

# ÅS KOMMUNE

## MØTEINNKALLING

Ås Eldreråd har møte i Lille sal, kulturhuset

23.09.2013 kl. 15.30

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:

#### **ORIENTERINGSSAK:**

Besøk av rådmann Trine Christensen. Viktige trekk i utviklingen i kommunen.

#### **DRØFTINGSSAK:**

Eldredagen, opplegg og arbeidsfordeling.

### REFERATSAKER

Side 2

ER-sak 24/13

13/2131

Side 3

[SAMHANDLINGSREFORMEN 2013 - SYKEHJEMSDRIFT OG HJEMMETJENESTENE I ÅS KOMMUNE](#)

ER-sak 25/13

13/2130

Side 9

[VIDEREFØRING AV SAMARBEIDSAVTALE - AKTIVT OPPSØKENDE BEHANDLINGSTEAM I FOLLO - ACT TEAM](#)

Ås, 18.09.2013

(Sign.)

**Georg Distad**  
Leder

Eventuelt forfall eller inhabilitet meldes på tlf. 64 96 20 03 eller e-post [politisk.sekretariat@as.kommune.no](mailto:politisk.sekretariat@as.kommune.no) 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 ÅS ELDRERÅD 23.09.2013

### [Gå til sakliste](#)

1. Fagkonferanse i Ski kommune 18.10.13, Ski rådhuseteater: «2025. Eldre – ressurs eller utgift? Hvordan kan kommunen møte morgendagens utfordringer?», påmelding innen 01.11.13. Sendt på e-post til medlemmer og vara 16.8.13).
2. Invitasjon til fellesmøte for eldrerådene i Follo torsdag 17.10.2013. Sendt fra Distad til medlemmer på e-post.
3. Svarbrev til styret i Ås pensjonistforening fra rådmann og helse- og sosialsjef, om «Mangel på sykehjemsplasser», med kopi til Eldrerådet.
4. Brev fra eldrerådet til teknisk etat vedrørende rullestoladkomst til Ås blomster.
5. Informasjon fra daglig leder av Frisklivssentralen og daglig leder i Ås frivilligsentral: «Flerbrukshuset – Ås kommunes neste folkehelseprosjekt?».
6. Trykksaker fra Statens seniorråd, som deles ut i møtet:
  - a. Aldersdiskriminering – til diskusjon i eldrerådene (faktaark)
  - b. Holdninger til eldre 2013 – en temperaturmåling på folks syn på eldre i og utenfor arbeidslivet (brosjyre)
7. *Pensjonisten*, nr. 4 - 2013.
8. Dagskonferanse om universell utforming, 30.09.13 kl. 9-15.30, Lillestrøm kultursenter. Gratis konferanse i regi av Norsk kommunalteknisk forening og Direktoratet for byggkvalitet. Sendt per e-post til medlemmer og vara 10.9.13.
9. Landskonferanse i regi av Stiftelsen SOR, 21.-22.10.13 i Oslo kongressenter: «Livet etter Stortingsmeldingen om levekår for mennesker med utviklingshemning», [www.sorkurs.no](http://www.sorkurs.no)

**ER-sak 24/13**

**SAMHANDLINGSREFORMEN 2013 -  
SYKEHJEMSDRIFT OG HJEMMETJENESTENE I ÅS KOMMUNE**

[Gå til saksliste](#)

[<< Forrige sak](#)

[Neste sak >>](#)

Saksbehandler: Marit Roxrud Leinhardt

Arkivnr: G00 &20

Saksnr.: 13/2131

<b>Utvalg</b>	<b>Utv.nr.</b>	<b>Møtedato</b>
Kommunalt råd for funksjonshemmede	11/13	24.09.2013
Hovedutvalg for helse og sosial	24/13	26.09.2013
Ås Eldreråd	24/13	23.09.2013
Formannskapet	/	
Kommunestyret	/	

**Rådmannens innstilling:**

Sak om status for samhandlingsreformen i Ås kommune pr. 2 tertial, tas til orientering.

Ås, 18.09.2013

*Sign.*

Trine Christensen

**Avgjørelsesmyndighet:**

Hovedutvalg for helse og sosial

**Behandlingsrekkefølge:**

Eldrerådet til uttalelse

Hovedutvalg for helse og sosial

**Vedlegg som følger saken trykt:**

Ingen

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

Ingen

**SAKSUTREDNING:**

**Fakta i saken:**

Samhandlingsreformen trådte i kraft 01.01.2012. Selv om kommunen i 2011 hadde fått erfare litt av hva samhandlingsreformen ville bli, samt at kommunen forberedt seg godt, har 2013 vært svært utfordrende.

## Ahus

Ahus har ved en rekke anledninger meldt Ås kommune om «grønn beredskap» i 2013. Det vil si at sykehuset sender ut pasienter 24 timer pr døgn / 365 dager pr år. Med dette har kommunen måtte bemanne opp sykehjemmet, klar for å ta i mot ekstra pasienter. I verste fall betyr dette korridorpasienter ved kommunenes sykehjem.

Follokommunene sendte den 11.07.2013 Ahus et felles brev med følgende innhold:

*Viser til epost av 10.07.13 hvor Ahus varsler beredskap fra og med 09.07.13, kl. 18.30. Sykehuset ber kommunene ta ut pasientene straks de blir meldt utskrivningsklare fra Ahus sine sengeområder, dette under henvisning til at «akutfunksjonen er truet, først og fremst på grunn av høyt pasientbelegg på sengeområder, stor pågang av pasienter som har behov for Øhjelpoperasjoner og stort press på intensiv og medisinsk overvåking».*

*I eposten vises det blant annet til avtalen som kommunene har inngått med Ahus rundt samarbeidet i beredskapssituasjoner. Delavtalen som de fleste kommunene mente skulle gjelde krise- og katastrofeberedskap, har en setning med følgende ordlyd: «Dersom det er fare for at sykehuset ikke kan overholde plikten til å yte øyeblikkelig hjelp på grunn av overbelegg, tar kommunene ut utskrivningsklare pasienter samme dag.» De færreste kommunene hadde tenkt seg denne delen av avtalen benyttet som følge av generelle kapasitetsproblemer på Ahus. Såkalt «grønn» beredskap har vært varslet kommunene en rekke ganger gjennom det siste halvåret. For å være imøtekomende og av hensyn til at innbyggerne skulle sikres et forsvarlig akutttilbud, har kommunene gjort sitt ytterste for å ta ut de meldte utskrivningsklare pasientene.*

*Erfaringer tilsier at denne pasientgruppe har vært langt sykere enn de utskrivningsklare pasientene som ellers har blitt meldt. Dette har vært utfordrende for kommunene både av hensyn til kompetanse og forsvarlighet, men også kapasitet. Vi stiller nå spørsmål ved om Ahus i dagens situasjon, er berettiget til å benytte seg av beredskapsavtalen som sitert over. Overbelegg kan etter vårt syn ikke være begrunnelsen all den tid sykehuset har valgt å stenge en rekke sengeplasser av hensyn til sommerferieavviklingen. Vi tør minne om at kommunene kjører full drift til tross for ferieavvikling, men da med bruk av mye sommervikarer som ikke besitter samme kompetansen som det faste personalet. Legedekningen er dessuten sterkt redusert. At sykehuset da melder beredskap og dermed vil sende flere og dårligere pasienter ut til kommunen, oppleves å være en risiko for forsvarligheten i tilbudet og en uheldig bruk av samarbeidsavtalen, da det ikke tas hensyn til at også kommunene har utfordringer knyttet til feieravviklingen.*

*Av hensyn til kommunenes egen kapasitet og av forsvarligheten i pasienttilbudet, vil follokommunene med dette formidle at vi motsetter oss at beredskapsavtalen benyttes så lenge Ahus holder sengeplasser sommersengt. Vi hadde forutsatt at*

*Ahus, på samme måte som kommunene, hadde planlagt for full drift også i sommermånedene. Dette spesielt i lys av de kapasitetsproblemene om har fremkommet gjennom det siste året.*

*Vi vil på bakgrunn av det ovenfor beskrevne, kun forholde oss til den ordinære samarbeidsavtalen om helhetlig pasientforløp. Dersom sykehuset tar i bruk alle sine senger vil vi selvsagt også forholde oss til ordlyden i beredskapsavtalen.*

*Av hensyn til samhandlingen ber vi om tilbakemelding på:*

- *Ahus sin vurdering av bruken av beredskapsavtalen og henvisningen til overbelegg, i en tid hvor sykehuset holder sommerstengte plasser.*
- *Antallet sengeplasser som holdes stengt av hensyn til sommerferieavviklingen*

Brevet utløste et møte mellom Ahus ledelse og rådmennene i Akershus samt aktuelle bydeler i Oslo. Det ble enighet om at grønn beredskap kun varsles til de kommuner sykehuset vet det er aktuelt å sende hjem pasienter. Dette for å tone ned bruk av beredskap der det ikke handler om akutte tiltak for alle.

### **Moer sykehjem i 2013**

Selv om sykehjemmet i stor grad har klart å ivareta mengden pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus, har dette fått konsekvenser for driften og ikke minst økonomien av sykehjemsavdelingene. Så langt i år har kommunen ca. 30 overliggerdøgn ved Ahus.

Sykehjemmet har i 2012 / 2013 gjennomført en vellykket omorganisering.

Sykehjemmet har nå 4 avdelingssykepleiere knyttet direkte til hver sin avdeling. Hver avdeling består av 22 / 23 pasienter med unntak av medisinsk korttidsavdeling som består av 20 pasienter på korttids plass og 11 pasienter på langtids plass.

Avdelingssykepleier har kontor på avdelingen, og det oppleves som en fordel at leder er nær der tjenesten gis. Lederen har større mulighet til å følge opp personal- og pasientutfordringer umiddelbart.

Avdelingssykepleier har delegert personal-, drift- og økonomiansvar. Økonomiansvaret vil si å ha ansvar for fastlønn og variabel lønn knyttet til avdelingen. Det økonomiske ansvaret til avdelingssykepleierne er begrenset i den nye organiseringen ifht hvordan det økonomiske ansvaret var før omorganiseringen.

Ansvaret for økonomi ifht resten av driften av Moer sykehjem, samt det helhetlige overordnede ansvar, er plassert hos enhetsleder.

Avdelingene har også fagkoordinator. Fagkoordinator er utdannet sykepleier med utvidete oppgaver ifht et overordnet faglig ansvar på avdelingen. Fagkoordinator er med i stell hele dagen, og har ansvar for samtaler med pårørende, ansvar for fagutvikling på avdelingen, gruppemøter med fokus på fagutvikling, oppfølging med leger, sykehus, lab, mm. Fagkoordinatorerne på sykehjemmet samarbeider også med utarbeidelse av rutiner og kvalitetsarbeid.

Langtidsavdelingene har en pleiefaktor på 0,82 (Anbefalt pleiefaktor ca. 0,92-0,94).

Medisinsk korttidsavdeling har en pleiefaktor på 1,09.

Pleiefaktor er stillingshjemler tilknyttet avdelingen + administrasjonen tilknyttet sykehjemmet og viser antall ansatte pr pasient.

Antall pasienter etter utvidelse av medisinsk korttidsavdeling (2AB):

1AB: 23 pasienter

2AB: 31 pasienter

1CD: 22 pasienter

2CD: 22 pasienter

Totalt 98 pasienter.

Det er planlagt for 99 pasienter når alle 19 dobbeltrom er benyttet.

Det erfarer at pleiefaktoren på langtidsavdelingene er for lav. Dette ser man blant annet i form av et for høyt sykefravær. Avdeling 2AB ble i 2012 tilført 1,8 årsverk. Dette ført til at sykefraværet gikk ned fra ca. 20 % til nå ca. 4 %. Det er å anta at sykefraværet på langtidsavdelingene også vil gå ned hvis grunnbemanningen øker.

- Flere psykiatri / demenspasienter – sammensatte diagnoser.

I løpet av 2012 / 2013 har sykehjemmet oftere enn tidligere opplevd å få pasienter med psykiatri som hoveddiagnose eller som en kombinasjon med demens. Dette er ofte svært utfordrende pasientgruppe som må skjermes fra andre pasienter. Det kan være vanskelig å medisinere denne pasientgruppen, så miljøarbeid kan bli eneste virkemiddelet. På grunn av lite handlingsrom i grunnbemanningen resulterer dette ofte i 1:1 bemanning i hele eller deler av døgnet. Dette avgjøres etter atferdsregistrering. Man setter inn 1:1 kun der dette er eneste mulige måte å behandle pasienten på. Dette vurderes av lege og sykepleier, og enhetsleder kontaktes alltid for godkjenning. I 2012 / 2013 har en pasient til tider vært i behov av 2:1 på grunn av svært uforutsigbar atferd.

Sykehjemmet har i 2013 også iverksatt vedtak om tvangsbehandling. Pr dags dato har sykehjemmet 3 pasienter med tvangsvedtak. Dette er utfordrende behandling fordi man skal være sikre på at alt tillitsskapende arbeid er forsøkt før tvang brukes. Dette er tidkrevende og kompetansekrevende.

- Lege: økt behandling, flere prøver, færre innleggelses i sykehus (vanskeligere å få lagt inn pasienter) og mer aktiv behandling.

Moer sykehjem har 100 % stilling som institusjonslege. Tilsynslegeordningen var tidligere delt på 4 leger. Nå er det en lege, noe som sikrer enhetlig medisinsk behandling av pasienter og oppfølging av pårørende.

Det er utvidet behandling på sykehjemmet etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. Kommunen har gått til innkjøp av medisinsk utstyr for å stille sikre diagnoser, og gi riktig behandling uten innleggelse på sykehus. Dette kan spare pasientene for lidelser og utrygghet ifht sykehusinnleggelses. Sykehjemmet har EKG, blærescanner, CRP, INR, O2-behandling, mm.

Sykehjemmet opplever at det er vanskeligere å få lagt inn pasienter i sykehus nå, enn før samhandlingsreformen. Det er også lettere for sykehuset å skrive pasientene tidligere ut til sykehjemmet, bl.a fordi kommunen har lege tilgjengelig på dagtid hver dag. Tidligere skrev for eksempel sykehuset ikke ut pasienter som sto på intravenøs antibiotikabehandling. Dette krever en annen oppfølging både ifht prosedyregjennomføring og oppfølging.

- Færre KTO-pasienter

Sykehjemmet har inntil oktober 2013 hatt stadig færre korttidsplasser. Opprinnelig skulle alle dobbeltrom på sykehjemmet (9 rom = 18 senger) benyttes til korttidsopphold. Disse plassene har i løpet av 2012 / 2013 blitt fylt med pasienter med langtidsvedtak. (Pasienten kommer inn på korttidsvedtak, men blir liggende med langtidsvedtak, i påvente av ledig langtidsrom). Kommunen kjøper pr dags dato i tillegg 3 langtidsplasser ved Granås sykehjem. (1 i enerom og 2 på dobbeltrom)

Dette fører til at det er vanskelig å ivareta pasienter som har vedtak om rullerende korttidsopphold og pasienter fra hjemmesykepleien som trenger å komme inn på sykehjemmet med jevne mellomrom for å kunne klare seg lengre hjemme. Fra oktober 2013 vil medisinsk korttidsavdeling få utvidet antall plasser. Dette gjøres ved at alle pasientrom omgjøres til dobbeltrom. Her skal det kun bo korttidspasienter. Det er laget kriterier for tildeling av plass på denne avdelingen. Noen senger er til utskrivningsklare pasienter fra sykehuset.

- Økt antall LTO-plasser, 10 over bemanningsplanen.

Totalt er det 10 pasienter over bemanningsplanen. Direkte mot pasientene er det ikke økt bemanning på langtidsavdelingene siden 2008. Pasientgruppen er derimot svært endret.

- Stor økning i palliativ pleie (pleie ved livet slutt)

Tidligere hadde medisinsk korttidsavdeling mange rehabiliteringsvedtak. Nå er det få rehabiliteringsvedtak, men desto flere palliasjonsvedtak. Dette er pasienter som skal ha smertestillende behandling i den siste delen av livet sitt. Dette er krevende ifht oppfølging og kompetanse. Det krever økt legetilgang og en utvidet sykepleiekompetanse. Vi har god sykepleierdekning til å ivareta dette på medisinsk korttidsavdeling.

- Skabb-utbrudd på flere avdelinger.

Vi har siden sommeren 2012 og frem til september 2013 hatt gjentakende utbrudd av skabb ved flere avdelinger. Det har vært krevende aktiv behandling/sanering.

### **Status i hjemmebaserte tjenester pr. 12.09.13:**

Hjemmebaserte tjenester består av hjemmesykepleie, praktisk bistand og brukerstyrt personlig assistanse. Kommunen gir tjenester fattet etter vedtak om nødvendig helsetjenester, og er en lovpålagt tjeneste med døgnkontinuerlig drift.

Siden samhandlingsreformen ble innført 01.01.12 har kommunen sett et økende behov for tjenester til hjemmeboende brukere.

Hjemmebaserte tjenester har over tid opplevd økende press på tjenesten. Flere brukere bor hjemme lenger nå enn tidligere i påvente av langtidsplass ved sykehjem.

Det er færre plasser å tilby til korttid, - rehabilitering, - avlastning, - og rulleringsopphold da disse plassene er belagt med langtidsplasser. Samtidig ser man at pasienter skrives ut raskere fra sykehus til eget hjem. Antall brukere med behov for to personer i stell i hjemmet har økt.

Rådmannen ser at hjemmeboende brukere er mer ressurskrevende enn tidligere. Brukerne har flere aktive diagnoser og behovet for kompetanse hos personalet er økende. Man ser også at antall brukere som mottar praktisk bistand har økt det siste året.

Hjemmebaserte tjenester har i store deler av 2013 gitt tjenester til en bruker med behov for 1:1-bemanning hele døgnet. Dette alene utgjør 4,78 årsverk.

Med økt press på tjenesten, opplever de ansatte at det er liten tid til å jobbe med kompetanseutvikling i hverdagen, samtidig som kravet til kompetanse er stort. Ethvert vedtak om nødvendig helsehjelp utløser økt behov for bemanning med riktig kompetanse.

Dagens bemanning oppleves som meget presset for å kunne gi nødvendige, lovpålagte tjenester i hjemmet.

Kommunen har så langt i 2013 måttet leie inn ekstra vikarer ut over hva hjemmetjenesten har budsjett til, for å kunne gi brukerne de tjenestene de har krav på.

#### **Vurdering av saken:**

Det er ingen tvil om at samhandlingsreformen har påført kommunene flere oppgaver. Sett i sammenheng med en økende eldregenerasjon og generell befolkningsvekt et presset på helse og sosialtjenestene meget høy.

#### **Vurdering av eventuelle økonomiske konsekvenser:**

Samhandlingsreformen har påført kommunene økonomiske utfordringer innenfor dagens kapasitet. Kommunen jobber med å «stramme» inn på tjenestetildelingen, innen for lovens krav, samt effektivisere der det er mulig.

Kapasiteten fremover utfordres med tanke på bemanning i sykehjem, bemanning i hjemmetjenestene og sykehjemsdekning.

#### **Konklusjon med begrunnelse:**

Det er ingen tvil om at samhandlingsreformen har påført kommunene flere oppgaver. Sett i sammenheng med en økende eldregenerasjon og generell befolkningsvekt er presset på helse og sosialtjenestene meget høy. Det er heller ingen tvil om at samhandlingsreformen har påført kommunene økonomiske utfordringer innenfor dagens kapasitet. Saken er skrevet for å gi hovedutvalget en oversikt over status for samhandlingsreformen i Ås kommune.

#### **Kan vedtaket påklages?**

Nei

#### **Ikrafttredelse av vedtaket:**

Umiddelbart



**ER-sak 25/13**  
**VIDEREFØRING AV SAMARBEIDSAVTALE -**  
**AKTIVT OPPSØKENDE BEHANDLINGSTEAM I FOLLO - ACT TEAM**

[Gå til sakliste](#)    [<< Forrige sak](#)

Saksbehandler: Marit Roxrud Leinhardt	Arkivnr: G70	Saksnr.: 13/2130
<b>Utvalg</b>	<b>Utv.nr.</b>	<b>Møtedato</b>
Hovedutvalg for helse og sosial	25/13	26.09.2013
Ås Eldreråd	25/13	23.09.2013
Formannskapet	/	
Kommunestyret	/	

**Rådmannens innstilling:**

1. Ås kommune inngår samarbeid med Ahus/Follo DPS og andre aktuelle Follokommuner om videreføring av ACT-team. Ås kommunes deltagelse er betinget av at minst 3 av de øvrige kommunene også deltar.
2. Rådmannen gis fullmakt til å undertegne endelig samarbeidsavtale.
3. Ås kommunes andel av utgiftene, i størrelsesorden kr 421 900,- pr år, økningen på kr. 163 800,- pr. år søkes innpasset i ordinært budsjett fra 1.1.2014.

Ås, 18.09.2013

*Sign.*

Trine Christensen

**Tidligere politisk behandling:**

K sak 09/1491

**Avgjørelsesmyndighet:**

Kommunestyret

**Behandlingsrekkefølge:**

Eldrerådet til uttalelse  
Hovedutvalg for helse og sosial  
Formannskapet  
Kommunestyret

**Vedlegg som følger saken trykt:**

Ingen

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

- Oslo universitetssykehus 21.9.2010: Samarbeidsavtale om ACT-team med 6 Follokommuner.

- Særutskrift KST 70/09: Prosjektmidler til oppstart av ACT-team

## SAKSUTREDNING:

### Sammendrag

ACT-teamet (Assertive Community Treatment) har vært drevet på prosjektbasis med statlige tilskudd siden 2010/11, og prosjektperioden avsluttes februar 2014. Det kan ikke forventes videre statlige tilskudd, og en videreføring med fast drift av ACT-team vil gi merkostnader for Ås kommune på om lag kr. 163 800, i tillegg til kostnader på kr 258 100 pr år i prosjektperioden. Resultatene av prosjektet synes gode for en målgruppe med store omsorgs- og behandlingsbehov og som ellers er vanskelig å nå med ordinære tilbud.

### Sakens foranledning

Ås kommunestyre fattet i 2009 vedtak om at Ås skulle inngå i et samarbeid med opprettelse av ACT-team i Follo, under forutsetning av at minst 3 andre kommuner også skulle delta. Prosjektperioden skulle være i 3 år med opsjon på ytterligere 2 år.

Oslo universitetssykehus/Aker og kommunene Vestby, Oppegård, Ski, Frogn, Nesodden og Ås inngikk i 2010 en samarbeidsavtale vedrørende oppstart for ACT-team. Avtalen er senere overført til Akershus universitetssykehus HF/Ahus. Inntak av pasienter startet mars 2011.

Staten har i en overgangsfase gitt stimuleringsstilskudd for oppstart av ACT-team, og Follo-prosjektet har fått tilskudd med ca. 2 mill. kr pr år i en treårsperiode som går ut i februar 2014.

ACT står for Assertive Community Treatment og kan oversettes til "Aktivt oppsøkende behandling i lokalmiljøet". Bakgrunnen for utprøvingen av modellen i Norge var anbefalinger i Helsedirektoratets rapport IS-1554 "Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud". Helsedirektoratet satte av statlige stimuleringsmidler til organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommuner og helseforetak innen psykisk helsefeltet, deriblant etablering og drift av ACT-team. ACT er i utgangspunktet en amerikansk modell for organisering av behandling og behandling av mennesker med alvorlige psykiske helse- og rusproblemer.

ACT-teamet i Follo er ett av 14 team i Norge. 12 av teamene (deriblant Folloteamet) blir evaluert av "Nasjonal evaluering av ACT-team" på oppdrag fra Helsedirektoratet. Evalueringen blir foretatt av en forskergruppe fra KoRus Øst (Kompetansesenter Rus – region Øst) og Ahus. Forskergruppen publiserte høsten 2012 en halveisevaluering med gode resultater. Denne finnes på [rop.no](http://rop.no) og [helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no). Datainnsamling til

evalueringen varer ut februar 2014. Avsluttende evalueringsrapport er planlagt høsten 2014.

### **Målgruppe**

ACT-teamets målgruppe er i følge Helsedirektoratets retningslinjer, pasienter med langvarige psykotiske sykdommer, alvorlige bipolare lidelser og rusmiddelmisbruk/-lidelser og tentativt alvorlige psykiske lidelser. I tillegg er målgruppen kjennetegnet ved liten evne til å samarbeide om foreskrevet behandling, at de opplever gjentatte krisepregede innleggelseser, har store begrensninger i sosial fungering, får tilbakefall med negative konsekvenser, mangler sosial støtte og at tidligere behandling har hatt begrenset effekt. I forprosjektet til ACT-teamet i Follo fra mars 2009 ble det anslått et pasientgrunnlag på mellom 83 -104 personer. Erfaringen fra andre ACT-team viser at det tar tid å komme opp i maksimalt pasientantall.

### **Formålet med aktivt oppsøkende behandling**

Formålet er å opprettholde en regelmessig og tett kontakt med pasienten for å kunne følge tilstanden, og med dette utgangspunkt gi effektiv behandling og rehabilitering. Formålet er også å tilgjengeliggjøre tjenester for brukere som ikke nyttiggjør seg ordinære behandlingstiltak i kommunen og/eller spesialisthelsetjenesten. Det er også viktig å møte pasientene andre steder enn på et kontor. Dette sikrer at brukeren får behandling og oppfølging som kan bidra til økt mestring av hverdagen.

### **Finansiering**

De totale driftskostnader til ACT-teamet i Follo er ca. kr. 6 mill. kr pr år. Teamet har mottatt statlig tilskudd på 2 millioner pr. år i 2011-2013. Refusjoner for poliklinisk behandling fra HELFO har i 2012 vært ca kr 850 000. Resterende kostnader har vært delt mellom Ahus og kommunene. I 2012 beløp dette seg til ca. 1,4 millioner i utgifter for kommunene. Kostnadene for kommunene fordeles delvis etter andel av totalbefolkningen i Follo og delvis etter antall gjennomførte pasientbesøk i kommunene.

## Aktivitet

Teamet har i dag åtte ansatte; teamleder, psykiater (60 %), psykologspesialist, tre spesialsykepleiere (hvorav en russpesialist), en sosionom (arbeidsspesialist) og en merkantil.

### Tall fra Follo samlet:

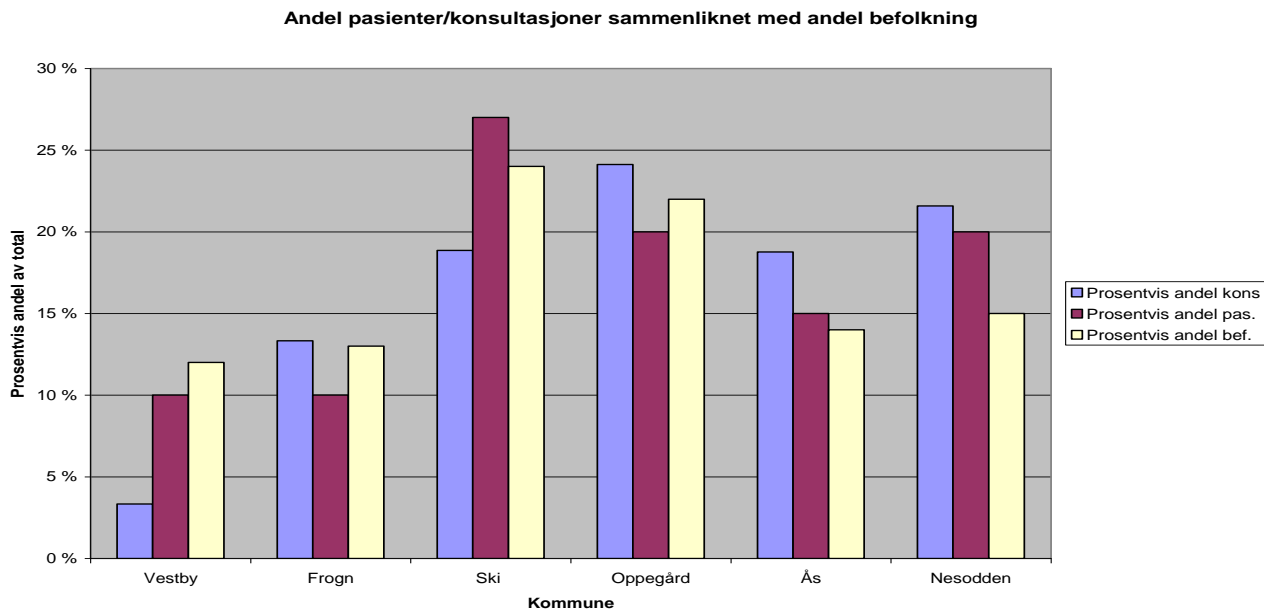
Antall pasienter:	41
Utskrevne pasienter:	10
Mottatte henvisninger:	82
Avslåtte henvisninger:	31

Ås har i gjennomsnitt hatt 6 pasienter tilknyttet ACT-teamet.

ACT-teamet gjennomfører et besøk med varighet på 1,5 time og så videre ukentlig kontakt med hver pasient. Det er store variasjoner alt etter pasientens behov. ACT-teamet holder også kontakt med pasienten selv om han/hun er innlagt.

I registrert aktivitet bruker ACT-teamet ca en tredjedel av tiden på tilbakefallsforebygging ovenfor mennesker med rusproblemer og psykisk lidelser. Ca en tredjedel av tiden er samarbeid med andre instanser, både med og uten pasienten tilstede. Tidsbruk relatert til medisiner og psykologisk behandling utgjør ca 20 %. ACT-teamet gjennomfører også pårørendekurs og veiledning av pårørende og holder kurs for kommunalt ansatte samt "ad hoc"- veiledning av samarbeidspartnere. Det gis også mulighet for anonymiserte drøftinger/veiledning med kommunene om mulige ACT-pasienter og kompliserte problemstillinger.

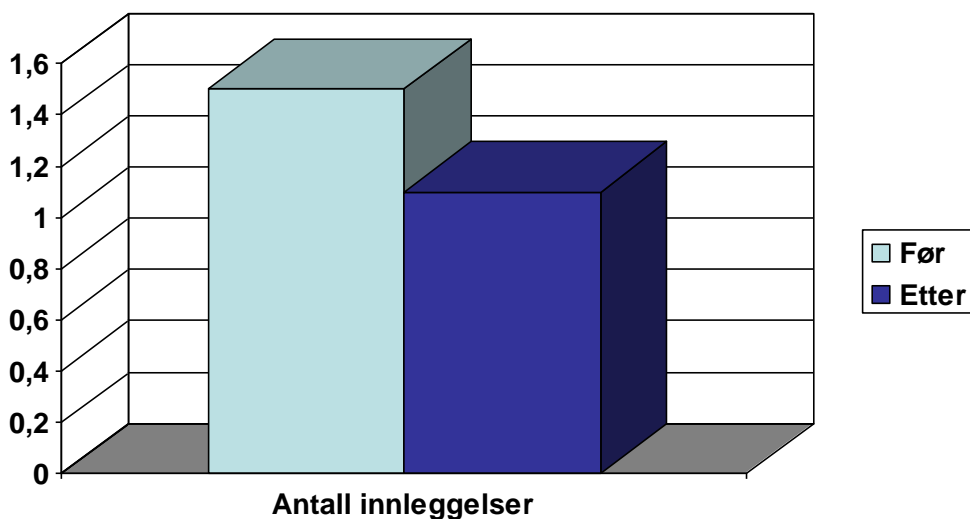
Andel pasienter og aktivitet sammenliknet med andel befolkning

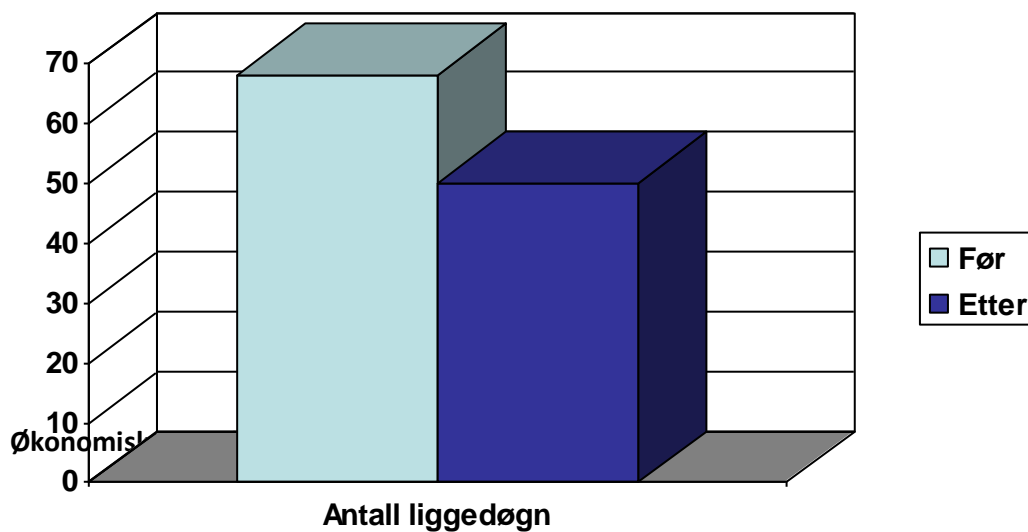


## RESULTATER

Av pasienter henvist og tatt inn i teamet er det bare en pasient det ikke har lyktes i å etablere kontakt med. Tre pasienter har avsluttet kontakten mot råd fra ACT-teamet.

Ved optelling av døgninnleggelser i spesialisthelsetjenesten et år før inntak til ACT-teamet og et år etter inntak til ACT-teamet ses en signifikant nedgang i både antall innleggelser og antall døgn innlagt av teamets brukere.





Tabellen nedenfor viser kostnader med dagens bemanning beregnet med og uten statlig tilskudd. Beløpene vil kunne endres både i forhold til fordeling av antall brukere fra de ulike kommunene, og i forhold antall konsultasjoner for den enkelte bruker

MED statlig tilskudd		UTEN statlig tilskudd	
Totale driftsutgifter	6 000 000	Totale driftsutgifter	6 000 000
Statlige tilskudd	2 000 000	Refusjon HELFO	850 000
Refusjon HELFO	850 000		
Brutto driftsutgifter	3 150 000	Brutto driftsutgifter	5 150 000
AHUS (50 %)	1 575 000	AHUS (50 %)	2 575 000
Follo-kommunene (50 %)	1 575 000	Follo-kommunene (50 %)	2 575 000

<b>Kostnad pr kommune</b>		<b>Kostnad pr kommune</b>	
Vestby	120 700	Vestby	197 400
Frogn	207 300	Frogn	339 000
Ski	337 600	Ski	551 900
Oppegård	363 200	Oppegård	593 800
Ås	258 100	Ås	421 900
Nesodden	288 100	Nesodden	471 000

En videreføring av tilbudet uten statlig tilskudd, vil for Ås vedkommende bety en merkostnad pr år kr. 163 000 kr. Dette kommer i tillegg til kostnader for 2012 på kr 258 000, som allerede ligger inne i budsjettene.

Fortsatt samarbeid og drift av ACT forutsetter ny samarbeidsavtale. Fremtidig samarbeid vil også medføre en vurdering av utvidelse av målgrupper. Dette blant annet på bakgrunn av pågående evaluering.

### **Alternative løsninger**

Dersom de seks Follokommunene og Follo DPS ikke inngår avtale om at ACT-teamet skal over til ordinær drift, vil de aktuelle brukerne henvises til kommunenes og spesialisthelsetjenestens ordinære tilbud, hvilket for de aktuelle brukerne vil bety et svekket tilbud.

### **Vurderinger og begrunnelser**

Det eksisterende ACT-prosjektet synes å ha vært til god nytte for en gruppe brukere med sammensatte og alvorlige utfordringer innenfor rus og psykiske lidelser. Perioden med prosjekttilskudd fra statens side har gjort det mulig å prøve ut arbeidsmodellen, og resultatene så langt synes å være gode for dem som har mottatt tilbudet.

Den økonomiske oversikten viser en merkostnad ved fortsatt drift i størrelsesorden kr 163 000. Rådmannen vurderer at et slikt beløp kan være vanskelig å dekke innenfor eksisterende budsjett, og vil komme tilbake til dette under høstens behandling av budsjettet for 2014-2017.