228	305	122	74	911
<b>1929 Berg</b>	13	31	52	37	68	243	285	114	64	907
<b>1931 Lenvik</b>	137	739	1 084	519	630	3 424	3 171	1 065	525	11 294
<b>Midt-Troms</b>	335	1 781	2 640	1 255	1 671	8 970	8 518	3 013	1 548	29 731

Tabell 4: Alderssammensetning i Midt-Troms kommunene, absolutte tall, 2011. Kilde: SSB

	0 år	1-5 år	6-12 år	13-15 år	16-19 år	20-44 år	45-66 år	67-79 år	80 år +
<b>1922 Bardu</b>	1,1 %	7,4 %	8,7 %	3,6 %	5,2 %	33,3 %	26,6 %	9,1 %	5,1 %
<b>1924 Målselv</b>	1,1 %	5,6 %	8,6 %	4,0 %	5,7 %	32,0 %	28,1 %	10,0 %	4,9 %
<b>1925 Sørreisa</b>	1,1 %	5,5 %	10,3 %	4,6 %	5,3 %	29,6 %	29,4 %	9,8 %	4,5 %
<b>1926 Dyrøy</b>	0,8 %	5,0 %	6,6 %	4,1 %	6,1 %	24,8 %	31,5 %	12,9 %	8,1 %
<b>1927 Tranøy</b>	1,0 %	4,5 %	7,7 %	4,0 %	5,5 %	23,9 %	32,0 %	14,0 %	7,5 %
<b>1928 Torsken</b>	0,8 %	4,4 %	5,6 %	3,3 %	5,9 %	25,0 %	33,5 %	13,4 %	8,1 %
<b>1929 Berg</b>	1,4 %	3,4 %	5,7 %	4,1 %	7,5 %	26,8 %	31,4 %	12,6 %	7,1 %
<b>1931 Lenvik</b>	1,2 %	6,5 %	9,6 %	4,6 %	5,6 %	30,3 %	28,1 %	9,4 %	4,6 %
<b>Midt-Troms</b>	1,1 %	6,0 %	8,9 %	4,2 %	5,6 %	30,2 %	28,7 %	10,1 %	5,2 %

Tabell 5: Alderssammensetning i Midt-Troms kommunene i prosent. 2011. Kilde SSB

## V 1.2.2: Kart over Midt-Troms + Salangen og Lavangen



## V 1.2.3: Netto driftsutgifter pleie og omsorgssektoren 2009

	Per innbygger	Per innbygger 67+	Per innbygger 80 +	Institusjoner som andel
Landet	13.449	103.924	299.324	46
Troms	15.051	117.194	367.645	45
Bardu	15.587	110.113	307.215	63
Målselv	16.470	110.977	337.788	46
Sørreisa	15.092	105.769	334.704	46
Dyrøy	23.979	114.209	294.847	53
Tranøy	22.783	105.864	304.704	60
Torsken				
Berg	20.463	104.270	290.000	58
Lenvik	15.611	110.890	335.838	39

Tabell 6: Netto driftsutgifter PLO i kommunene Kilde KOSTRA



## V 1.2.4: Institusjonsplasser

### V 1.2.4.1 Sykehjem

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Landet	20,4	19,4	19	18,8	18,8	18,9	18,7	18,7
Troms	25,8	24	23,2	23	23,5	23	22,7	21,7
Bardu	24	22,4	23,1	23	20,9	24,3	22,5	22,5
Målselv	29,3	28,1	25,3	24,5	24,4	25,3	27,4	22,5
Sørreisa	23,6	22,9	21,6	17,5	17,5	17,9	18	17,8
Dyrøy	24,5	25,7	26,7	25,7	27	26,7	23,6	25,5
Tranøy	25,6	23,7	23,7	23,3	27,4	27,9	23	22,6
Torsken	33,3	36	39	45,3	45,7	46,4	46,4	39,2
Berg	42,1	40,3	41,7	32,3	33,3	32,8	31,2	31,2
Lenvik	24,3	23,7	16,4	15,8	18,2	18	18,3	18,5

Tabell 7 Sykehjemsplasser per innbygger 80+ Kilde KOSTRA

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bardu	36	34	38	37	34	43	45	45
Målselv	81	77	73	72	78	81	87	72
Sørreisa	35	34	30	26	27	27	27	27
Dyrøy	27	28	28	26	28	27	25	25
Tranøy	32	28	28	27	33	32	26	26
Torsken	30	31	35	37	34	33	32	29
Berg	25	23	26	19	20	20	20	20
Lenvik	104	110	75	78	94	96	97	97

Tabell 8 Antall Institusjonsplasser. Kilde KOSTRA/egne beregninger

### V 1.2.4.2 Omsorgsboliger

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Landet	5	5,2	5,5	5,7	5,8	5,7	5,7	5,7
Troms	5,5	5,3	4,2	4,7	4,7	4,8	4,7	4,7
Bardu	6	5,9	3,1	3,2	3,8	3,8	3,8	3,8
Målselv	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Sørreisa	1,5	1,5	10,2	10,3	10,3	10,1	10,1	10,1
Dyrøy	5,4	5,4	11,6	11,9	12,2	12,3	12,2	12,4
Tranøy	6	6,1	9,4	9,6	9,5	9,8	9,7	9,8
Torsken	3,7	3,9	1	0	1,1	1,1	1,1	1,1
Berg	0	11,8	2	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2
Lenvik	4,4	4,2	6,4	6,4	6,4	7	7	7

Tabell 9 Omsorgsboliger per 1000 innbygger Kilde KOSTRA

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bardu	23	23	12	12	15	15	15	15
Målselv	6	6	6	6	6	6	6	6
Sørreisa	5	5	34	32	34	33	34	34
Dyrøy	7	7	15	15	15	15	15	15
Tranøy	10	10	15	15	15	15	15	15
Torsken	4	4	1	0	1	1	1	1
Berg	0	12	2	2	2	2	2	2
Lenvik	49	47	70	70	70	78	78	79

Tabell 10 Beregna antall omsorgsboliger Kilde KOSTRA/egne beregninger

## V 1.2.5 Behandlingstilbud i kommunene

	Intravenøs behand.	Smerte behand.	Trans- fusjon	Forstøver O2	Sårbehand	Diabetes
Bardu	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Målselv	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Sørreisa	Ja	Sjelden	Nei	Ja	Ja	Sjelden
Dyrøy	Ja	Sjelden	Sjelden	Ja	Sjelden	Ja
Tranøy	Ja	Sjelden	Nei	Ja	Nei	Nei
Torsken	Ja	Ja	Nei	Ja	Sjelden	Sjelden
Berg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei
Lenvik	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei

Tabell 11 Basert på svar fra Midt-Troms kommunene i januar 2011

## Vedlegg 2 Sammenfatning, informasjon om andre sykestuer/intermediære senger

	Søbstad	Helseparken i Mo i Rana	Fosen	Sykestuene i Finnmark
<b>Antall plasser</b>	20+10 (samarbeid med St. Olav)	17	12	Totalt 40, 9 i Alta
<b>Type plasser</b>	Etterbehandling	<p>7 rehabilitering</p> <p>6 intermediære (eldre utskrivningsklare pasienter)</p> <p>4 opptreningsplasser (postoperative opptrening proteseopererte)</p> <p>En viss fleksibilitet i bruk av plassene.</p>	<p>2 observasjon (max 1 døgn)</p> <p>6 etterbehandling (max 21 døgn)</p> <p>4 kortidsplasser (oppgitt på nett at de har 4 spesialistrehabilitering)</p>	<p>Akuttmedisinsk diagnostikk og behandling.</p> <p>Stabilisering før transport til sykehus.</p> <p>Behandling av enklere tilstander.</p> <p>Lavterskeltilbud.</p> <p>Mottak av utskrivningsklare sykehuspasienter</p> <p>Kreftbehandling og terminal omsorg.</p> <p>Rehabilitering, som alternativ til forlenget sykehusopphold.</p> <p>Utredning til et visst nivå.</p>

<b>Befolkningsgrunnlag</b>	171.000	18.000	26.000 (7-8 kommuner)	18.488 (Alta)
<b>Plasser per 1000 innbygger</b>	0,175	0,94	0,46	0,5 (Alta)
<b>Reisevei nærmeste sykehus</b>	6,5 km	0 km (på sykehuset)		
<b>Vanligste diagnoser</b>	Kols, Angina pectoris, hjertesvikt, hjerneslag, pneumoni, kontusjoner og brudd			Diagnose/% av innleggelser/% av liggedøgn/gj. sn. ant liggedøgn:  Annet/17,6/15,5/3,22 Endokrinologi 3,1/4,7/5,5 Urinveier 3,6/8,5/8,65 Nevrologi 9,1/7,8/3,1 Psykiatri rus 9,7/5,4/2,02 Mage tarm 11,8/12,5/3,86 Luftveier 16,4/13,9/3,11 Muskel skjelett 8,2/15,0/6,7 Hjerte kar 13,5/10,2/2,77 Udefinert 6,8/6,4/3,48

<b>Hvem er pasienten</b>	60+, fra Trondheim, medisinsk avklart tilstand, skal kunne reise hjem etter endt opphold. Må ikke ha alvorlig demens, forvirringstilstand og lignende som krever stor grad av oppfølging	Eldre med behov for omfattende hjelp, men som skal skrives ut til hjemmet.  Nyopererte med behov for opptrening.  Pasienter med rehabiliteringsbehov. Aldersgruppa 70-90 år dominerer.		Trenger øyeblikkelig hjelp fra hjemmet og ferdigbehandles på sykestua.  Innlegges elektivt fra hjemmet.  Overflyttes fra sykehus.  Skal innlegges på sykehus og håndteres på sykestua i påvente av forsvarlighetstransport.  75år + står for 59% av liggedøgnene. 60-75 år utgjør 25%
<b>Personell</b>	4,5 årsverk mer enn vanlig sykehjemsavdeling. (2.1 mill kr). Har sykepleier, fysioterapeut, lege, ergoterapeut og aktivtør.	1 seksjonsleder 1 sykepleier 1 0,75 Ger sykepleier 6,9 Sykepleier 5 Hjelpepleier 0,9 Sykepleierstud 2 Fysioterapeut 1,5 Ergoterapeut	1 avdelingssykepleier 7,06 sykepleier 4,27 Hjelpepleier 0,59 lege 0,5 fysioterapeut 0,2 ergoterapeut Bare to stk på kveldsvakt	

<b>Organiserin g</b>	<p>Søbstad sykehjem tildeler plasser. Kommunen dekker det en ordinær sykehjemsplass koster, St.Olav dekker resten</p> <p>Har 1.6 mill ekstra i utstyr og medisin enn sykehjem.</p>	<p>Omsorgskontor i Rana kommuner som fatter vedtak om innleggelse. Eier er Rana kommune, mens styringsgruppa består av personer fra både Rana kommune og sykehuset.</p> <p>Totale kostnader 11,8 mill, der helseforetaket betaler 3,8 mill kr.</p>	<p>Ørlandet kommune er vertskommune.</p> <p>Har et representantskap bestående av eierkommunenes ordførere.</p> <p>Finansieres med 1/3 RHF, 1/3 HF og 1/3 kommuner. 790.000 kr per seng( 2007)</p>	<p>I Alta koster en sykestueseng 900.000 kr</p>
<b>Pasient- strømmer</b>	<p>Fra St.Olav. Medisinsk avdeling, lungeavdeling, ortopedisk avdeling. Fra Trondheim kommunes legevakt.</p>	<p>Rehabilitering: Egen bolig, kir og med avd</p> <p>Utskrivningsklare: Kir og med avd</p> <p>Ortopedi: Kir avd</p> <p>Utskrivning av pasientene starter i forbindelse med innskrivinga til helseparken. I utgangspunktet skal de skrives ut til hjemmet, men enkelte vil trenge et kortere tids opphold i sykehjem eller rehabiliteringsinstitusjon før hjemreise. Oppholdet kan også utvides mens tilrettelegging i heimen ordnes. Før utskrivning så samordnes det med kommunens hjemmetjeneste, om det trengs videre oppfølging.</p>	<p>Observasjonsplasser: Innlegges fra kommunene. Av totalt 216 pas ble 136 utskrevet til hjemmet.</p> <p>Etterbehandlingsplasser: Innlegges fra sykehus. Utskrives 60% til hjemmet, 10% kommunale korttidsplasser, 6% sykehjem, 9% andre og 15% reinnlagt</p>	<p>75% fra hjemmet. 9% fra sykehus. .</p> <p>Gjennomsnittlig liggelengde for de fra sykehus er 19 døgn.</p> <p>64% utskrives til hjemmet, 24% utskrives til sykehus.</p> <p>Av de som ble overflyttet fra sykehus ble kun 8% utskrevet til sykehjem.</p>

<p><b>Annet</b></p>	<p>Er blitt dyktigere til å jobbe med hendene på ryggen, handtere uventa situasjoner, samarbeide med pårørende, samarbeide med andre yrkesgrupper og være mer løsningsorientert enn problemorientert.</p> <p>Gevinsten er en faglig og personlig utvikling.</p> <p>Har ingen rekrutteringsproblemer.</p>	<p>Det etterlyses en bedre og kortfattet oppsummering av pasientenes medisinske status ved inn og utskriving. Dekker et behov mellom sykehjem og innleggelse.</p> <p>Ansatte pårørende og pasienter er svært fornøyde med tilbudet.</p> <p>God økonomi, som reduserer døgn i sykehus og rehab.</p>	<p>Ser redusert forbruk av sykehus der man har sykestuer (ca en halvering)</p> <p>Viktig med medisinsk avklarte tilstander.</p>
---------------------	--	--	---



## **Vedlegg 3 Kartleggings skjema**

## Kartlegging av kommunale behandlingstilbud

Dette er ei kartlegging av de kommunale behandlingstilbud i regi av prosjektet "Midt-Troms i møte med samhandlingsreformen". Dette er et prosjekt som er eid av Midt-Troms regionråd, og har som mål: "Å istandsette kommunene i Midt-Troms til å ta lokale og regionale beslutninger som øker kommunenes evne til å møte de krav og forventninger som stilles gjennom Samhandlingsreformen (..) herunder avklare muligheter for interkommunalt samarbeid i Midt-Troms kommunene, på områder som berøres av reformen."

I denne sammenheng er det nedsatt ei arbeidsgruppe innafor området sykestue/intermediære senger. Grappa har fått i oppgave å lage en reell beskrivelse av behovet for intermediære senger/sykestuesenger.

For å kunne lage denne beskrivelsen ønsker arbeidsgruppa å kartlegge hvilke tilbud de ulike kommunene i dag kan gi lokalt. Vi ber derfor om at dere fyller ut hvilke tilbud dere har med utgangspunkt i lista under. Det viktigste er om dere bekrefter om dere har eller ikke har dette tilbudet. Men for å lage et bedre helhetsbilde er det flott hvis dere også kan cirka angi frekvens for hvor ofte tilbudet gis. Har dere andre behandlingstilbud enn det som står angitt i skjemaet, så fyll gjerne ut dette også.

Behandlingstilbud	Har kommunen tilbud om dette?	Hvis ja, ca antall behandlinger per måned	Kommentar
Intravenøs behandling (antibiotika, oppvæsking osv)			
Avansert smertebehandling/terminalpleie m smertepumpe og lignende			
Transfusjonsbehandling (for eksempel kreftpasienter med behov for overføring av blodprodukter)			
Forstøverapparat og oksygen (KOLS, astma, hjertesvikt)			
Avansert sårbehandling (brudd med ekstern fiksasjon, abscess/sårruptur etter kirurgi)			
Oppstart og monitorering av			

diabetesbehandling hos eldre			
------------------------------	--	--	--

Det er også ønskelig at dere fyller ut noen grunnlagstall for PLO tjenesten i deres kommune:

	Antall	Kommentar
Akutte plasser på sykehjem for generell pleie og omsorg (for eksempel eldre etter fall ikke klarer seg hjemme og trenger institusjonsplass akutt)		
Gjennomsnittlig dekningsgrad på sykehjem		
Totalt antall plasser på sykehjem		
Antall timer per uke avtalt legetilsyn sykehjem		
Antall timer per uke med tilgang til fysioterapeut		
Pleiefaktor sykehjem (antall årsverk/sykehjems plass)		

Andre kommentarer:

Det er fint om skjemaet fylles ut og returneres til sekretær for arbeidsgruppa Sigrid Stangnes innen onsdag 22. desember 2010. Dette gjøres på mail [sigrid@utviklingssenteret.no](mailto:sigrid@utviklingssenteret.no) eller post Sigrid Stangnes, Utviklingssenteret AS, Postboks 505, 9305 FINNSNES. Spørsmål kan rettes til leder for arbeidsgruppa Aslak Hovda Lien e-post [aslak.hovda.lien@lenvik.nhn.no](mailto:aslak.hovda.lien@lenvik.nhn.no), eller sekretær Sigrid Stangnes på e-post eller telefon 41 41 98 03.

På forhånd takk for innsatsen!

Hilsen

Aslak Hovda Lien

Leder for arbeidsgruppa

Sykestue/intermediære senger

Sigrid Stangnes

Sekretær for arbeidsgruppa

Sykestue/intermediære senger