

# Utredning av intermedieravdeling Bø

## Bakgrunn for prosjektet

Samhandlingsreformen som ble presentert i juni 2009 legger føringer for fremtidens helsetjeneste. De viktigste tiltakene er å overføre arbeidsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og økt satsing på forebygging.

Intermedieravdeling er et av tiltakene som foreslås etablert for å bidra til å redusere liggetiden etter behandling på sykehus.

Bø kommune har en velfungerende helse- og sosialtjeneste med erfarent kompetent personell i alle fagstillinger, herunder fastleger. Kommunen har god kapasitet på legesiden, med 4 stabile fastleger ansatt i kommunen. Kommunen har videre et nybygget sykehjem organisert i 2 avdelinger og 7 bogrupper. Kommunestyret vedtok i 2009 å legge ned 6 sykehjemsplasser, og det er ventet ytterligere nedbygging i 2011-2012 med inntil 8 plasser. Kommunen vil derved ha en hel avdeling med sykehjemsplasser ledig. Dette gjør at forholdene ligger svært godt til rette for å etablere en såkalt intermedieravdeling i Bø.

Helse- og sosialsektoren er Bø kommune sin hjørnesteinsbedrift i den forstand at den sysselsetter flest mennesker i kommunen, og også besitter mange ansatte med høy kompetanse. Etablering av en intermedieravdeling i kommunen er ment på å være med på å videreutvikle helse- og sosialsektoren i Bø og dermed kommunen som lokalsamfunn.

## Prosjektmandat

Prosjektet har som mål å utrede mulighetene for å etablere en intermedieravdeling/etterbehandlingsenhet i Bøheimen bo og behandlingssenter.

Utredningen skal brukes som beslutningsgrunnlag for Bø kommune sitt videre arbeid med å etablere intermedier avdeling, og som grunnlag for drøfting med de andre kommunene i Vesterålen om interkommunalt samarbeid

Prosjektet er nedsatt av rådmann i Bø kommune og ledes av en styringsgruppe bestående av

Anders Svensson, prosjektleder

Jim Gundersen, helse og sosialsjef, Bø kommune

Brit Veabø, sykepleierforbundet, Bø kommune

Kurt Dahl, leder pleie og omsorg, Bø kommune

Oddveig Olaisen, tillitsvalgt Fagforbundet, Bø kommune

Gro Marit Villadsen, avd spl medisinsk avdeling, Nordlandssykehuset Vesterålen

Per Kristian Skorpen, med overlege medisinsk avdeling, Nordlandssykehuset Vesterålen

Anette Fosse, sykehjemslege og praksiskoordinator i Mo i Rana er innleid som ekstern rådgiver.

Følgende aspekter skal utredes

- Finansiering

- Behov for tilpassing av lokaler
- Personellbehov
- Behov for kompetanseheving, herunder opplæring IKT
- Behov for faglig støtte fra Nordlandssykehuset Vesterålen
- Behov for utstyr
- Behov for kommunikasjonsutstyr, herunder IKT løsninger
- Vurdering av investeringskostnader
- Vurdering av driftskostnader
- Transportkostnader
- Pasientgrunnlag
- Vurdering av interesse fra de øvrige kommunene i Vesterålen, herunder mulighetene for interkommunalt samarbeid
- Kommunal organisering

Rapporten inneholder de viktigste momentene for å vurdere tiltaket, men er overfladisk i den forstand at datagrunnlag ikke er beskrevet i detalj, men bare konklusjoner og vurderinger fra kildene. Vurdering av kostnadene er ikke beregnet nøyaktig og kan bare brukes som et estimat. Der er ikke innhentet forpliktende tilbud på medisinsk utstyr.

Tall og bakgrunnsstoff i rapporten er basert på presentasjoner på seminar og møter, e-poster, personlig kommunikasjon og rapporter.

Prosjektet finansieres av Bø kommune, BØKS, og Fylkesmannen

### **Beskrivelse av prosjektarbeidet**

Kommuneoverlege Anders Svensson har i perioder vært frikjøpt fra sin stilling. Han har besøkt sykehjemsavdelinger i Steigen, Saltdal og Mo i Rana og har i tillegg hatt møte med leder for Fosen DMS.

Statistikk fra Nordlandssykehuset Vesterålen er innhentet fra DIPS og regnskapssystem samt fra ledelsen på medisinsk avdeling Nordlandssykehuset HF. Tall fra kommunene er innhentet gjennom personlig kontakt med enhetsleder eller tilsvarende.

Styringsgruppa hadde møte 17. november der prosjektleder presenterte bakgrunnstall og informasjon fra relevante prosjekter i Norge.

Styringsgruppa fordelte arbeidsoppgaver og nytt møte ble avholdt 9. desember.

Anders Svensson deltok i seminar om finansiering av PreOb-avdeling i Bodø 30/11-1/12 2009.

Prosjektet har som mandat å utrede intermediæravdeling, men under arbeidet fremkom flere alternative løsninger for ledig kapasitet ved sykehjemmet og mandatet ble utvidet til å også omfatte utredning av den løsning som prosjektgruppen anbefaler.

### **Samhandlingsreformens konsekvenser for pleie- og omsorgssektoren i Vesterålen**

Samhandlingsreformen ble lansert i juni 2009. De viktigste momentene i reformen er at kommunehelsetjenesten skal styrkes på bekostning av veksten i spesialisthelsetjenesten samt at man skal prioritere forebyggende helsearbeid høyere.

Virkemidlene som skal brukes er lov og forskrift, og avtaler, men fremfor alt økonomiske insentiver. Hvordan dette skal gjøres er uavklart inntil april 2010, når reformen skal behandles i Stortinget, men det som virker klart er at kommunene vil bli nødt til å dekke hele kostnaden for utskrivingsklare pasienter fra første dag.

Det er planlagt nytt sykehus i Vesterålen. Det nye sykehuset er planlagt med uendret antall senger, men ti senger skal være hotellsenger og 8 senger skal knyttes til rehabilitering. Det betyr en reell reduksjon av behandlingsskapasiteten ved lokalsykehuset. Medisinsk avdeling har stor beleggprosent og det er ikke mulig å redusere antall senger ved sykehuset uten at kommunene overtar noen av pasientene.

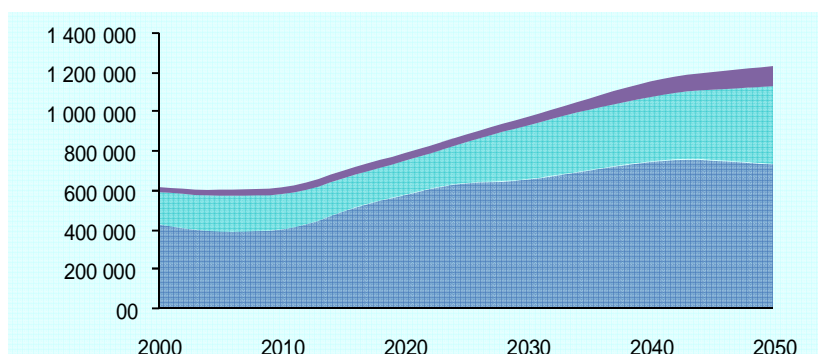
Behovet for kommunale institusjonssenger i Vesterålen kommer med andre ord å øke vesentlig i årene som kommer.

## Bakgrunn og statistikk Vesterålen

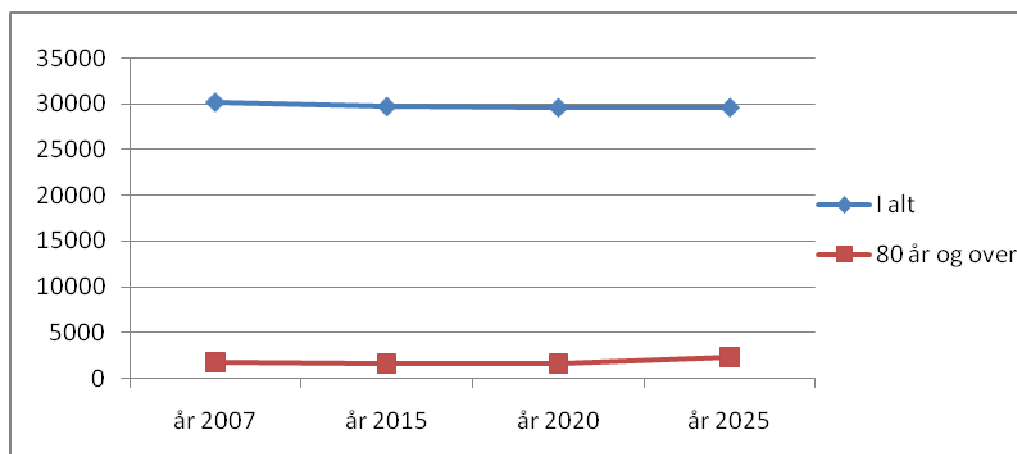
### Vi blir eldre i Norge og Vesterålen

Vesterålen har ca 32000 innbygger inkludert Lødingen. Alderssammensetning i Vesterålen er omtrent lik som Norge. Det betyr at andelen innbyggere >80 år kommer til å øke drastisk fra 2025. Det er naturlig å tru at behovet for helsetjenester i Vesterålen kommer å øke tilsvarende. Bø kommune har allerede en eldre befolkning og kommer ikke til å oppleve en økning av antallet eldre hvis ikke noe spesielt skjer de nærmeste årene. I forhold til dette vil derfor behovet for helsetjenester komme til å holde seg konstant eller reduseres. Bø kommune er likevel i en krevende situasjon da innbyggertallet er ventet å fortsette å synke og andelen eldre kommer til å øke (fordi det blir færre yngre).

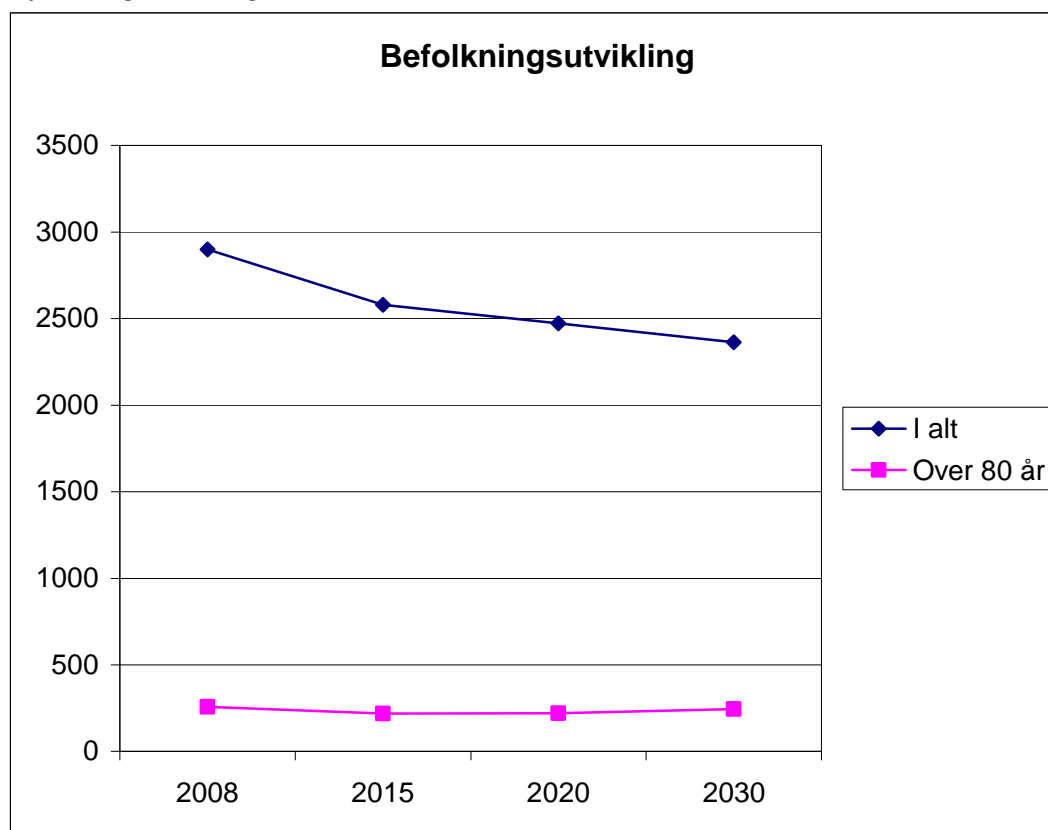
### *Befolkningsutvikling i Norge (lilla <80 år)*



### Befolkningsutvikling i Vesterålen



### Befolkningsutviklingen i Bø



### Stort forbruk av sykehustjenester i Vesterålen

Det er velkjent at befolkningen i Vesterålen er storforbrukere av sykehustjenester. Antallet innleggelseser er større i Vesterålen enn i sammenlignbare kommuner og liggetiden er også

lenger. Forbruket av spesialisthelsetjenester målt med DRG poeng viser at Lofoten har noe høyere forbruk enn Vesterålen.

Det er ikke enkelt å tolke disse tallene og grunnene til stort sykehusforbruk er vanskelig å si noe sikkert om men det er sikkert at helseforetaket kommer til å iverksette tiltak for å redusere antall innleggelser og forkorte liggetiden.

#### Liggetider Helse Nord

	Liggetider		
	Totalt	Kirurgi	Medisin
Hammerfest	3,8	3,3	4,8
Harstad	3,7	3,4	3,7
Kirkenes	4,4	3,4	4,6
Lofoten	5,1	4,9	5,8
Mosjøen	3,8	1,1	4,8
Narvik	4,3	4,1	4,8
Rana	4,8	4,9	5,4
Sandnessjøen	4,0	3,4	3,6
Vesterålen	5,1	4,6	5,6
<b>Gjennomsnitt</b>	<b>4,3</b>	<b>3,8</b>	<b>4,7</b>

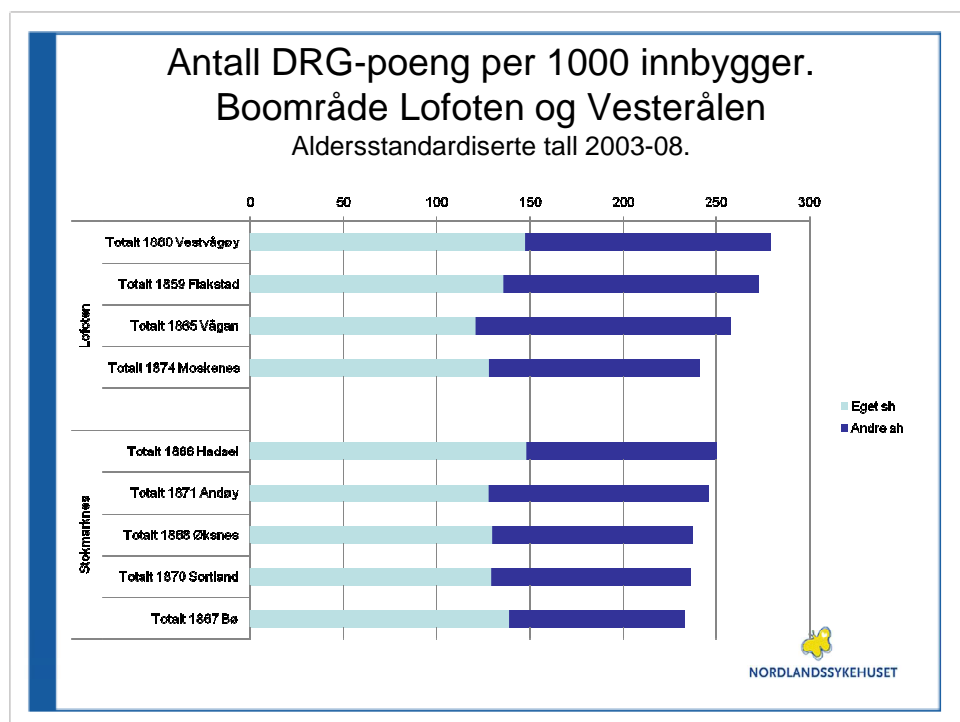
#### Bruk av senger i Nordlandssykehuset HF

	Innbyggere	Senger	Seng per 1000 innbygger	Korreksjon seng	Korrigert sengetall	Korrigert sengetall per 1000 innbygg.
Salten	80 360	66	0,82	15	51	0,63
Lofoten	22 217	23	1,04	5	18	0,81
Vesterålen	29 972	34	1,13	0	34	1,13
NLSHF	132 549	123	0,93	20	103	0,78

#### Kapasitetsutnyttelse medisinsk avdeling Nordlandssykehuset HF

	Liggetid	NLSH	Diff.	Antall pas.	Ligged. Døgn	Senger
Lofoten vs best	3,6	5,8	2,2	1 824	4 013	310
Lofoten vs. Snitt	4,7	5,8	1,1	1824	2 006	310
Vesterålen vs. Best	3,6	5,6	2,0	2 088	4 176	310
Vesterålen vs. snitt	4,7	5,6	0,9	2 088	1 879	310

Tabell over forbruk av sykehustjenester i Vesterålen målt i DRG poeng/1000 innbyggere



Tabellen viser at Bø har lavest sykehusforbruk i Vesterålen/Lofoten.

Dersom Vestvågøy kommune brukte lokalsykehuset like mye som Bø hadde Lofoten sykehus spart ca 500 innleggelses (personlig kommentar Steinar Pleym Pedersen).

### Stor variasjon i heldøgnsomsorg i Vesterålen

Kommunene i Vesterålen har valgt forskjellig strategi for å løse behovet for heldøgnsomsorg hos eldre. Hadsel kommune og Bø har forholdsvis flere sykehjemsplasser i forhold til omsorgsboliger enn Sortland. Øksnes har ingen omsorgsboliger med heldøgnsomsorg for eldre, men baserer seg på sykehjem. Andøy kommune har redusert antall sykehjemsplasser i 2009 og satser på økt bruk av omsorgsboliger.

Det er en utfordring å finne den rette balansen mellom omsorgsboliger med muligheter for heldøgns omsorg og sykehjemsplasser og endringene i forbindelse med innføring av samhandlingsreformen kommer til å legge ytterligere press på kommunenes evne til å gi kostnadseffektive og gode pleie- og omsorgstjenester.

### Utskrivingsklare pasienter

Kommunene betaler i dag 1600kr/døgn 10 dager etter at pasienten har blitt vurdert som utskrivingsklar. Statistikk fra helseforetaket viser at Hadsel og Sortland hadde problemer med

å gi pasientene adekvat tilbud i 2008 mens Bø, Øksnes og Andøy ikke har store utgifter for utskrivingsklare pasienter. Situasjonen for Sortland har bedrets i 2009, mens Hadsel fortsatt har store utfordringer med å ivareta behovet for sykehjemsplasser.

*Statistikk over kostnader for utskrivingsklare pasienter*

År	Kommune	DIPS døgn	Fakturerte d.	Per kommune
<b>2007</b>	Bø	20	20	32 000
	Vågan	4	4	6 400
	Andøy	53	46	73 600
	Hadsel	174	162	259 000
	Øksnes	4	4	6 400
	Sortland	647	572	915 200
	<b>Totalt</b>			
<b>2008</b>	Bø	19	14	22 400
	Vågan	0	10	16 000
	Andøy	0	1	1 600
	Hadsel	224	137	219 200
	Øksnes	1	1	1 600
	Sortland	270	248	396 800
	<b>Totalt</b>			
<b>Per okt. 2009</b>	Bø	20	22	35 200
	Vågan	12	0	0
	Andøy	149	83	132 800
	Hadsel	401	429	686 400
	Øksnes	2	1	1 600
	Sortland	77	46	73 600
	<b>Totalt</b>			

Fra 2012 kommer kommunene sannsynligvis til å måtte betale alle kostnader for pasienten fra 1. dag etter pasienten er bestemt som utskrivingsklar (i dag betaler vi fra 10.dag). Kostnadene for en sykehusplass er vanskelig å tallfeste men 6000 kr/døgn er det tall som brukes i mange sammenhenger. (S.t Olavs hospital har beregnet sine kostnader til 7400 kr/døgn). Vesterålen sykehus hadde 2700 liggedøgn utskrivingsklare pasienter i 2008. Det betyr at dersom kommunene ikke endrer sin praksis kommer Vesterålskommunene til å påføres ca 16 000 000 kr i merutgifter/år.

Interkommunalt samarbeid i Vesterålen

Vesterålen har et ustrakt interkommunalt samarbeid i kultursektoren, men kommunene har hatt vanskelig å etablere godt samarbeid på andre områder. Regionrådet har nylig vedtatt å arbeide videre med etablering av interkommunalt barnevern, noe som er positivt. Etablering av en intermedieæravdeling i Bø fordrer interkommunalt samarbeid for å bli økonomisk bærekraftig. Det er sannsynlig at dette blir en utfordring, fremfor alt politisk da lokalisering, geografi og tradisjon påvirker villigheten til å desentralisere funksjoner.

## Beskrivelse og definisjoner av tilbud

### Akutt plass

En seng på sykehjem som brukes ved akutt behov, for eksempel akutt oppstått økt behov for pleie og omsorg eller akutt sykdom men som ikke trenger sykehusbehandling. Tilbudet drives som en vanlig sykehjemsavdeling med støtte fra fastlege/legevaktslege og finansieres av kommunen.

### PreOB-enhet

Akutt plass der driften er organisert i samarbeid med helseforetak. Plassen brukes ved akutt sykdom der pasienten forventes å bli frisk innen 3 døgn. Plassen kan bare brukes av lege/fastlege. Avdelingen forhindrer innleggelse på sykehus og gir et godt tilbud for pasientene nært hjemmet. Avdelingen har forsterket personell og økt kompetanse. PreOB-enhet driftes av kommunen med økonomisk støtte av helseforetaket.

### Observasjonsavdeling

Samme tilbud som PreOb-enhet men flere plasser. På grunn av antallet pasienter kreves døgnkontinuerlig legetjeneste. (Fosen DMS samarbeider med legevakta og Ørland flystasjon).

### Etterbehandlingsavdeling (intermediæravdeling)

En avdeling som brukes for pasienter som har blitt diagnostisert på sykehusavdeling, og der behandling er påbegynt. Pasienten skrives ut fra sykehusavdeling før pasienten er definert som utskrivingsklar og påbegynt behandling fortsettes og rehabilitering begynner. Avdelingen er en forsterket sykehjemsavdeling med bedre sykepleierdekning og mer kompetent/erfarent personell. Avdelingen kan driftes av kommune eller helseforetak. Kostnadene deles mellom kommune og helseforetak.

### Spesialistrehabilitering

En rehabiliteringsavdeling for ortopediske pasienter for eksempel kne- og hofteropererte pasienter. Avdelingen trenger fysioterapiressurser og ergoterapikompetanse. Helseforetak er ansvarlig for drift og økonomi.

### Sykestue

Sykestue brukes av mange kommuner med langt avstand til sykehus for eksempel i Finnmark. Sykestuene drives av kommunen med støtte fra helseforetak. Sykestuene gir et alternativt tilbud til pasienter der sykehusinnleggelse er nødvendig, men der tilstanden kan behandles og avklares med hjelp av kommunale resurser. Sykestuene brukes også for behandling av akutt sykdom. Sykestuene kan gi tilbud til pasienter i etterkant av et sykehusopphold både før pasienten er definert som utskrivingsklar eller når pasienten er utskrivingsklar. I flere kommuner gis også poliklinisk spesialistbehandling for eksempel cytostatika og blodtransfusjoner. Sykestuene har gode resultater og reduserer innleggelse på sykehus i tillegg til at de gir pasientene et godt tilbud nært hjemmet og pasientene slipper lang transporttid.

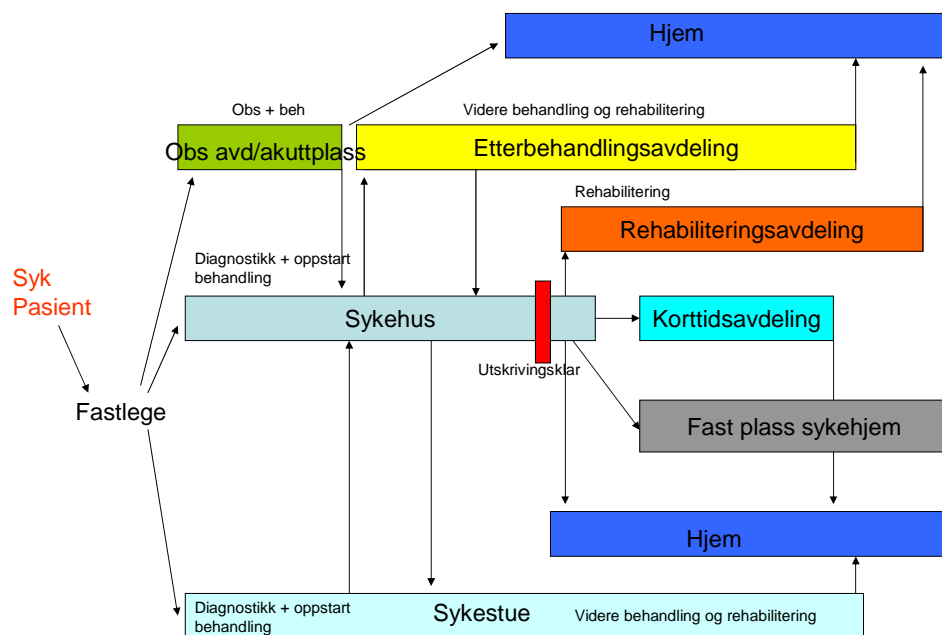
### Korttidsavdeling

En vanlig sykehjemsavdeling for utredning og rehabilitering av pasienter boende i kommunen.

## Kommunal rehabiliteringsavdeling

Rehabiliteringsavdeling for pasienter boende i kommunen. Avdelingen driftes som en vanlig sykehjemsavdeling men trenger mer fysioterapi og ergoterapi resurser enn en vanlig sykehjemsavdeling.

### *Oversikt over forskjellige tilbud*



Bildet viser de forskjellige tilbudene beskrevet i teksten. Der er ikke enighet om definisjonene i fagmiljøene. Det er viktig å poengtere at en sykestue i praksis er det samme som en kombinasjon av PreOb-enhet og Etterbehandlingsavdeling. Sykestue kan også gi tilbud om poliklinisk behandling.

### **Beskrivelse av noen etterbehandlingsavdelinger**

Intermediæravdeling, eller etterbehandlingsavdeling som er en bedre beskrivelse, er en avdeling som tar mot pasienter som er diagnostisert på sykehus og der behandling er påbegynt, og pasienten trenger ytterligere behandling som kan utføres på sykehjem før pasienten kan utskrives til hjemmet.

Der er flere slike tilbud i Norge. **Søbstad helsehus** i Trondheim har fått mye omtale etter at Helge Garåsen, kommuneoverlege i Trondheim skrev doktorgrad basert på resultatene fra avdelingen. Hans arbeid viser svært gode resultater med lavere mortalitet, lavere morbiditet og bedre rehabiliteringsresultater en kontrollgruppe som fikk sluttbehandling på sykehuset. Søbstad helsehus ligger nært et stort sykehus: Bø kommune har andre logistiske utfordringer og modellen fra Søbstad helsehus kan derfor ikke umiddelbart videreføres til Bø.

**Fosen DMS** ligger i Fosen og er et samarbeidsprosjekt mellom de 8 kommunene i Fosen og helseforetaket. Fosen har 26000 innbyggere og ligger ca 1-2 timer fra sykehus. Fosen har dermed mange lignende utfordringer som Vesterålen og er derfor valgt som modelleksempel

Fosen DMS gir følgende tilbud:

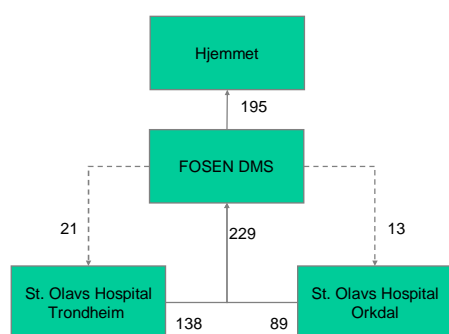
- Observasjonsavdeling der pasientene legges inn fra kommunene/legevakt til observasjon/vurdering.
- Etterbehandlingsavdeling
- Spesialistrehabiliteringsavdeling ortopediske pasienter er en avdeling der pasienter som har gjennomgått kne og hofteproteser tilbys opptrening og rehabilitering.
- Spesialistpoliklinikk
- Interkommunal legevakt

Hele Fosen DMS har 14 årsverk, inkl lege (85 %) og fysioterapi. Total budsjett er på ca 12 millioner kr. Fosen DMS er et interkommunalt selskap som eies av Fosen kommunene og helseforetaket. Kostnaden per sengeplass er 2550 kr (2008).

### Beskrivelse av Etterbehandlingsavdeling Fosen DMS

Fosen DMS har en observasjonsavdeling og etterbehandlingsavdeling som bruker samme lokaler og samme personell.

Etterbehandlingsavdelingen tar mot ferdigdiagnostiserte pasienter som har påbegynt behandling men som trenger ytterligere behandling. Av de 229 pasienter som ble lagt inn ble 85 % utskrevet til hjemmet og 15 % blir tilbakeført til sykehus. Gjennomsnittlig liggetid er ca 11 døgn. Avdelingen deler legetjeneste med de andre avdelingene ved Fosen DMS. Totalt har Fosen DMS 0,85 stilling som lege som brukes til både observasjonsavdeling og etterbehandlingsavdeling. Lege har daglige visitter. Etterbehandlingsavdelingen trenger ikke døgnkontinuerlig legetjeneste.



#### Kommentarer

- Totalt er 229 pasienter lagt inn til etterbehandling ved enheten - 61% fra Trondheim og 39% fra Orkdal
- 85 % av pasientene som legges inn på etterbehandlingsenheten skrives ut til:
  - hjemmet (ca. 60 %)
  - kommunale korttidsplasser (ca. 10 %)
  - sykehjem (ca. 6 %)
  - andre (ca. 9 %)
- 15 % blir reinnlagt ved St. Olavs Hospital
- Gjennomsnittlig liggetid ca. 11 dager

Observasjons og etterbehandlingsenheten var initialt et prøveprosjekt som er grundig evaluert med overveiende positive resultater. Kvaliteten vurderes som god, og både kommune og helseforetak sparer resurser.

### **Etterbehandlingsavdeling i Bø**

En etterbehandlingsavdeling i Bø kan etableres i en av bogruppene ved sykehjemmet. Avdelingen kan ha 8 plasser i enerom, men oppbyggingen kan skje suksessivt og det er mulig å regulere kapasiteten ved bruk av dobbeltrom.

Under følger vurdering av de momenter som er en del av mandatet til prosjektet.

### **Finansiering**

Etterbehandlingsavdeling i Bø med 8 plasser koster anslagsvis 7 700 000 kr/år å drive. Avdelingen må ha eget budsjett og regnskap. Tilbudet kan ikke finansieres av Bø kommune alene og avdelingen må finansieres med en kombinasjon av kjøp av tjeneste fra de andre Vesterålskommunene og driftstilskudd fra helseforetaket.

Samhandlingsreformen kommer neppe å gi føringer for hvordan etterbehandlingsavdelinger skal finansieres, og det kommer ikke sentrale forskrifter/retningslinjer for finansiering de nærmeste årene. Sykestue er et innarbeidet begrep i Finnmark og der er gitt signaler om at eventuelle retningslinjer for finansiering av avdelinger i grensesnittet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste kommer å gjelde sykestuetilbud og ikke andre alternativer.

Inntil retningslinjer foreligger er kostnadsdeling et forhandlingsspørsmål mellom kommuner og helseforetak.

En løsning kan være at kommunene forskutterer kommunale driftskostnader som periodiseres og fordeles mellom de kommuner som har brukt plassene. Kostnadene for ubrukte plasser dekkes av kommunene i felleskap. Helseforetaket betaler en viss prosentandel av de totale kostnadene.

Investeringskostnadene er relativt små.

### **Behov for tilpassing av lokaler**

Sykehjemmet i Bø er bygget etter bogruppeprinsippet. Det betyr at der er en naturlig inndeling av sykehjemmet som gjør det uproblematisk å integrere et nytt behandlingstilbud. Rommene er store og alle har egen toalett og dusj. Det er mulig å bruke dem som to-sengsrom dersom det er hensiktsmessig. Det er ikke nødvendig med tilpassinger av lokaler.

### **Personell behov og rekruttering**

#### Legetjeneste

Det er svært viktig at det medisinsk faglige ansvaret er definert. Ved Fosen DMS ligger det medisinskfaglige ansvaret hos helseforetaket. Dette er ikke hensiktsmessig i Bø. Legetjenesten i Bø har den nødvendige kompetanse og stabiliteten for å drive en

etterbehandlingsavdeling. Det er nødvendig med daglig visitt ukedager og i tillegg muligheter for telefonkonsultasjoner (tilsvarende tilsynslegeordningen i dag). Behovet for legetjeneste vurderes til 40 % stilling. Dimensjonering av legetjenesten er selvsagt avhengig av antall plasser på avdelingen. (Fosen DMS har 0.60 stilling på 13 plasser). Det er ikke nødvendig med døgnkontinuerlig legetjeneste for drift av en etterbehandlingsavdeling.

### Sykepleiertjeneste

Tilbudet på Fosen DMS er brukt som grunnlag for å vurdere behovet for sykepleier i avdelingen. Det er nødvendig med kompetent sykepleier på vakt til enhver tid.

Dagvakt	2 spl + 1 hjpl
Kveldsvakt	1 spl + 1 hjpl
Nattevakt	1 spl/hjpl + hjelp fra andre avdelinger
Helgevakt	Som i uken men 1 spl + 1 hjpl på dagtid
Totalt antall årsverk spl	4,8
Total antall årsverk hjpl	3,2

### Fysioterapi/Ergoterapi

Rehabilitering er en viktig del av arbeidet ved etterbehandlingsavdeling. Det bør tilknyttes fysioterapeut til avdelingen i ca 30 % stilling. Avtale om fysioterapitjeneste må gjøres med Bø fysikalske institutt, alternativt kan kommunen ansette en kommunal fysioterapeut i 100% stilling. Ergoterapitjenester kan kjøpes av andre kommuner (20 % stilling).

### **Behov for kompetanseheving, herunder opplæring IKT**

Avdelingsleder bør helst være spesialsykepleier, alternativt erfaren sykehjemssykepleier med kunnskap om akuttmedisin  
Alle i avdelingen må kunne akuttmedisinske prosedyrer og vanlig sykepleieprosedyrer så som intravenøs tilgang, kateter, intravenøs behandling, morfinpumpe, total parenteral nutrisjon osv.  
Ytterligere opplæring er nødvendig dersom tilbudet skal omfatte cytostatika behandling og blodtransfusjoner eller andre prosedyrer der primærhelsetjenesten ikke har erfaring.

### **Behov for faglig støtte fra Nordlandssykehuset Vesterålen**

Det er ikke nødvendig med døgnkontinuerlig legetjeneste for å drifte en etterbehandlingsavdeling men det kan være nødvendig med medisinsk faglig og sykepleiefaglig støtte per telefon døgnet rundt. Vesterålen legevakt eller medisinsk avdeling kan brukes til dette. Pasientene har påbegynt behandling på sykehus og det er naturlig at medisinsk avdeling gir medisinsk faglig støtte.

### **Behov for medisinsk utstyr**

Behovet for utstyr er drøftet med overlege Per Kristian Skorpen, medisinsk avdeling Nordlandssykehuset Vesterålen og Gro Marit Villadsen, avd spl ved det samme sykehuset.

Avdelingen skal behandle pasienter som er diagnostisert og der behandling er igangsatt fra sykehuset. Likevel er det nødvendig med noe medisinsk utstyr som muliggjør god oppfølging og monitorering av pasienter. Avdelingen kan selvsagt ha tilgang til utstyr på legekantoret som ligger i underetg. på Bøheimen.

Fosen DMS har en kombinasjon av etterbehandlingsavdeling og observasjonsavdeling (akuttplasser) noe som krever større muligheter for diagnostikk. De har følgende utstyr utover det som en vanlig sykehjemsavdeling har:

1. Blodgass
2. Blodprøve elektrolytter, nyrefunksjon, troponin (hjerteinfarktprøve)
3. Røntgenutstyr
4. Overvåkningsutstyr/defibrillator tilsvarende ambulansetutstyr
5. EKG
6. O<sub>2</sub>-surstoff
7. Sugutstyr
8. Saturasjonsmåler
9. Blærescanner

Ad 1: Prøvetaking av blodgass er ikke nødvendig i en etterbehandlingsenhet.

Ad 2: Troponinundersøkelse brukes for å utelukke hjerteinfarkt. Utstyr som gir anledning til å analysere både troponin og nyrefunksjon/elektrolytter er enkelt å bruke med venøst EDTA blod (ingen sentrifugering) og det kreves ingen forkunnskaper. Personell med laboratoriekompetanse bør ha systemansvar. Troponin er ikke nødvendig, men muligheter for analyse av nyrefunksjon og elektrolytter er nødvendig.

Ad 3: Røntgenutstyr finnes i Bø, men det krever spesialkompetanse for å bruke (radiograf) noe som neppe blir aktuelt

Ad 4: Overvåkningsutstyr/defibrillator er nødvendig i avdelingen. Ambulanse bruker LP12 overvåking. Maskinen koster ca 140000 kr.

Ad 5: EKG finnes allerede på sykehjemmet.

Ad 6: Surstoff er det viktigste akuttmedisinske medikamentet og må finnes tilgjengelig på alle rom. I dag bruker sykehjemmet O<sub>2</sub> flasker ved akutttilstander og konsentrator ved lavere dosering. En veggløsning krever vesentlige investeringer og det vurderes som ikke nødvendig.

Ad 7: Sug finnes allerede på avdelingen, men det er nødvendig med innkjøp av ytterligere utstyr

Ad 8: Saturasjonsmåler er bra for å monitorere pasienter med hjerte-lungesykdom. Finnes som separat utstyr eller koblet med LP12. Sykehjemmet har saturasjonsmåler i dag.

Ad 9: Blærescanner gir mulighet for å vurdere om pasienten har resturin eller blæreretensjon uten kateterisering.

Det utstyret som vurderes nødvendig i en etterbehandlingsavdeling i Bø er:

Utstyr	Innkjøp	Opplæring	Driftskostnad	Ansvar
Lab nyre/elektr	35 000	5 000	10000	Legekontoret
LP12	200 000	50 000 kr	5000 kr	Avdeling
EKG	Finnes	Ikke nødv	5000 kr	Avdeling
02	Konsentrator	Ikke nødv	10000kr	Avdeling
Sug	10 000	Ikke nødv	Marginalt	Avdeling
Blærescanner/UL	80 000	Lite	0	Avdeling
Total:	325 000	75 000	30000	

### **Behov for kommunikasjonsutstyr, herunder IKT løsninger**

Bø kommune har tilgang til videokonferanseutstyr gjennom NAV kontoret som ligger i 2 etg. i helsesenteret. Eventuell veiledning og opplæring av helseforetaket er med andre ord ukomplisert.

Bøheimen bruker i dag Cosdoc journalsystem. Systemet er ikke egnet for legejournal og der er ikke muligheter for tilkobling til helsenettet. Angivelig skal løsninger for legejournal og overføring av epikriser/labsvar være utviklet i juni 2010. Det er nødvendig med nye lisenser og kommunikasjonsmoduler.

### **Vurdering av investeringskostnader**

Der er ikke bygningsmessige investeringer av betydning. Investering i utstyr ligger på omtrent 300 000 kr. IKT krever investeringer på ca 80 000kr

### **Vurdering av driftskostnader**

Driftskostnaden for en avdeling med åtte plasser er ca. 7 700 000 /år, det vil si 2700kr/døgn/plass. Dette samsvarer med kostnadene angitt for lignende avdelinger for eksempel Fosen DMS.

For ytterligere detaljer, se vedlagt Excelfil.

### **Transportkostnader**

Etablering av etterbehandlingsavdeling kommer å medføre noe økt transport av pasienter. Kostnaden for dette dekkes etter dagens ordning av helseforetaket. Kostnaden er avhengig av antall pasienter, hvor de kommer i fra og hvor lenge de blir liggende i avdelingen og er derfor vanskelig å vurdere.

### **Pasientgrunnlag**

Det er svært vanskelig å vurdere i hvor stor grad avdelingen kommer å bli brukt. Det er fremfor alt avhengig av om lokalsykehuset vurderer tilbudet som nyttig for pasientene og om pasientene ønsker å benytte tilbudet. Fosen DMS har 26 000 innbyggere og jeg vurderer at det beste estimatet vi kan få er å bruke tallene fra Fosen som grunnlag.

Med dette som utgangspunkt er det rimelig å tru at ca 120 pasienter/år får tilbud ved avdelingen. Dersom liggetiden er den samme som i Fosen betyr dette ca 1300 liggedøgn det vil si i gjennomsnitt 4 pasienter til enhver tid.

### **Vurdering av interesse fra de øvrige kommunene i Vesterålen, herunder mulighetene for interkommunalt samarbeid**

Saken må løftes til politisk nivå og drøftes i samarbeid med faglig/administrativt nivå.

### **Kommunal organisering**

Etterbehandlingsenheten krever en tydelig og avklart medisinsk faglig ansvar, både når det gjelder pasientbehandling og systemoppbygging. Dette arbeidet må utføres av lege. Det er naturlig at sykehjemslege får denne oppgaven. Det betyr at tilsynslegetjenesten må forsterkes med 50 %. I dag har vi 40 % stilling som tilsynslege. Bø kommune bør vurdere å ansette en person i stillingen som sykehjemslege i minst 80 % stilling for å ivareta både sykehjem og etterbehandlingsavdeling. Allmennleger er avhengig av kurativ praksis for å få, eller opprettholde sin spesialitet i allmennmedisin og det kan bli vanskelig å rekruttere en lege i hel stilling.

Etterbehandlingsenheten må ha eget budsjett, regnskap og ledelse. Det administrative ansvaret for driften av avdelingen bør innehas av person som er vant med drift av sykehjemsavdeling både økonomisk og personellmessig.

Drift av avdelingen krever samhandling med resten av sykehjemmet på personellsiden. Leder må ha tydelig og avgrenset mandat fremfor alt når det gjelder styring av personellressurser og innleie av vikar.

Avdelingen bør med andre ord organiseres som en egen avdeling under pleie- og omsorgsavdelingen. Avdelingslederen bør sidestilles med de andre avdelingslederne.

### **Vurdering av mulighetene til å etablere en etterbehandlingsavdeling**

Det er faglig ukomplisert å etablere en etterbehandlingsavdeling i Bø. Investeringskostnadene er moderate og opplæringsbehovet er beskjedent.

Forutsetningen for etablering er interkommunalt samarbeid og avtale med sykehuset. Økonomien i tiltaket er avhengig av hvilke avtaler som er mulig å forhandle frem med de øvrige kommunene i Vesterålen og med Nordlandssykehuset HF.

### **Vurdering av andre muligheter**

Det er faglig ukomplisert å etablere andre tilbud om ønskelig. PreOb-enhet krever noe utstyr og kompetanseheving men antall plasser er begrenset. Kommunal rehabiliteringsavdeling krever noe økte personellressurser i form av fysioterapi- og ergoterapitjenester. Etablering av en rehabiliteringsavdeling forutsetter at de øvrige Vesterålskommunene kjøper plasser fra Bø kommune.

Spesialistrehabiliteringsavdeling krever at sykehuset er villig til å betale i sin helhet for tjenesten. Det nye sykehuset skal ha rehabiliteringsplasser og det er lite sannsynlig at de velger en løsning i Bø før de har erfart behovet for plasser utenom sykehuset.

Under arbeidets gang ble det tydelig at en ren etterbehandlingsavdeling er ukomplisert å etablere, men at dette likevel ikke kan anbefales.

- Tall fra Fosen tilsier at en etterbehandlingsavdeling med åtte plasser i Vesterålen kan være overdimensjonert i hvert fall initialt. Etablering av akutt-plasser i tillegg øker pasientgrunnlaget og gir bedre økonomi. I praksis snakker vi da om en sykestue.
- Sterke signaler fra HOD, Helsedirektoratet og Helseforetaket tilsier at sykestue er den løsningen som kommer å bli anbefalt. Bø kommune har kompetanse og erfaring nok i dagens organisasjon for å etablere sykestuetilbud.

Prosjektgruppen ble derfor enig om at arbeidet utvides til å også omfatte utredning av et sykestuetilbud i Bø. Arbeidet ble utført av Anders Svensson med de rammene som arbeidet med etterbehandlingsavdeling.

## **Etablering av sykestue i Bø**

### **Beskrivelse av sykestuetilbud i Finnmark**

#### Sykestue er hjemlet i lov om sykehus

Sykestua er en institusjon som opprinnelig var hjemlet i lov av 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus. Sykehusloven definerte sykestuer slik: «Medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke hensiktsmessig kan foretas i sykehjem, men som ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig.»

#### Stor variasjon i størrelse og tilbud i går og i dag

Innenfor den opprinnelige driften av sykestuene var det medisinske ansvaret distriktslegens, og denne drev langt på vei etter selvstendig faglig vurdering. I mellomperioden og fram til i dag har det antagelig utviklet seg litt tilfeldige, kommunale praksiser på bruk av plassene, avhengig av dekningsgrad og stabilitet og kvalifikasjoner hos helsepersonellet, samt presset på de ulike typene institusjonstilbud i kommunen: Fast sykehjemsplass, avlastningsplass, akutt-plasser ved sykehjemmet pga medisinske behov hos den syke og tilgang på regulær sykestueplass. På 90-tallet har i tillegg kommet økte krav om kommunale rehabiliteringsplasser ved institusjonene.

For framtida vil nok oppgavene i større grad enn tidligere være pre- og posthospital rehabilitering. Ofte enn tidligere vil det være tale om rask innleggelse på sykehus for utredning og diagnostikk, og rask tilbakesending til primærhelsetjenesten for å gjennomføre et avtalt behandlingsopplegg. Men her kan det nok være grunnlag for å skille noe i funksjoner mellom sykehusnære enheter og enheter med lang vei til sykehus.

I 1972 fantes det 1005 sykestuesenger i landet fordelt på 64 institusjoner og alle fylker. I 1994 var det kun 171 slike senger tilbake (1). I dag har Finnmark 40 sykestueplasser fordelt på 16 kommuner. De fleste sykestuer har en plass, men noen er større (Alta).

<b>Kommuner</b>	<b>Antall plasser</b>	<b>Sykepleier i aktiv vakt 24/7</b>	<b>Fast daglig</b>	<b>Celleteller</b>	<b>LAF-benk</b>	<b>Rapportering til HF</b>
Alta	9	Ja	Ja	Ja	Ja	Standardisert skjema
Berlevåg	1	Ja	Nei	Ja	Ja	Eget skjema
Båtsfjord	2	Ja	Nei	Ja	Ja	Eget skjema
Gamvik	1	Ja	Ja	Nei	Nei	Eget skjema
Hasvik	1	Nei	Nei	Ja	Nei	Standardisert skjema
Karasjok	4	Ja	Nei	Ja	Nei	Standardisert skjema
Kautokeino	3	Nei	Nei	Nei	Ja	Standardisert skjema
Lebesby	1	Ja	Nei	Nei	Ja	Standardisert skjema
Loppa	1	Ja	Nei	Ja	Ja	Standardisert skjema
Måsøy	1	Nei	Nei	Ja	Ja	Standardisert skjema
Nesseby	1	Ja	Nei	Nei	Nei	Eget skjema
Nordkapp	3	Ja	Ja	Ja	Ja	Standardisert skjema
Porsanger	2	Ja	Nei	Ja	Ja	Standardisert skjema
Tana	2	Ja	Nei	Nei	Nei	Nei
Vadsø	6	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei
Vardø	2	Ja	Nei	Ja	Nei	Eget skjema
<b>Sum</b>	<b>40</b>	<b>13/3</b>	<b>4/12</b>	<b>11/5</b>	<b>10/6</b>	

(LAF-benk har særskilt avtrekksvifte og brukes ved tilberedning av cellegiftkurer).

### Sykestuepasienten

Sykestuepasienten kan inndeles i følgende grupper:

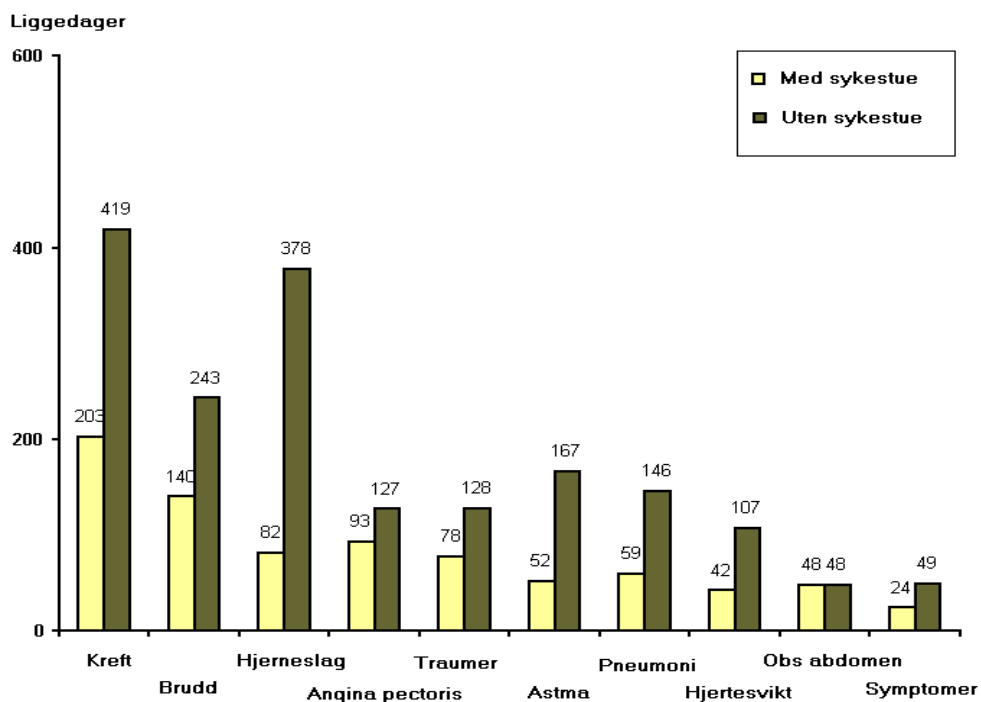
- Pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp fra hjemmet og ferdigbehandles på sykestua
- Pasienter som innlegges elektivt fra hjemmet (planlagte innleggelser)
- Pasienter overflyttet fra sykehus utgjør den største gruppen i registreringen vurdert mot antall liggedøgn
- Pasienter som skal innlegges sykehus og håndteres på sykestua i påvente av forsvarlig transport

De fleste pasienter som får behandling ved sykestuene i Finnmark er eldre personer med kroniske lidelser og kreftpasienter. Disse gruppene forventes å øke i fremtiden og det er lite sannsynlig at spesialisthelsetjenesten er i stand til å gi disse gruppene et godt tilbud uten hjelp fra kommunene.

### Resultatene for sykestue er gode

Sykestuene i Finnmark gir god behandling av pasientene. Ivar Aaras, fra UiTø har skrevet en doktorgrad om bruk av sykestue i Finnmark og han viste at de kommuner som har sykestue bruker lokalsykehuset i vesentlig mindre grad enn de kommuner uten sykestue. I tillegg har Erik Langfeldt, fastlege i Honningsvåg, dokumentert at Nordkapp kommune bruker vesentlig mindre spesialisthelsetjeneste enn andre kommuner i Finnmark. Han tilskriver dette deres sykestuetilbud, enda det bare er på tre plasser.

Fig.1



I 2005 gjaldt 47 % av liggedøgnene ved sykestuene i Finnmark overføringer av pasienter fra sykehus, det vil si etterbehandlingsplasser. Av de 185 pasientene dette omfattet (Vest-Finnmark), ble kun 15, dvs. 8.1 %, utskrevet fra sykestue til sykehjem. De øvrige ble utskrevet til hjemmet. Dette er i samsvar med tall fra Fosen DMS.

#### Helse Finnmark ønsker en bedre, mer systemisert sykestue

I dag er der 40 sykestueplasser fordelt på 16 kommuner i Finnmark. Sykestuene i Finnmark er forskjellige og har anledning til å tilby forskjellig behandling og oppfølging.

Helse Finnmark ønsker en sykestuefunksjon med klarere retningslinjer og krav. I 2007 ble en rapport om sykestuefunksjonen i Finnmark publisert. Denne legger føringer for sykestuefunksjonen i Finnmark men også for eventuell etablering av sykestuen i andre deler av landet, fremfor alt i Helse Nord.

Man mener i rapporten at sykestuefunksjonen bør være en desentralisert spesialisthelsetjeneste der helseforetaket har systemansvar. Helseforetaket kan stille krav om organisering og drift og sikre at disse oppfylles. "Samtidig må foretaket bidra til at vertskommunene økonomisk og kompetansemessig kan oppfylle kravene."

I rapporten spesifiseres krav til bemanning og kompetanse:

- Sykepleier på aktiv vakt døgnet rundt
- Avklart hvilken lokal lege som har ansvaret for pasientene til enhver tid
- Organiseringen må muliggjøre telemedisinsk visitt

- Dokumentasjon må føres i henhold til kravene (de anbefaler bruk av DIPS-helseforetakets journalsystem)
- Tilstrekkelig fysioterapitjeneste som muliggjør tverrfaglig tilnærming

Når det gjelder utstyr bør avdelingen ha nødvendig akuttmedisinsk utstyr, samt celleteller og mulighet for analyse av nyrefunksjon og elektrolytter.

Alle sykestuer bør kunne gi cytostatika og bør derfor ha lokaliteter og utstyr som muliggjør dette. (avtrekk på medisinrom).

Faggruppen mener at det er geriatriske pasienter og kreftpasienter som i særlig grad vil kunne nyttiggjøre seg et fremtidig sykestuetilbud. Dette er grupper som vil øke i antall de kommende år og som sykehusene i begrenset grad vil kunne håndtere på en optimal måte.

Det er ikke bestemt hvordan fremtidens sykestue skal organiseres og finansieres. En modell der sykestuene drives av kommunene der helseforetaket bidrar med medfinansiering er sannsynlig.

### **Beskrivelse av sykestue i Bø**

I den videre teksten er sykestue definert som en kombinasjon av akutt plasser og etterbehandlingsavdeling.

### **Pasientgrunnlag og omfang**

#### Akutt plass/PreOB-enhet

Alle pasienter som legges inn på sykestue må vurderes av lege før innleggelse. Geografien tilsier derfor at sykestuen i Bø kan ta mot akutte pasienter fra i lokal legevaktsåpningstid, det vil si mandag til torsdag fra 08-21 og fredager fra 08-16.

Det er forsvarlig å drive en akuttavdeling uten døgkontinuerlig legevakt dersom sykestuen har maksimalt to plasser og pasientene er vurdert av fastlege før innleggelse. Bø kommune har tidligere hatt akutt plass og denne var mye brukt. Det er naturlig nok vanskelig å vurdere hvor mye to akutt plasser kan bli brukt. Behovet er tilstede men om tilbudet blir brukt er avhengig av om fastlegene mener at tilbudet er godt og er det beste alternativet for pasienten. God kvalitet er derfor helt avgjørende.

#### Etterbehandlingsavdeling

Etterbehandlingsavdelingen driftes på samme vilkår som beskrevet i utredningen av etterbehandlingsavdelingen, det vil si at pasientene skrives ut fra helseforetaket for videre behandling og rehabilitering. Denne funksjonen kan omfatte pasienter fra hele Vesterålen. Omfang og pasientgrunnlag er beskrevet tidligere.

#### Poliklinisk behandling

Poliklinisk behandling er ikke aktuell i oppstartsfasen da avstanden til lokalsykehus er overkommelig. Tilbudet kan likevel bli aktuelt senere, når samhandlingsreformen blir gjennomført.

## **Finansiering**

En sykestue har samme kostnadsramme som etterbehandlingsavdeling, det vil si ca. 7 700 000 kr/år for åtte plasser.

Finansieringen må skje gjennom direkte avtale mellom helseforetaket, deltakende kommuner og Bø kommune.

Nordlandssykehuset HF skal etablere PreOb-enheter i Salten og Meløy i tillegg til eksisterende tilbud i Steigen kommune. Avtaler er ikke forhandlet frem men disse avtalene kan brukes som grunnlag for forhandlinger med Nordlandssykehuset ved etablering av sykestue i Bø.

## **Behov for tilpassing av lokaler**

Det er ikke nødvendig med tilpasninger av lokaler.

## **Personell behov og rekruttering**

Uendret

## **Behov for kompetanseheving, herunder opplæring IKT**

Drift av sykestue krever at sykepleiene er trygge på akuttmedisinske prosedyrer og vurderinger. Det er derfor nødvendig med god opplæring, kontinuerlig trening, og eventuelt hospitering på intensiv- eller akuttmedisinsk avdeling.

## **Behov for faglig støtte fra Nordlandssykehuset Vesterålen**

Dersom man skal legge rapporten om sykestue i Finnmark til grunn så må det etableres et forpliktende samarbeid med Nordlandssykehuset med bruk av videokonferanse. Dette er ukomplisert da NAV har videokonferanseutstyr som kan brukes.

## **Behov for medisinsk utstyr**

Celleteller kommer i tillegg til utstyr beskrevet i utredning om etterbehandlingsavdeling. Det nye sykehjemmet i Bø var planlagt med egnet rom for blanding av cytostatika med utsug, men dette har ikke kommet på plass enda. Kostnaden for dette er derfor ikke tatt med i vurdering av investeringskostnad.

Investeringskostnaden for medisinsk utstyr er omtrent 425 000 kr

## **Behov for kommunikasjonsutstyr, herunder IKT løsninger**

Sykestuene i Finnmark er anbefalt å bruke journalsystem til helseforetaket, DIPS. Bø kommune er koblet opp mot helsenettet og det er teknisk ukomplisert å koble seg opp mot helseforetakets journalsystem.

Valg av løsning avhenger av hvilken rolle helseforetaket skal ha. Dersom helseforetaket skal ha systemansvar som anbefalt i rapporten fra Helse Finnmark, bør sykestuen bruke sykehusets

journalssystem. Dersom Bø kommune har systemansvar og helseforetaket får en mer perifer rolle i driften av sykestuen bør sykestuen bruke eksisterende journalssystem

### **Vurdering av investeringskostnader**

Medisinsk utstyr	425 000 kr
IKT	80 000 kr

### **Vurdering av driftskostnader**

Driftskostnaden for en avdeling med åtte plasser er ca. 7 700 000 /år, det vil si 2700kr/døgn/plass. Dette samsvarer med kostnadene angitt for lignende avdelinger for eksempel Fosen DMS.

For mer detaljerte informasjon se vedlagt Excel.

### **Transportkostnader**

Ingen endring

### **Pasientgrunnlag**

Dersom akutt plassene blir brukt av Øksnes og Bø kommune og etterbehandlingsavdelingen blir brukt av all Vesterålskommunene bør gjennomsnittsbelegget være 6/8 plasser.

### **Vurdering av interesse fra de øvrige kommunene i Vesterålen, herunder mulighetene for interkommunalt samarbeid**

Saken må også her løftes til politisk nivå og drøftes i samarbeid med faglig/administrativt nivå.

### **Kommunal organisering**

Helse Finnmark har systemansvar for sykestuene i Finnmark. Det er ikke sikkert at Nordlandssykehuset ønsker en slik løsning. PreOb-enheten i Steigen drives i sin helhet av Steigen kommune, med økonomisk støtte fra Nordlandssykehuset

Sykestue krever, som en etterbehandlingsavdeling tydelig og avklart medisinsk faglig ansvar, både når det gjelder pasientbehandling og systemoppbygging. Dette arbeidet må utføres av lege. Det er naturlig at sykehjemslege får denne oppgaven. Det betyr at tilsynslegetjenesten må forsterkes med 50 %. I dag har vi 40 % stilling som tilsynslege.

Bø kommune bør vurdere og ansatte en person i stillingen som sykehjemslege i minst 80 % stilling for å ivareta både sykehjem og etterbehandlingsavdeling. Allmennleger er avhengig av kurativ praksis for å få, eller opprettholde sin spesialitet i allmennmedisin og det kan bli vanskelig å rekruttere en lege i hel stilling.

Det er avgjørende at det er et tydelig skille mellom etterbehandlingsavdelingen og akutt plassene. Akutt plassen MÅ disponeres av legevaksleleger alene. En slik ordning beskytter

plassene fra overbelegg av pasienter som har behov for pleie- og omsorgstjenester og ikke medisinsk behandling/observasjon.

Sykestuen må ha eget budsjett, regnskap og ledelse. Det administrative ansvaret for driften av avdelingen bør innehas av person som er vant med drift av sykehjemsavdeling både økonomisk og personellmessig.

Drift av avdelingen krever samhandling med resten av sykehjemmet på personellsiden. Leder må ha tydelig og avgrenset mandat fremfor alt når det gjelder styring av personellresurser og innleie av vikar.

Sykestuen bør med andre ord organiseres som en egen avdeling under pleie- og omsorgsavdelingen. Avdelingslederen bør sidestilles med de andre avdelingslederne.

### **Anbefaling av styringsgruppen til Bø kommune og forslag til tiltak og videre arbeid.**

Bø kommune kan etablere en sykestue med akutt plass og etterbehandlingsavdeling uten store investeringer. Styringsgruppa anbefaler Bø kommune å utrede muligheten for å etablere en sykestue i kommunen i samarbeid med Nordlandssykehuset HF. Man bør søke samarbeid med Øksnes kommune for akutt plassfunksjonen og med alle kommuner i Vesterålen for etterbehandlingsavdelingen.

Denne rapporten bør behandles politisk og politiske organer må vurdere hvordan man best kan etablere et interkommunalt samarbeid. Administrativ/faglig kontakt med berørte kommuner bør skje parallelt med politisk drøfting.