

# ÅS KOMMUNE

## MØTEINNKALLING

Kommunalt råd for funksjonshemmede har møte  
i Store salong i Ås rådhus

08.05.2012 kl. 17.30

Møtet er åpent for publikum i alle saker med mindre saken er unntatt offentlighet eller møtet lukkes i henhold til lov.  
Saksdokumentene ligger til offentlig gjennomsyn på rådmannskontoret.  
Innkallinger og protokoller legges til gjennomsyn på servicetorget og bibliotekene, og publiseres på [www.as.kommune.no](http://www.as.kommune.no).

### Saksliste:

FH-sak 9/12	12/1020	side 3
<b>SAMHANDLINGSREFORMEN I ÅS - STATUS PR. 1. TERTIAL 2012</b>		
FH-sak 10/12	12/911	side 21
<b>DATASTYRT LEGEMIDDELKABINETT TIL MEDISINROMMET</b>		
FH-sak 11/12	12/805	side 27
<b>ARBEIDSPLAN FOR RÅDET FOR FUNKSJONSHEMMEDE FOR 2012/ 2013</b>		

Ås, 02.05.2012  (Sign.) Morten Petterson Leder	Eventuelt forfall eller inhabilitet meldes på tlf. 64 96 20 03 eller e-post <a href="mailto:politisk.sekretariat@as.kommune.no">politisk.sekretariat@as.kommune.no</a> v/Rita Stensrud. (Det sendes personlig svar på mottak av e-post. Telefonbeskjed må gis dersom svar ikke er mottatt innen rimelig tid). Varamedlemmer møter etter nærmere avtale.
--	---

**REFERATSAKER TIL  
KOMMUNALT RÅD FOR FUNKSJONSHEMMEDE 08.05.2012**

1. Melding om vedtak fra hovedutvalg for helse og sosial, sak 11/4132 Strategisk kompetanseplan for helse- og sosialetaten 2012-2015. (FH-sak 3/12).
2. Melding om vedtak fra hovedutvalg for helse og sosial, sak 11/4133 Høring fastlegeforskriften (FH-sak 7/12).

# ÅS KOMMUNE

Kommunalt råd for funksjonshemmede

FH-sak 9/12

FH-sak 9/12

## SAMHANDLINGSREFORMEN I ÅS - STATUS PR. 1. TERTIAL 2012

Saksbehandler: Marit Roxrud Leinhardt	Arkivnr: G00 &20	Saksnr.: 12/1020
<b>Utvalg</b>	<b>Utv.nr.</b>	<b>Møtedato</b>
Hovedutvalg for helse og sosial	10/12	10.05.2012
Formannskapet	/	
Kommunestyret	/	
Ås Eldreråd	/	07.05.2012
Kommunalt råd for funksjonshemmede	9/12	08.05.2012

### Rådmannens innstilling:

Saken tas til orientering.

Rådmann i Ås, 02.05.2012

(Sign.)

Trine Christensen

### Tidligere politisk behandling:

- Sak 10/2 Prosjekt – Samhandlingsreformen
- Sak 10/3741 Høring: Forslag til ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov og forslag om ny folkehelselov
- Sak 11/2282 FREMTIDIG ORGANISERING AV PLEIE OG OMSORGSTJENESTEN I ÅS KOMMUNE – Oppfølging av prosjektet "Samhandlingsreformen" og den demografiske utviklingen jfr Kommuneplan 2011 – 2023
- Sak 11/3950 Samhandlingsreformen i Follo
- Sak 11/4139 Avtaler mellom spesialisthelsetjenesten (Ahus) og Ås kommune jfr lov om kommunale helse og omsorgstjenester
- Sak 12/364-1 Notat FOLKEHELSEPROFIL, diskusjonssak.

### Avgjørelsesmyndighet:

Kommunestyret

### Behandlingsrekkefølge:

Eldrerådet  
Kommunalt råd for funksjonshemmede  
Hovedutvalg for helse og sosial  
Administrasjonsutvalget  
Formannskapet  
Kommunestyret

### Vedlegg som følger saken trykt:

Ingen

**Vedlegg som ligger i saksmappen i tillegg til trykte dokumenter:**

Samhandlingsreformen, St.melding 47

Lov om kommunale helse og omsorgstjenester

Lov om folkehelsearbeid

Ås kommunes folkehelseprofil

Prosjektrapport med mandat for videre arbeid – Samhandlingsreformen i Follo

**Utskrift av saken sendes til:**

Ingen

**SAKSUTREDNING:****Fakta i saken:**

Samhandlingsreformen, med tilhørende lovverk, trådte i kraft 01.01.2012.

Saken gir en kort beskrivelse av reformens hovedinnhold, en status for Ås kommune og for Follo samarbeidet basert på erfaringer og resultater, og belyser det videre arbeidet.

**Om samhandlingsreformen:*****Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen***

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen ble det skissert tre hovedutfordringer:

- Utfordring 1: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester.
- Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

I meldingen ble det tatt til orde for en klarere pasientrolle. Brukermedvirkning og fokus på helhetlige pasientforløp skulle bidra til dette. Forløpstenkingen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/ egenmestring i størst mulig grad.

Det ble også tatt til orde for ny framtidig kommunerolle slik at det kunne satses sterkere på forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Helhetlig tenkning skal sikre forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Økonomiske insentiver skulle understøtte dette.

I stortingsmeldingen omtales ulike former for lokalmedisinske sentra. Disse skal bidra til å sikre behandling, observasjon, etterbehandling og rehabilitering før, i stedet for og etter sykehus.

## **Helse- og omsorgstjenesteloven**

Den nye helse- og omsorgstjenesteloven har erstattet kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Flere oppgaver er lagt til kommunene. Innsatsen for å forebygge og begrense sykdom økes. Loven definerer følgende plikter:

### **A) Samarbeidsavtaler**

Kommunene har plikt til å inngå samarbeidsavtaler med helseforetaket. Oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommune og sykehus klargjøres i avtalene. Plikten innebærer en overordnet avtale og særavtaler på mange forskjellige tjenesteområder.

### **B) Kommunen må betale for behandling av egne innbyggere på sykehus**

Det er innført plikt til kommunal medfinansiering av sykehusbehandling (20 %) fra 1.1.2012, det vil si innleggelser, poliklinisk utredning og behandling. Det skal ikke betales for kirurgi, fødsler, nyfødte barn og behandling med bestemte kostbare legemidler. Det skal (foreløpig) ikke gjelde innenfor psykisk helsevern, rusbehandling, opphold i private opptreningsinstitusjoner eller privatpraktiserende avtalespesialister. Det er satt et tak på ca. 30 000 kroner for særlig ressurskrevende enkeltopphold. Det er overført om lag 5 mrd. kr til kommunene som frie midler fra 2012 for å innføre denne kommunale medfinansiering.

Datagrunnlaget for det økonomiske oppgjøret av kommunal medfinansiering er et nasjonalt ansvar, og tar utgangspunkt i data fra Norsk pasientregister (NPR). Helsedirektoratet er ansvarlig for alle beregninger som gjelder den enkelte kommune, utarbeidelse av prognoser, kontrollrutiner m.v. Det er lagt opp til en innretning som understøtter kommunenes behov for styring og kontroll. Kommunen betaler etter regning til det regionale helseforetaket. Betalingsgrunnlaget for den enkelte kommune fastsettes av Helsedirektoratet.

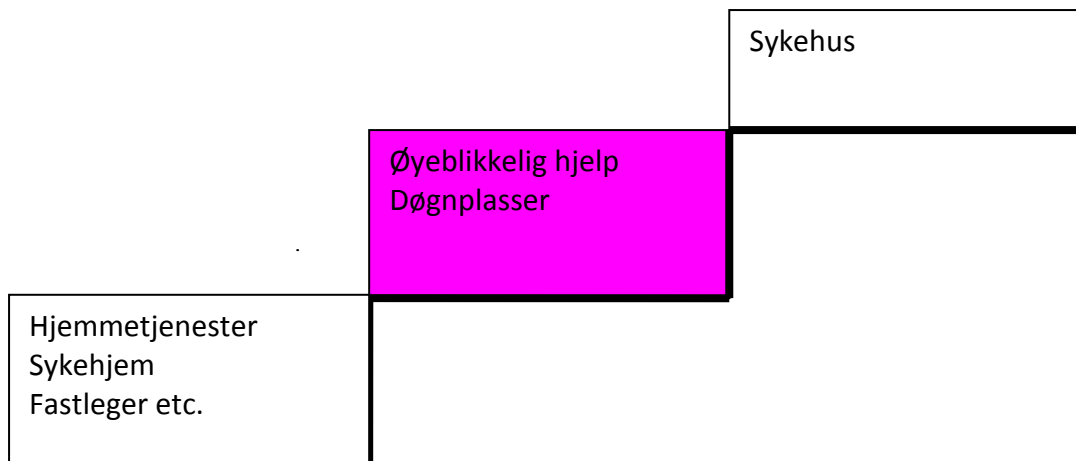
### **C) Kommunen må betale for utskrivningsklare pasienter**

En pasient er utskrivningsklar fra sykehus når videre behandling og oppfølging av pasienten ikke lenger forutsetter innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Mange pasienter har imidlertid ofte behov for oppfølging i kommunen etter utskrivning. Noen av disse blir liggende på sykehus i påvente av kommunalt tilbud.

Kommunene har nå betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra sykehus fra første dag. Dette gjelder somatikk, det vil si at utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern, rusbehandling og private opptreningsinstitusjoner ikke er inkludert. Betalingsssats er 4 000 kr per døgn.

### **D) Øyeblikkelig hjelp som døgntilbud**

Fra 2016 får kommunene plikt til øyeblikkelig hjelpfunksjon som innebærer døgntilbud. Dette skal sikre pasientene trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. Det er i dag en strukturell mangel i behandlingsskjeden mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.



Pågående samhandlingstiltak viser at ulike former for lokalmedisinske sentra bidrar til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå (BEON). Dette reduserer innleggelses i sykehus, og bidrar til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet (Prop.91 L (2010-2011)).

Det vil i første omgang være aktuelt at plikten omfatter somatikk, men at det etter hvert vurderes i hvilken grad også psykisk helse og rus skal omfattes.

Plikten til å tilby døgnopphold fullfinansieres, og kommunene mottar midlene etter søknad (automatikk) fra tilbudet igangsettes, senest innen 2016. En akutt plass er fastsatt til 4300,- pr døgn.

En del av investeringskostnaden knyttet til øyeblikkelig hjelp-plikten håndteres innenfor ordningen med investeringstilskudd til sykehjem og heldøgns omsorgsplasser.

### **Folkehelseloven**

Den nye folkehelseloven gir kommunen et tydeligere ansvar for folkehelsearbeid. Ansvaret legges til kommunen framfor kommunens helsetjeneste. Det er også et ansvar for å ha oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med planstrategier.

### **Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015**

I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 legger regjeringen den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet de neste fire årene. Innsatsområdene er helhet og sammenheng for pasienter og brukere, folkehelse, framtidens kommunale helse- og omsorgstjeneste som gir brukerne gode muligheter for livskvalitet og mestring, framtidens spesialisthelsetjeneste som enten desentraliseres eller spesialiseres ytterligere.

### **Vurdering av saken:**

I forkant av nye lovverket ble det gjennomført et utstrakt informasjons-, opplærings- og tilpassingsarbeid i kommunen.

**A) Status avtalearbeidet:**

I den overordnede samarbeidsavtalen som er inngått mellom kommunene og Ahus, vedtatt i kommunestyret 01.02.2012 i K-sak 3/12 (11/4139), samt under henvisning til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, skal det videre innenfor følgende områder utarbeides og inngås avtaler mellom partene:

1. Retningslinjer for samarbeid i tilknytning habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 2).
  - Her er avtalekravet allerede delvis ivaretatt i den inngåtte avtale "Samarbeidsavtale om helhetlig pasientforløp".
2. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 6).
3. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 7).
4. Samarbeid om jordmortjenester (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 8).
5. Samarbeid om IKT-løsninger lokalt (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 9).
6. Samarbeid om forebygging (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 10).
7. Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 11).
8. Beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 4)
9. Avklare gråsoner mht. hvilke helse- og omsorgsoppgaver partene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre (jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 1)

Dette avtalearbeidet pågår i disse dager, og skal ferdigstilles innen første halvår 2012. Follo har representanter i alle gruppene på lik linje med øvre- og nedre Romerike, 3 av bydelene i Oslo og Ahus. Avtalearbeidet er ressurskrevende.

**B) Status kommunal medfinansiering av somatiske sykehustjenester:**

Ås kommune betaler et månedlig A-konto beløp fastsatt av helsedirektoratet. Utdrag av brev nedenfor belyser "ordningen":

### **Kommunal medfinansiering – A konto-basert oppgjør 2012**

Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten trer i kraft 1.1.2012. Denne finansieringsordningen er hjemlet i lov 24.juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 11-3. Ordningen reguleres nærmere i egen forskrift som trer i kraft 1.1.2012.

Opgjør mellom den enkelte kommune og de respektive regionale helseforetak (RHF) skal finne sted basert på månedlige a konto-betalinger. Data fra andre tertial 2011 er lagt til grunn for a konto-beløpenes størrelse. Det tas forbehold om Stortingets behandling av statsbudsjettet for 2012. Differanse mellom a konto-innbetalingene og beregnet faktisk forbruk avregnes i 2013. Dette brevet berører ikke betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter.

#### **Helsedirektoratets rolle**

Helsedirektoratet har ansvar for forvaltning av ordningen Kommunal medfinansiering, herunder for alle beregninger av medfinansierings størrelse basert på data rapportert til Norsk pasientregister. Direktoratet har også et overordnet ansvar for administrasjon av oppgjørsordningen, og skal utarbeide grunnlaget for det økonomiske oppgjøret mellom kommuner og RHF.

#### **Spesifikke opplysninger for Ås kommune**

Månedlig a konto-beløp 2012:	1 142 716 kroner
Betalingstidspunkt:	10.1.2012, og deretter den 10. hver måned.
Sum a konto-beløp hele 2012:	13 712 589 kroner

Det har nå kommet nye "funksjoner" i KOSTRA, som gir kommunen et sammenlikningsgrunnlag, i forhold til de nye oppgavene. Disse funksjonene er:

1. 255 – medfinansiering, somatiske tjenester
2. 256 – akutthjelp, helse- og omsorgstjeneste

#### **C) Status utskrivningsklare pasienter – Ås kommune:**

Utskrivning og kommunikasjon / samhandling mellom sykehusene og kommunene styres av pasientforløpsavtalen.

A-skjema: Når en Ås innbygger blir innlagt i sykehus, og sykehuset vurderer at denne pasienten sannsynlig vil trenge hjelp av kommunehelsetjenesten ved utskrivning, sendes et A-skjema.

B-skjema: Når pasienten er utskrivningsklar innen 24 timer, og sykehuset vurderer at pasienten vil trenge kommunale helse og omsorgstjenester, sendes B-skjema.

E-skjema: Endringsmelding fra sykehus.

(LTO: langtidsopphold i sykehjem, KTO: Korttidsopphold)



### Måneds statistikk - Ås januar 2012

Antall A meldte:	34
Antall B meldte:	26
Antall E meldte:	6
Antall utskrevet hjem:	20
Antall utskrevet LTO:	0
Antall utskrevet andre KTO:	12
Antall mors:	1
*Antall inneliggende pr siste:	1
<b>Antall overliggerdøgn:</b>	<b>10</b>
<b>SUM:</b>	<b>40000</b>
Merknader:	

### Måneds statistikk februar - Ås 2012

Meldte overført fra forrige mnd:	1
Antall A meldte:	39
Antall B meldte:	26
Antall E-meldte:	14
Antall utskrevet hjem:	18
Antall utskrevet LTO:	0
Antall utskrevet andre KTO:	15
Antall mors:	3
*Antall inneliggende pr siste:	13
<b>Antall overliggerdøgn:</b>	<b>0</b>
<b>SUM:</b>	<b>0</b>
Merknader:	

### Måneds statistikk - Ås mars 2012

Meldte overført fra forrige mnd:	2
Antall A meldte denne mnd:	28
Antall B meldte denne mnd:	19
Antall E skjema denne mnd:	13
Antall utskrevet hjem:	9
Antall utskrevet LTO:	0
Antall utskrevet andre KTO:	9
Antall mors:	3
*Antall inneliggende pr siste:	7
<b>Antall overliggerdøgn:</b>	<b>0</b>
<b>SUM:</b>	<b>0</b>
Merknader:	

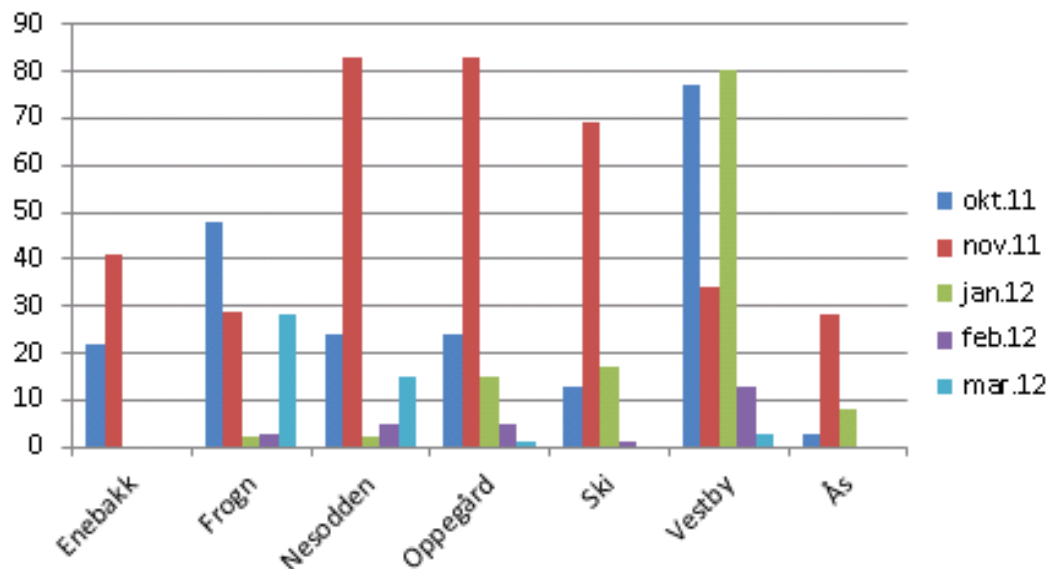
Ås kommune har så langt klart "å ta hjem" utskrivningsklare pasienter. Årsaken til dette er:

1. Kommunen selger ingen sykehjemsplasser, men benytter alle plassene selv.
2. Kommunen har et "overbelegg" på sykehjemmet med 8 pasienter. (6 dobbeltrom og 2 ombygde pårønderom)
3. Kommunen har endret omløpshastigheten på rommene, slik at pasienter flytter ut og inn samme dag.
4. Helsepersonellet strekker seg langt i alle ledd i kjeden, for å få dette til.

Det er ingen tvil om at samhandlingsreformen har ført til økt belastning på kommunens helse og omsorgstjenester, som forvaltningsenhet (bestillerkontor), kommunens sykehjem, kommunens hjemmesykepleie og ergoterapi- og fysioterapitjenestene. Kommunen erfarte en rask endring etter 01.01.2012 hvor pasientene kommer raskere ut av sykehus, og tilstanden / behandlingsbehovene er større og mer kompleks enn tidligere. Det fører til behov for økte ressurser både i form av (spesial)kompetanse og antall helsepersonell.

Overliggerdøgn i Follokommunene: (Ingen søyle = 0)

## Liggedøgn etter utskrivningsklar:



### D) Status – øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen 2016

Prosjektet Samhandlingsreformen i Follo ble nedsatt høsten 2009 av Ordførermøtet i Follo. Prosjektet jobber med forslag til hvordan Follo-kommunene skal møte utfordringene som samhandlingsreformen introduserer (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

På bakgrunn av vedtak i Stortinget om nytt lovverk, ble en konkretisert prosjektplan lagt fram for ordførermøtet 22. juni 2011. I denne prosjektplanen ble prosjektet avgrenset til primært å se på nye oppgaver i helse- og omsorgstjenesteloven knyttet til nye finansieringsordninger.

Prosjektet Samhandlingsreformen i Follo ble høsten 2011 videreført og utreder etablering av lokalmedisinsk senter i Follo, for å løse kompetansekrevende helse- og omsorgsoppgaver. Dette vil si oppgaver som den enkelte kommune vil ha nytte av å løse sammen med andre kommuner, da særlig knyttet til kompetanse, rekruttering og robusthet.

Prosjektet utreder nå de ulike delene i lokalmedisinsk senter. Utredningen er inndelt i delprosjekter:

Delprosjekt nummer	Delprosjekttittel	Hva skal utredes
1	Administrasjons- og systemarbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisering</li> <li>• Økonomi</li> <li>• Samarbeidsavtaler</li> <li>• Følgforskning og evaluering</li> </ul>
2	IKT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bedre informasjonsutveksling</li> <li>• Telemedisin</li> </ul>
3	Tjenester før, i stedet for og etter sykehusopphold	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observasjon</li> <li>• Øyeblikkelig hjelp døgntilbud</li> <li>• Etterbehandling</li> <li>• Ambulante tjenester</li> <li>• Desentraliserte spesialisthelsetjenester</li> </ul>
4	Frisklivssatsing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Friskliv Follo</li> <li>• Frisklivsklinikk</li> </ul>
5	Mobile laboratorium- og røntgentjenester	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Røntgen</li> <li>• Laboratorium</li> <li>• EKG</li> <li>• Intravenøs behandling</li> <li>• ansvarsfordeling</li> </ul>

Ås kommune har med ansatte i alle delprosjektene, og arbeidet er ressurskrevende.

Prosjektet planlegger å fremme ny sak til Follokommunenes kommunestyre høsten 2012.

### Vurdering av eventuelle økonomiske konsekvenser:

Ås kommunes "grep" ifbm reformen:

1. Ås kommune besluttet å benytte 10 % (ca 1,7 mill) av de såkalte frie samhandlingsmidlene til å iverksette nye tiltak / ressurser for å møte reformen. I tillegg tilkommer nye ressurser til formålet basert på søknad om prosjektmidler til ulike samhandlingstiltak.

Det er under etablering / er igangsatt:

- Innsatsteam: Sykepleier og ergoterapeut som skal bidra til gode overganger mellom sykehus og sykehjem / hjemmet, og mellom sykehjem og hjemmet. Teamet iverksetter rehabilitering i hjemmet som prosjekt. (Høy innsats over kortere periode) Teamet må også bestå av fysioterapeut, og dette søkes innpasset i budsjett 2013.
- Styrket legetjenester i kommunehelsetjenesten: Sykehjemslege ved Moer sykehjem (100 %) og i demensomsorgen (40 %) er utlyst. Det er også kommuneoverlege (60 %). Kommuneoverlege må være 100 %. Legetjenesten ved forebyggende helse (helsestasjon, skolehelsetjenesten og studenthelsetjenesten) bør også utlyses og dermed økes fra 63 % til 100 %. Dette også som et grep mot fastlegene, ifht revidert fastlegeforskrift. Dette søkes budsjettregulert i 1 tertial 2012, sett i sammenheng med økte inntekter. (Annen sak)
- Omorganisering av pleie og omsorgstjenesten: Enhet for Moer sykehjem – og enhet for folkehelse og frivillighet er etablert og lederstillingene besatt. Det gjenstår etablering av enhet for hjemmetjenester og enhet for demensomsorgen. Dette søkes budsjettregulert i 1. tertial, sett i sammenheng med økte inntekter.
- Det er utlyst stilling som daglig leder for frisklivssentral. Dette er et ledd i forebyggende folkehelsearbeid. Stillingen er i 2012 finansiert av tilskuddsmidler etter søknad og søkes innpasset i budsjettet i 2013.

#### *Kommunal medfinansiering:*

Ås kommune betaler et månedlig A-konto beløp fastsatt av helsedirektoratet pålydende 1 142 716,- pr mnd. Helsedirektoratet fører oppdaterte lister for faktiske kostnader slik at kommunen kan følge med på utviklingen. Kostnadene avregnes ved årets slutt, og kommunen får eventuelt en tilleggsregning eller en tilbakebetaling, alt etter om en har betalt for mye eller for lite i forhold til forbruk av helsetjenester. I og med at det er stor usikkerhet rundt det endelige resultatet her søkes andelen for kommunal medfinansiering økt i forbindelse med 1. tertialregulering, sett i sammenheng med økte inntekter.

Eksempel for liste for Ås kommune, pr sykehus og pr diagnose:

0214 Ås	Hansens Martina Hospital AS	42 687	81
	Diakonhjemmet sykehus A/S	13 549	23
	Oslo universitetssykehus HF	584 529	1 141
	Lovisenberg diakonale sykehus A/S	8 383	39
	Vestre Viken HF	21 000	28
	Akershus universitetssykehus HF	1 724 265	1 463
	Sum øvrige	24 362	52
	Sykehuset Innlandet HF	4 677	9
	Sunnaas sykehus HF	33 364	5
	Sykehuset Østfold HF	14 581	59
	Sykehuset Telemark HF	2 957	8
<b>Totalt 0214 Ås</b>	<b>2 474 354</b>	<b>2 908</b>	

0214 Ås	82 Svulster i åndedrettssystemet	90 991	7
	89 Lungebetennelse & pleuritt > 17 år m/bk	113 481	10
	127 Hjertesvikt & ikke-traumatisk sjokk	97 181	9
	139 Hjerterytmier & ledningsforstyrrelser u/bk	19 532	6
	143 Brystsmerter	18 294	7
	183 Øsofagitt, gastroenteritt & diverse >17år u/bk	25 371	8
	410A Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, uspesifisert	81 859	53
	410B Kjemoterapi u/akutt leukemi som bidiagnose, gruppe 1	55 655	21
	462B Rehabilitering, vanlig	40 654	26
	465 Etterbehandling m/ondartet sykdom som bidiagnose	106 129	7
	520 Obstruktivt søvnapnesyndrom (OSAS)	15 345	8
	7010 Poliklinisk endoskopi av øvre luftveier	2 354	14
	7100 Koloskopi	18 707	34
	7110 Poliklinisk endoskopi av øvre magetarmkanal	17 286	39
	7180 Endoskopi av nedre urinveier	3 867	22
	801U Nevropsykologisk undersøkelse	3 370	7
	802P Annen poliklinisk utredning og behandling av øyetilstander med spesifiserte tiltak	29 620	99
	803W Sammensatte diagnostiske intervensjoner for ØNH-problemer	1 330	6
	805R Diagnostisk prøve av perifer sirkulasjon	2 942	11
	805S Fysiologisk herteundersøkelse	26 983	107
	808S Påsetting av prefabrikkert ortose	2 079	8
	808V Poliklinisk leddpunksjon	3 057	10
	808W Lukket reposisjon av brudd og luksasjon eller leddmobilisering	2 461	7
	808Y Ortopedisk bandasjering	8 666	42
	809J Eksisjon eller destruksjon av hudlesjon	1 605	10
	809S Basal sårbehandling	4 975	21
	809T Mindre hudprosedyre	1 421	6
	811R Polikliniske urologiske tiltak, hovedsakelig diagnostiske	3 767	17
	811S Mindre prosedyre på nedre urinveier	1 467	6
	813R Assistert befruktning	8 299	8
	814S Medikamentell svangerskapsavbrytelse	3 645	9
	8770 Andre polikliniske kontakter for gjennomføring av middels omfattende prosedyrer	4 073	13
	901A Poliklinisk konsultasjon vedrørende hodepine	4 287	11
	901B Poliklinisk konsultasjon vedrørende epilepsi og andre krampetilstander	7 863	21
	901C Poliklinisk konsultasjon vedr sykdom i perifere nerver	8 597	25
	901D Poliklinisk konsultasjon vedr MS, degenerative og visse andre nevr lidelser	7 840	18
	901E Annen poliklinisk konsultasjon vedr smertorelaterte tilstander	10 592	33
	901O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nervesystemet	28 366	64
	902O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre øyesykdommer	23 965	112
	903A Poliklinisk konsultasjon vedr betennelsestilstander i ØNH-regionen	3 821	20
	903B Poliklinisk konsultasjon vedr sykdommer og skader i kjeve, tenner eller munnhule	2 063	9
	903C Poliklinisk konsultasjon vedr søvnapne	3 920	19
	903O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i øre-nese-hals	9 292	38
	904A Poliklinisk konsultasjon vedr astma og bronkitt	1 926	6
	904B Poliklinisk konsultasjon vedr KOLS	4 791	11
	904C Poliklinisk konsultasjon vedr svulst i lunger, bronkier eller mediastinum	8 505	21
	904D Poliklinisk konsultasjon vedr infeksjon i nedre luftveier	2 690	8
	904O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nedre luftveier/ lunge	7 642	20
	905A Pol konsultasjon vedr atrieflimmer og andre rytme- eller ledningsforstyrrelser	2 262	8
	905C Pol konsultasjon vedr angina pectoris og iskemisk hjertesykdom, unntatt AMI	1 796	5
	905E Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdom i perifere blodkar	2 476	12
	905O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre kretsløpsykdommer	9 170	30
	906A Poliklinisk konsultasjon vedr svulst i fordøyelseskanalen	8 085	23
	906B Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk tarmsykdom	8 620	24
	906C Poliklinisk konsultasjon vedr smerte i mageregionen	4 241	15
	906O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre fordøyelsessykdommer	16 109	62

905E Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdom i perifere blodkar	2 476	12
905O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre kretsløpsykdommer	9 170	30
906A Poliklinisk konsultasjon vedr svulst i fordøyelseskanalen	8 085	23
906B Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk tarmsykdom	8 620	24
906C Poliklinisk konsultasjon vedr smerte i mageregionen	4 241	15
906O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre fordøyelsessykdommer	16 109	62
907A Poliklinisk konsultasjon vedr hepatitt og andre ikke-maligne leverlidelser	8 345	21
907O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i lever og galleveier	5 135	16
908A Pol kons vedr brudd, dislokasjon eller bløtdelsskade i armer, ben eller bekken	20 014	97
908B Poliklinisk konsultasjon vedrørende artrose	6 327	36
908C Poliklinisk konsultasjon vedr inflammatorisk leddsykdom	4 012	21
908D Poliklinisk konsultasjon vedr systemiske bindevevssykdommer	3 531	14
908E Poliklinisk konsultasjon vedr tendinitt, myositt og bursitt	4 501	31
908F Poliklinisk konsultasjon vedr lidelser og skader i rygg og nakke	10 393	34
908O Poliklinisk konsultasjon vedrørende andre sykdommer i bevegelsesapparatet	10 653	82
908R Ortopedisk diagnostisk ultralyd	2 858	17
909A Poliklinisk konsultasjon vedrørende mindre hudskader	4 539	18
909C Poliklinisk konsultasjon vedrørende svulster i hud og underhud	2 354	11
909O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i hud og underhud	3 974	20
910A Poliklinisk konsultasjon vedrørende diabetes mellitus	16 812	44
910B Poliklinisk konsultasjon vedrørende sykdom i skjoldbruskkjertelen	4 891	20
910C Poliklinisk konsultasjon vedrørende fedme og overvekt	5 456	17
910O Poliklinisk konsultasjon vedr andre endokrine/ernærings-/ stoffskiftesykdommer	11 493	32
911A Poliklinisk konsultasjon vedrørende nyresvikt	4 203	11
911B Poliklinisk konsultasjon vedrørende svulst i urinveiene	2 942	11
911C Poliklinisk konsultasjon vedr oppfølging av nyretransplanterte	2 682	9
911O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i nyre og urinveier	7 260	38
912A Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i mannlige kjønnsorgan	7 825	32
912O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i mannlige kjønnsorganer	2 858	17
913A Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i kvinnelige kjønnsorganer	1 376	10
913B Poliklinisk konsultasjon vedrørende infertilitet	7 069	37
913O Poliklinisk konsultasjon vedr andre sykdommer i kvinnelige kjønnsorganer	6 603	50
914O Poliklinisk konsultasjon vedrørende svangerskap, fødsel og barseltid	6 098	38
914P Obstetrisk diagnostisk tiltak, inkludert screening av gravide	12 471	96
914Q Fosterdiagnostiske undersøkelser	2 934	12
916O Poliklinisk konsultasjon vedr sykdommer ved bloddannelse eller i immunsystemet	2 934	8
917A Pol kons vedr lymfom, leukemi, myelomatose og visse andre benmargssykdommer	17 599	47
918O Behandling av infeksjons- og parasittsykdommer uten signifikant prosedyre	14 412	41
919O Behandling av mental tilstand uten signifikant prosedyre	3 156	7
921O Poliklinisk konsultasjon vedr skader/ forgiftninger/ skadelige medikamentvirkninger	2 598	10
923O Pol kons vedr faktorer som har betydning for helsetilstanden/ kontakt med helsetjenesten	12 342	95
930A Poliklinisk konsultasjon vedr ondartet svulst i bryst	11 325	39
997O Tverrfaglig utredning	9 262	12
998O Grupperettet pasientopplæring	474	11
DD01 Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 01	5 563	8
DD08 Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 08	9 201	14
DD23 Annen dagbehandling relatert til tilstander i HDG 23	23 002	25
Sum øvrige	1 167 491	426

Follokommunene planlegger sammen et arbeid hvor man problematiserer diagnosene kommunene må betale for kontra hva kommunen har mulighet til å forebygge, basert på forskningsbaserte resultater. Follokommunen har også utfordret KS på dette området.

*Forebygging / folkehelse:*

Med både lov om folkehelsearbeid og helse og omsorgstjenesteloven har kommunen fått utvidet ansvar og plikt til å planlegge, gjennomføre og evaluere det forebyggende folkehelsearbeid. Arbeidet skal overordnet gjennomføres fra/gjennom planstrategien. Kommunene har ikke mottatt friske midler for å i møte komme disse kravene. Det fordrer derfor at kommunene prioriterer / omprioriterer slik at arbeidet utføres. Det er en utfordring.

Arbeidet må innpasses over tid, sett i sammenheng med de faktiske helseutfordringene i Ås kommune.

*Andre erfaringer, som kan gi økonomiske konsekvenser:*

Det er ingen tvil om at kommunen presses ytterligere i forhold til å ta i mot utskrivningsklare pasienter. Dette krever tilstrekkelig kapasitet i form av sykehjems plasser og personell med tilstrekkelig kompetanse i sykehjem og i hjemmesykepleien.

Ås kommune har strukket seg langt for å ta imot alle utskrivningsklare pasienter. Dessverre viser dette seg også på kommunenes korttids- og rehabiliteringsavdeling hvor det er et økt sykefravær, hvor sykefraværet er pga jobben og stress, samt at avdelingen skårer meget dårlig på årets medarbeiderundersøkelse på områdene som omhandler "tiden du har til å gjøre jobben din" etc (dårligst i landet).

På bakgrunn av dette er det gjennomført et vurderingsarbeid (med en rapport) hvor ledelsen, de ansatte via tillitsvalgte, verneombud og friskvernombud har anbefalt hva som må til for å bedre situasjonen. Rapporten konkluderer med å øke sykepleiergrunnbemanningen på denne avdelingen. Dette vil belyses og søkes innpasset i 1. tertialregulering, sett i sammenheng med økte inntekter.

**Konklusjon med begrunnelse:**

Samhandlingsreformen er omfattende og innpasses over flere år. Reformen er en utfordring for kommunene, også sett i sammenheng med den demografiske utviklingen.

Kommunen har kommet godt i gang med reformen, men erfarer at ressursene presses til det ytterste, og negative "symptomer" observeres.

Saken anbefales tatt til orientering.

**Kan vedtaket påklages?**

Nei

**Ikrafttredelse av vedtaket:**

Umiddelbart

**Lovhjemler:**

1. Lov av 24. juni 2011 nr 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) med sentrale forskrifter:
  - [2011.12.16 nr 1253](#): (HOD) Delegering av Kongens myndighet på Helse- og omsorgsdepartementets område til Helse- og omsorgsdepartementet for å

gjøre tekniske og begrepsmessige forskriftsendringer som er nødvendig som følge av ikraftsetting av helse- og omsorgstjenesteloven

#### § 2-1

- [2011.12.16 nr 1393](#): (HOD) Forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

#### § 3-2

- [2011.12.16 nr 1254](#): (HOD) Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon
- [2011.12.16 nr 1256](#): (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
- [2011.12.16 nr 1392](#): (HOD) Forskrift om oppjustering av driftsavtale for fysioterapeuter

#### § 7-1

- [2011.12.16 nr 1256](#): (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

#### § 7-2

- [2011.12.16 nr 1256](#): (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

#### § 7-3

- [2011.12.16 nr 1256](#): (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

#### § 8-1

- [2009.09.09 nr 1175](#): (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut

#### § 11-1

- [2011.12.16 nr 1348](#): (HOD) Forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester

#### § 11-2

- [2011.12.16 nr 1349](#): (HOD) Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester

#### § 11-3

- [2011.11.18 nr 1115](#): (HOD) Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

#### § 11-4



- [2011.11.18 nr 1115](#): (HOD) Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

### § 13-1

- [2011.12.16 nr 1252](#): (HOD) Delvis ikraftsetting av lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

### § 13-2

- [1975.04.11 nr 0004](#): (HOD) Forskrifter om forbud mot omsetning og bruk av farlig smellende pyrotekniske varer som kinaputter, kasteknall, knallkorker og liknende.
- [1983.11.23 nr 1779](#): (HOD) Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste
- [1984.03.30 nr 0820](#): (HOD) Forskrift om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste.
- [1988.11.14 nr 0932](#): (HOD) Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie
- [1988.12.11 nr 1018](#): (HOD) Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.
- [1992.10.02 nr 0690](#): (BLD) Delegering av myndighet etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
- [1992.12.04 nr 0915](#): (HOD) Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.
- [2000.04.14 nr 0328](#): (HOD) Forskrift om fastlegeordning i kommunene
- [2000.12.20 nr 1556](#): (HOD) Forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.
- [2000.12.21 nr 1385](#): (HOD) Forskrift om pasientjournal
- [2001.12.20 nr 1549](#): (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege
- [2001.12.21 nr 1478](#): (HOD) Delegering av myndighet til Helse- og omsorgsdepartementet.
- [2001.12.21 nr 1479](#): (HOD) Delegering av myndighet til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeidsdepartementet etter lov om helsetjenesten i kommunene § 2-3 tredje og femte ledd og etter lov om anke til Trygderetten § 4 annet ledd
- [2002.12.20 nr 1731](#): (HOD) Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

- [2003.04.03 nr 0450](#): (HOD) Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
  - [2003.06.27 nr 0792](#): (HOD) Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
  - [2003.12.19 nr 1728](#): (HOD) Forskrift om dekning av utgifter til transport av helsepersonell m.m. i forbindelse med reise for å foreta undersøkelse eller behandling.
  - [2004.02.17 nr 0408](#): (HOD) Forskrift om samordning av ambulansébåttjenesten med syketransport og transport av helsepersonell med båt.
  - [2005.03.18 nr 0252](#): (HOD) Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.
  - [2005.06.17 nr 0610](#): (HOD) Forskrift om smittevern i helsetjenesten
  - [2005.12.19 nr 1653](#): (HOD) Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon
  - [2005.12.21 nr 1613](#): (BLD) Forskrift om overgangsbestemmelser til lov 17. juni 2005 nr. 65 om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) m.v.
  - [2006.06.30 nr 0731](#): (AD) Forskrift om inkorporasjon av trygdeforordningene i EØS-avtalen.
  - [2007.11.30 nr 1349](#): (BLD) Forskrift om overgangsbestemmelser til lov 1. desember 2006 nr. 65 om endringer i barnevernloven og sosialtjenesteloven mv. (saksbehandlingsregler for fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker mv.)
  - [2008.04.03 nr 0320](#): (HOD) Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
  - [2009.09.09 nr 1175](#): (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut
  - [2009.10.02 nr 1229](#): (HOD) Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram
  - [2010.03.18 nr 0425](#): (HOD) Delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet
  - [2010.11.12 nr 1426](#): (HOD) Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
  - [2010.11.22 nr 1466](#): (HOD) Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land
2. Lov av 24. juni 2011 nr 29 om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

## § 2

- [2003.04.25 nr 0486](#): (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern
- [2010.02.12 nr 0158](#): (AD) Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)

### § 8

- [1995.12.01 nr 0928](#): (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.
- [1996.06.13 nr 0592](#): (HOD) Forskrift for badeanlegg, bassengbad og badstu m.v.
- [1998.05.06 nr 0581](#): (HOD) Forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet m.v.
- [2000.12.21 nr 1406](#): (HOD) Forskrift om skadedyrbekjempelse
- [2001.12.04 nr 1372](#): (HOD) Forskrift om vannforsyning og drikkevann (Drikkevannsforskriften)
- [2003.04.25 nr 0486](#): (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern
- [2010.02.12 nr 0158](#): (AD) Forskrift om helse, miljø og sikkerhet i petroleumsvirksomheten og på enkelte landanlegg (rammeforskriften)

### § 10

- [1995.12.01 nr 0928](#): (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.
- [1996.06.13 nr 0592](#): (HOD) Forskrift for badeanlegg, bassengbad og badstu m.v.
- [1998.05.06 nr 0581](#): (HOD) Forskrift om hygienekrav for frisør-, hudpleie-, tatoverings- og hulltakingsvirksomhet m.v.
- [2000.12.21 nr 1406](#): (HOD) Forskrift om skadedyrbekjempelse
- [2001.12.04 nr 1372](#): (HOD) Forskrift om vannforsyning og drikkevann (Drikkevannsforskriften)
- [2003.04.25 nr 0486](#): (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern

### § 15

- [1988.10.10 nr 0836](#): (HOD) Forskrift om fastsettelse av tvangsmulkt i medhold av lov om folkehelsearbeid

### § 26

- [2003.04.25 nr 0486](#): (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern

**§ 33**

- [1956.07.27 nr 0002](#): (HOD) Forskrift for hygieniske forhold ombord i fartøyer
- [1975.04.11 nr 0004](#): (HOD) Forskrifter om forbud mot omsetning og bruk av farlig smellende pyrotekniske varer som kinaputter, kasteknall, knallkorker og liknende.
- [2004.04.01 nr 0623](#): (HOD) Forskrift om tilskudd til prisnedskrivning av frukt og grønnsaker i grunnskolen.

**§ 34**

- [2003.07.04 nr 0951](#): (LMD) Forskrift om gjødselvarer mv. av organisk opphav.
- [2005.10.11 nr 1196](#): (MD) Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste mv.
- [2010.04.29 nr 0612](#): (AD) Forskrift om tekniske og operasjonelle forhold på landanlegg i petroleumsvirksomheten med mer (teknisk og operasjonell forskrift)

**FH-sak 10/12****DATASTYRT LEGEMIDDELKABINETT TIL MEDISINROMMET**

Saksbehandler: Gro Magnussen	Arkivnr: 661	Saksnr.: 12/911
<b>Utvalg</b>	<b>Utv.nr.</b>	<b>Møtedato</b>
Hovedutvalg for helse og sosial	11/12	10.05.2012
Ås Eldreråd	/	07.05.2012
Kommunalt råd for funksjonshemmede	10/12	08.05.2012

**Rådmannens innstilling:**

Saken tas til orientering.

Rådmann i Ås, 02.05.2012

(Sign.)

Trine Christensen

**Tidligere politisk behandling:**

Ingen

**Avgjørelsesmyndighet:**

Formannskap

**Behandlingsrekkefølge:**

Eldrerådet

Kommunalt råd for funksjonshemmede

Hovedutvalg for helse og sosial

Formannskap

**Vedlegg som følger saken trykt:**

Ingen

**Vedlegg som ligger i saksmappen i tillegg til trykte dokumenter:**

Prosjektrapporten

**Utskrift av saken sendes til:**

Enhetsleder – Moer sykehjem: Gro Magnussen

Systemansvarlig Ellen Normannseth

Stabsleder Andreas Brodahl

**SAKSUTREDNING:****Fakta i saken:****Bakgrunn:**

Moer Sykehjem består av 4 avdelinger med totalt 8 boenheter. Det er ett felles medisinrom for hele sykehjemmet. Som et ledd i kontinuerlig forbedring og effektivisering iverksatte Moer sykehjem en gjennomgang av de administrative rutiner rundt medisinbehandling inkludert mottak av medisiner fra apotek, legging av dosetter, utdeling til pasient og administrering av medisinrommet.

En arbeidsgruppe har sett på medisinrommet, samt de prosesser som er knyttet til medikamentbehandling på avdelingene.

Arbeidsgruppen tok for seg:

- tidsbruk
- kvalitetsmessige utfordringer
- forbruk av medikamenter.

Arbeidsgruppen besto av:

Lise Bjerkeli (spl / fagkoordinator 2AB), Gitte Wallberg (sykepleier 2 CD, medisinrom ansvarlig), Eric Martinez (sykepleier 1 AB), Jeanette Midtvik (spl / fagkoordinator 2 CD), Lene Heiaas (spl / fagkoordinator 1 CD), Gro Magnussen (avdelingsleder CD fløy), Ståle Martinsen (enhetsleder - driftsavdelingen), Morten Svendsen og Håvard Husemoen fra firmaet Health Tech AS.

Dagens medikamentbehandling er basert på manuelle arbeidsprosesser som ofte oppleves som tidkrevende.

Målsettingen for sykehjemmet ved å innføre datastyrt legemiddelkabinett er å:

1. Kvalitetssikre medikamentbehandling av spesielt A og B preparater utover dagens nivå. A-preparater er pålagt en helt spesiell kontroll. Her skal det føres regnskap på forbruk knyttet til den enkelte pasient. Det skal alltid kvitteres ut av to sykepleiere. Dette byr på store utfordringer deler av døgnet. På natt er det bare en sykepleier, det vil si at narkotika som gis om natten kun kontrolleres av en sykepleier. Regnskapet på forbruk og beholdning av narkotika (A-preparater) skal til en hver tid stemme.
2. Forbedre økonomien og logistikken.  
Det er pr i dag 532 ulike preparater på medisinrommet. Sett i betraktning av at nesten alle pasientene har multidose er dette et stort medisinlager. Det er mange synonympreparater. Et legemiddelkabinett vil kreve en streng gjennomgang og reduksjon av lageret. Det brukes i dag mye tid på bestilling av varer. Med legemiddelkabinettet vil det gå elektroniske bestillinger til apoteket.
3. Redusere risiko for feilmedisinering og unngå svinn.  
Dersom det oppdages svinn eller feilføringer tar det med dagens system svært lang tid å finne ut av det. Med datastyrt legemiddelkabinett får man ikke ut medisiner som ikke er knyttet til en pasient, det vil si at sjansen for feilmedisinering eller svinn er minimal. Det brukes ikke tid på kontrolltelling for fordi kabinettet gjør alt dette i sin funksjon.

I tillegg ønskes effekter som f.eks.:

- Mer tid til pasientrettet arbeid
- Mindre tidsforbruk ifht legemiddelhåndteringen med høyere kvalitet
- Bedre jobbtrivsel for sykepleiere
- Få bedre oversikt over medisiner som sjeldent brukes på sykehjemmet
- Redusere misbruksmulighetene.

### **Vurdering av saken:**

#### **Overordnet konklusjon fra arbeidsgruppen;**

Arbeidsgruppen finner at legemiddelkabinetter er svært interessant for sykehjemmet, og ser at slike løsninger vil kunne effektivisere håndteringen av medikamenter og øke sikkerheten ved lagring, håndtering og uttak av A- og B-preparater. A-preparater er for eksempel sterke smertestillende som Morfin. B-preparater er for eksempel sovemedisiner og smertestillende som for eksempel Paralgin forte. Begge disse gruppene er vanedannende preparater.

For kommunen og sykehjemmet er det viktig at det datastyrte legemiddelkabinettet utnytter pasientdata som allerede er registrert av sykepleier og lege i Gerica dvs. navn og forordningsdetaljer gjennom direkte integrasjon.

Gerica er journalsystemet for pasientopplysninger (EPJ= Elektronisk Pasient Journal). Dette vil gi en ekstra gevinst gjennom mindre administrasjon ved plukking og kontroll ved legging av medisiner i dosetter. Det vil ikke være mellomledd mellom systemet medisinene forordnes i og systemet som "plukker" medisiner til pasientene. Dette vil igjen si at sjansen for feilmedisinering er kraftig redusert.

Kabinettet vil installeres i eksisterende medisinrom som er felles for alle avdelinger. Alle avdelingene på sykehjemmet vil ha tilgang til medisinautomaten fra pc på arbeidsrommet.

Innføring av Legemiddelkabinett vil gi virksomheten bedre kontroll på sine preparater og samtidig frigjøre sykepleietid fra generell medikamenthåndtering til andre oppgaver.

Legemiddelkabinettet vil kunne motta pasientinformasjon og forordningsinformasjon fra journalsystemet, og på denne måten klargjøre for plukking av medikamenter til pasienten. Dette vil effektivisere legging av medikamenter, samt øke sikkerheten for at korrekt medisin blir lagt i dosetten.

Videre vil man også enklere kunne hente ut eventuelt-medisin, samt at dokumentasjon, regnskapet og bestilling håndteres av legemiddelkabinettet.

#### **Tidsforbruk med dagens medikamenthåndtering vs. Legemiddelkabinett**

Arbeidsgruppen gikk igjennom alle aktiviteter knyttet til medikamenthåndtering både inne og utenfor medisinrommet. Det ble gjennomført en analyse som viser at man kan forvente å frigjøre ca. inntil et årsverk sykepleier, dvs. ca.1900 timer pr. år til andre sykepleieroppgaver. Dette ansees å være et realistisk tall i forhold til andre analyser forutsett en omlegging av dagens arbeidsmetoder og prosesser og at disse innarbeides i sykehjemmets felles prosedyrer.

Det er spesielt tre hovedområder som viser potensielle gevinster. Dette er:

1. Eliminering av dagens manuelle kontroll og registreringsrutiner
2. Sjekk av forordninger sammen med legging av dosetter til de som ikke har multidosepakker.
3. Automatisert narkotikaregnskap

Punkt 2 viser en ekstra gevinst og synergieffekt ved elektronisk overføring og bruk av elektroniske forordningsdata i Gerica.

De registrerte effekter vil oppnås gradvis innenfor første driftsår etter innføring gjennom revisjon og omlegging av dagens rutiner.

Det var prosjektets anbefaling at Moer Sykehjem installerer det elektronisk legemiddelkabinettet på dagens medisinerom, som er felles for alle avdelinger og enheter. Health Tech sin løsning for elektronisk legemiddelkabinett består av elektroniske medisinskap og portal med administrative funksjoner.

Løsningen består av en lokal pc installasjon på legemiddelkabinettet koplet sammen med en sentral portalinstallasjon der alle enheter har tilgang til hva som er forordnet og hvilke medisiner som er tilgjengelig på automaten. IT v/Andreas Brodahl er informert og har gitt uttalelser ifbm denne integrasjonen. Det skal ikke være noen hindringer for å kunne benytte denne dataløsningen.

Løsningen vil kunne integreres mot journalsystemet, slik at inneliggende pasienter og forordninger blir overført til legemiddelkabinettet. Dette sikrer også at alt forbruk blir knyttet til pasienten ved uttak.

Følgende overordnede effekter vil kunne erfares ved innføring av legemiddelkabinetter

- Sikker lagring, rollestyrt tilgang til medikamenter
- Automatisert telling, narkotikaregnskap, bestilling, rapportering
- Dokumentert forbruk/uttak knyttet til pasienten
- Redusert forbruk av medikamenter (anslått til 10 % reduksjon)
- Redusert tidsforbruk innen medikamenthåndtering
- Bedre arbeidsmiljø, knyttet til bedre kontroll av medikamenter
- Økt dokumentasjon og rapportering

### **Kost/nytteanalyse**

Arbeidsgruppen har reflektert over hvilke effekter man kan realisere ved innføring av Legemiddelkabinett i virksomheten.

Analysen viser at ny løsning har en meget kort tilbakebetalingstid innen første hele driftsår.

Analysen ved Moer sykehjem viser et gevinst potensiale som er større enn ved tilsvarende enheter. Dette henger sammen med at sykehjemmet allerede har innført medisinermodul i Gerica og bruk av elektronisk forordning.

### **Kvalitetsheving ved innføring av Legemiddelkabinetter**

Innføring av Legemiddelkabinetter medfører en kvalitetshevelse på virksomheten av flere årsaker. En stor kilde til kvalitetsbriser og brudd på prosedyrer og rutiner er basert på menneskelige og svært vanlige årsaker. Legemiddelkabinetter automatiserer en rekke manuelle arbeidsoppgaver, og på denne måten fjerner men også kilden til flere feilsituasjoner.



Overordnet kan følgende parametere nevnes som kvalitetsgevinst ved innføring av Legemiddelkabinetter:

- Bedre oppfølging av rutiner og prosedyrer i virksomheten
- Mindre feilmedisinering
  - Legemiddelkabinettet vanskeliggjør feilplukking av medikament og dermed feilmedisinering
  - Legemiddelkabinettet kan integreres mot forordningssystem og på denne måten ha digital informasjonsflyt helt til plukketidspunktet
  - Håndskrift med muligheter for feiltolkninger kan elimineres
- Bedre kontroll
  - Telling av medikamenter utføres av Legemiddelkabinett
  - Grunnlag for bestillinger og bestilling gjøres av legemiddelkabinett
  - Presis informasjon over samtlige medikamentbevegelser i Legemiddelkabinettet
  - Økt tilgjengelighet for styringsdata rundt medikamenthåndteringen
- Økt trivsel blant ansatte
  - Mindre stress rundt medisinering
  - Mindre stress rundt narkotika
  - Tilgjengelig medikament

Medikamentforbruk og anbefalt sikkerhet

Et gjennomsyn på medisinrommet ga følgende overordnede medikamentomfang som skal lagres:

**Medisinrom, vareliste antallet varenummer: 580 varenummer**

A- Preparater	19 stk
B- Preparater	26 stk
C/F Preparater	319 stk
Øvrige varer	108 stk

Implementering av et legemiddelkabinett muliggjør en gjennomgang av antall medikamenter, og reduksjon av disse. Health Tech anbefaler å implementere 1 stk dispenser på felleslager til lagring av A og B preparater, samt to kabinetter til C- og F-preparater.

**Lagerkapasitet og bufferlager A- og B-preparater**

Høyt sikkerhetsnivå i dispenser for A- og B- preparater er relativt sett et dyrere lagringsalternativ enn lagring av C- og F- preparater i kabinetter, og derfor finnes funksjonen "mellomlager" i legemiddelkabinett fra Health Tech. "Mellomlager" gir virksomheten muligheten til å lagre spesielle preparater i et mellomlager, for så å fylle inn i ordinært lager ved behov. Hvis man går tom for et preparat i det ordinære lageret vil man kunne gjøre oppslag i mellomlagret, for å avgjøre om varen kan fylles inn i det ordinære lageret.

"Mellomlager" muliggjør mer effektiv drift av innkjøpte medikamenter, høyere utnyttelsesgrad av sjeldent brukte medisiner, enklere håndtering av store forpakninger, samt at legemiddelkabinettet kan dimensjoneres slik at det blir rimeligere i innkjøp.

**Vurdering av eventuelle økonomiske konsekvenser:**

Rådmannen vurderer at anskaffelse av datastyrt legemiddelkabinett er meget hensiktsmessig og lønnsomt for kommunen. Anskaffelseskostnaden av kabinettet er "inntjent" på under ett år. Prisen er også meget redusert da, Ås kommune vil være en såkalt "referansekommune" i Akershus og Østfold.

Samhandlingsreformen utfordrer ressurstilgangen ved sykehjemmet. Legemiddelkabinettet vil i tillegg til å være en kvalitetsheving også frigjøre sykepleierressurser, slik at det blir med tid til pasientrettet arbeid.

Rådmannen har derfor anskaffet kabinettet, og finansiert dette av prosjekt 0103 mindre investeringer/uspesifisert. Kommunen har selvfølgelig gjennomført anskaffelsen etter regelverket.

Derav denne sak kun til orientering.

**Konklusjon med begrunnelse:**

Saken tas til orientering.

**Kan vedtaket påklages?**

Nei

**Ikrafttredelse av vedtaket:**

Umiddelbart

# ÅS KOMMUNE

Kommunalt råd for funksjonshemmede

FH-sak 11/12

FH-sak 11/12

## ARBEIDSPLAN FOR RÅDET FOR FUNKSJONSHEMMEDE FOR 2012/ 2013

Saksbehandler: Rita Stensrud	Arkivnr: 033	Saksnr.: 12/805
<b>Utvalg</b>	<b>Utv.nr.</b>	<b>Møtedato</b>
Kommunalt råd for funksjonshemmede	11/12	08.05.2012

### Leders innstilling:

Kommunalt råd for funksjonshemmede ønsker å sette fokus på følgende sak/saker i 2012/ 2013

Ås, 02.05.2012

(Sign.)

Morten Petterson

Leder i rådet for funksjonshemmede

### Avgjørelsesmyndighet:

Kommunalt råd for funksjonshemmede

### Behandlingsrekkefølge:

Kommunalt rådet for funksjonshemmede

### Vedlegg som følger saken trykt:

Ingen

### Utskrift av saken sendes til:

Hvem ønsker rådet at utskrift/ melding om vedtak, sendes til?

### SAKSUTREDNING:

**Reglementet til Ås kommune gir rådet for funksjonshemmede følgende oppgaver:**

#### 7.9 Kommunalt råd for funksjonshemmede

##### Oppgaver og ansvar

Ås kommunes råd for funksjonshemmede er et samarbeids- og rådgivende organ for kommunen. Rådmannen sørger for nødvendig utredningskapasitet innenfor de enkelte saksfelt. Rådet skal arbeide etter prinsippet om funksjonshemmedes fulle deltaking og likestilling i samfunnet.

Rådet skal arbeide med, få seg forelagt og kunne uttale seg om saker som gjelder:

- Tiltak med funksjonshemmede som spesiell målgruppe.
- Allmenne tiltak og tjenester som også berører funksjonshemmede.
- Kommunens ordinære budsjett- og planarbeid på ulike områder.
- Andre saker som er av prinsipiell interesse for funksjonshemmede.

Rådet kan ta opp og utrede saker på eget initiativ og drive informasjonsarbeid.

---

På denne bakgrunn ønsker rådet å fremme følgende sak på eget initiativ. Rådet for funksjonshemmede ønsker å vedta en arbeidsplan for rådets arbeid i 2012/ 2013. Denne planen skal rulleres årlig. De saker som rådet ønsker utredet skal sendes til hovedutvalg og formannskap/kommunestyret som orientering fra rådet.

Leder og nestleder har følgende forslag til punkter som de ønsker at rådet skal drøfte, og velge ut en til to saker som rådet skal arbeide med i 2012/ 2013. Rådets medlemmer står fritt til å komme med punkter de ønsker å arbeide videre med.

Punktene nedenfor er i uprioritert rekkefølge

- Helsestasjonens arbeid/fokus med funksjonshemmede barn
- Koordinator i kommunen for personer med funksjonshemming
- Erfaring med BPA løsningen i kommunen.
- Avlastning, behov – tilbud fra kommunen
- Tilgjengelighet for barn med funksjonshemming i skolens bygninger, gymsal osv.
- 

**Konklusjon med begrunnelse:**