



Et verdiskapingsprogram

Fagrapport

Nr. 4. Hytter og helse



«Hytter og Helse»

Et grunnlag for en tiltaksbeskrivelse for å styrke et mulighetsrom for Valdres-kommunene og de som holder til der.

Et drøftingsnotat til hytteprogrammet Hytte i Valdres» i regi av Valdres Næringshage høsten 2013

*Utarbeidet av
Bjørn Mathiesen, Fornebu Consulting
på oppdrag fra programmet*

«Ettersom de viktigste grunnene for folk til å ha hytte er friluftsliv, rekreasjon og naturkontakt, er det nærliggende å mene at hyttelivet i stor grad er bra for folks helse»

Bjørn Kaltenborn i innledning til NINA rapport 39 fra 2005: Holdninger til hytteliv og utvikling av hytteområder, rapport fra en spørreundersøkelse hvor bl.a. hytteeiere fra Vestre Slidre deltok

«Valdres skal fremstå som den ledende regionen i Norden innenfor forebygging, behandling, rehabilitering og helseturisme.»

Fra måldokumentet til Arena Helse i Valdres

Et sammendrag

Forbindelseslinjen mellom hytte og helse oppleves som selvfølgelig og godt begrunnet for de fleste nordmenn. Å dra til og tilbringe tid på hytta er for store deler av befolkningen opplevd som helsebringende, både i kraft av sine sosiale og trivselsmessige kvaliteter som hyttelivet har for mange, og ved de særlige og brede muligheter det gir for mosjon og friluftsliv året rundt.

Vertskommunene i Valdres er blant landets betydeligste hyttekommuner, hvor det finnes flere hytter eller fritidsboliger enn det finnes fastboende. En gjennomgående høyere standard på hyttene gjør at hyttene blir helårs fritidsboliger eller «second homes», noe som utløser til dels langt mer omfattende bruk av hyttene året igjennom. Strøm, vann/avløp og kjørevei helt frem ligger til rette for at hyttebrukere med behov for hjemmesykepleie f.eks. kan få det på hytta like godt som hjemme. Hytteeierne blir – som befolkningen ellers - stadig eldre og har både tid og tilstrekkelig helse til å bruke hytta stadig mer. Og det gjør de.

For kommunene har sammenhengen mellom hytte og helse en rekke perspektiv og konsekvenser. Noen av dem har vært adressert i noen år allerede og andre inviterer nå til grundigere refleksjon og tilrettelegging. Blant disse perspektivene er de følgende blant de fremste:

- Hytte-relatert næring overstiger i dag 50 % av verdiskapingen i Valdres-kommunene
- Hytteutbyggingen har vært lokket av tilgang til helsebringende friluftsliv - når vil utbyggingstakten og –konsekvensene i seg selv true tilgangen på slike arealer og kvaliteter?
- Hyttebruker har etter lov og forskrifter krav på helse- og omsorgstjenester like mye på hytta som hjemme:
 - Hvordan planlegger kommunene i Valdres for denne etterspørselen?
 - Hvordan sikrer kommunene at de har den nødvendige kapasitet og kvalitet i sine omsorgstjenester, når dimensjoneringen av slike tjenester oftest skjer på grunnlag av folkehelseføringene hos den fastboende befolkningen?
- Valdres-regionen rommer et knippe private helseinstitusjoner og rehabiliteringsbedrifter, som tilbyr spesialiserte helsetjenester til både offentlige og private kjøpere på nasjonal basis – hvordan kan hyttebefolkningen både bidra til og utvide markedet for disse bedriftene?
- De helserelevante tjenestevolumene fra hyttebefolkningen – på hvilken måte kan de gi grunnlag for et utvidet tjenestetilbud og kompetansemiljø i forhold til hva kommunene ellers vil kunne ta ansvar for og vedlikeholde?
- Hvilken rolle mener aktørene at såkalt velferdsteknologi kan ha i dette nye bildet av helsetjenester både for fastboende og for hyttebefolkningen i Valdres?

Med dette drøftingsnotatet ønsker Hytteprogrammet å sette søkelys på denne utviklingen, og ikke minst peke på de muligheter som dette gir Valdres-regionen som en fortrukket og ledende hytte region nasjonalt og nordisk. Vi tror at partnerskapet med hyttebefolkningen og –brukeren er en nøkkel til å lykkes med utviklingen av Valdres-regionen til å bli ledende region for forebyggende helseturisme. Denne rapporten peker på nye arenaer og samhandlingsløsninger for å få det til, og er ment som et drøftingsnotat for utviklingsdialoger med den enkelte kommune, de private rehabiliteringsbedriftene og med representanter for hytteeierdemokratiet i Valdres-regionen.

Innholdsfortegnelse

Et sammendrag	2
Innholdsfortegnelse.....	3
Hytteutviklingen i Valdres som en av landets ledende hytteregioner	4
Hytteeierens folkeregistrerte bosted – hvor er det?	5
Hytte og helse – hva vet vi på nasjonalt nivå?	6
Hytte og Helse i Valdres – noen generelle forutsetninger og føringer.....	7
Hyttebefolkningens helse og omsorgsrettigheter på hytta – hvilke er de?	8
Ut fra Helse og omsorgstjenesteloven	8
Ut fra Pasientrettighetsloven	9
Kommunenes forpliktelser av dette.....	10
Konsekvenser for kommunenes dialog med hytteeierne?	10
Hva påvirker Valdres- kommunenes evne til å løse omsorgsoppgaven?	11
Hyttekommunenes økte risiko når en aldrende hyttebefolkning telles med	13
Hvordan dekke inn merkostnaden for kommunene?.....	13
Synliggjøre akuttberedskapen i forhold til hyttebefolkningen	15
Hvilke arenaer og plattformer er nyttige for å avklare helserelatert ansvar og tjenester i forhold til hytteeiere/ og -brukere?	16
Et riss av noen nøkkelstrategier:	18

Hytteutviklingen i Valdres som en av landets ledende hytteregioner

Alle de seks Valdres kommunene befinner seg blant de drøyt 40 norske kommunene som har flere hytter enn innbyggere. Ved utgangen av 2012 hadde Valdres 18013 fastboende og hadde 17516 hytter. I tillegg regner en mer enn 2500 leiligheter og spikertelt, til sammen cirka 20 000 enheter. Fordelingen mellom de enkelte kommuner kan veiledende ses av tabellen på side 6 nedenfor.

Forskningen på dette området tegner bildet av en hytteutbygging som har skjedd i ulike 10-års bølger, i hovedsak over de siste 50-60 årene, med ganske ulike drivere kulturelt, plan- og reguleringsmessig og økonomisk:

«Variasjoner etter tidsepoke»

- 1960-tallet – Hyttevekst og planutvikling
- 1970-tallet – Forflytning av veksten og skeptiske kommuner
- 1980-tallet – Fra «ja-fase» til restriksjoner
- 1990-tallet – Boligstandard og utvikling av fjellandsbyer
- 2000-tallet – Ivrigt kommuner og skeptisk stat

ØF-rapporten om Second Homes, s41 fig

Selv om dette bildet reflekterer nasjonale trender, legger vi til grunn at denne utviklingen også speiler utviklingen av hyttebebyggelsen og –befolkningen i Valdres-kommunene. Det som preger utviklingen i de større hyttekommunene spesielt er fremveksten av fritidsboliger – helårsboliger av høy standard – som ikke bare brukes til rekreasjons- og fritidsformål, men som såkalte «Second Homes»; Hyttene endrer karakter fra å være ferie- og rekreasjonssted i kortere eller lengre perioder til å bli «til og fra boliger» som det heter i rapporten fra Agderforskning referert til nedenfor.

«Second Home»-fenomenet er forholdsvis bredt beskrevet og analysert i en toneangivende undersøkelse: Østlandsforsknings norske bidrag til en nordisk undersøkelse i 2011 om [Second Homes i Norge](#) (ØF-rapport nr 1/2011. Der pekes det på at «Den mest avgjørende faktoren for den samlede bruken av fritidsboligene er i hvilken grad det er a) mulig standardmessig og b) attraktivt å bruke fritidsboligen vinterstid. Uten at det er referert her, viser så godt som alle slike undersøkelser helt fra tidlig 1980-tall at brukstida sommerstid har relativt små variasjoner rundt 20-25 døgn, mens variasjoner i vinterbruk langt på veg også bestemmer variasjoner i samlet bruk.»

Rapporten viser til hvordan nye former for organisering av fritid og arbeidsliv også kan spille inn; «Det er særlig «oljeturnus» med lange sammenhengende arbeids- respektive friperioder som i større grad vil bidra til å frikoble bosted og arbeidssted.» (s 27). I samband med dette er det også relevant å løfte fram et stort og økende antall «deltidspensjonister» med aktivitetsmønstre som disponerer for det samme. Ønske om å kunne være på hytta og likevel kunne holde kontakten med jobben, forutsetter god teknisk standard som muliggjør bruk av elektrisk og elektronisk utstyr. På sin måte vil derfor mange av de nyere hyttene også ha en kommunikasjonsmessig infrastruktur som også kan være et aktivum fremover i forhold til nye måter å kunne levere helserelaterte tjenester på, og derved ytterligere gjøre det mulig å oppholde seg på hytta lenger.

Andre studier bekrefter at vi står overfor et massivt omfang mht slik endret bruk av bolig / «second home» - det gjelder store deler av befolkningen i Norge: [Bygdeforskning sin studie av fritidsbustadbruk](#) (Valla, notat 2011) viser at «55 prosent av norske hushald kan karakteriserast som fritidsbustadbrukarar (eig fritidsbustad sjølv åleine eller saman med andre, eller disponerer fritidsbustad. Fritidsbustadbrukarane har ein gjennomsnittsalder på 50 år. Farstad mfl. (2009, 2008) finn at det er ca 50/50 når det gjeld fritidsbustadbrukarane sin primære bustad (by eller land – men her kan 'land' vere i ein meir urban region). Fleirtalet (72 prosent) av fritidsbustadbrukarane har 3 timar eller kortare køyretid til fritidsbustaden, og det var tilbrakt gjennomsnittleg 36 dagar i fritidsbustaden i løpet av 2007. 23 prosent brukte fritidsbustaden mellom 41 og 100 dagar. 25 prosent kunne tenkje seg å busette seg permanent i fritidsbustadkommunen, og ytterlegare 25 prosent kan tenkje seg å busette seg der i delar av året (må her ta høgde for at nokon av desse allereie har fast bustad i kommunen dei har fritidsbustad i). 70 prosent av fritidsbustadbrukarane er yrkesaktive. Undersøkinga synes å stadfeste at dei som har høve til å arbeide frå fritidsbustaden også er dei som brukar fritidsbustaden mest.»

Hytteieierens folkeregistrerte bosted – hvor er det?

Fra Valdres næringshage sin Fagrapport nr 2 (2013) har vi sakset det følgende:

Tabellen er basert på en adressesortering av 17 039 hytteeiere foretatt med basis i registrene kommunene bruker til innkreving av renovasjonsavgift.

Område	Ant	%
Totalt	17039	100,00 %
Oslo	4134	24,26 %
Akershus	6270	36,80 %
Østfold	1064	6,24 %
Vestfold	442	2,59 %
Buskerud	1369	8,03 %
Telemark	86	0,50 %
Sørlandet	98	0,58 %
Sør- Vestlandet	50	0,29 %
Sogn og Fjordane	325	1,91 %
Hordaland	529	3,10 %
Møre og Romsdal	13	0,08 %
Hedmark	352	2,07 %

Oppland - Valdres	1544	9,06 %
Valdres	589	3,46 %
Trøndelag	88	0,52 %
Nord Norge + Svalbard	62	0,36 %
Skandinavia	12	0,07 %
Europa for øvrig	8	0,05 %
Nord Amerika	2	0,01 %
Asia og Afrika	2	0,01 %

Tabellen viser at om lag 75% av alle som eier hytte i Valdres er bosatt rundt Oslofjorden, I underkant av 10% bor i Oppland utenom Valdres, mens ca. 3,5% er bosatt i Valdres.

Hytte og helse – hva vet vi på nasjonalt nivå?

Den mest representative og spisseste studien om dette nasjonalt synes å være arbeidet som [Agderforskning](#) gjorde våren 2010 på oppdrag fra KS: ”Pleie- og omsorgstjenester for hytteboere” Utredningen analyserer folkehelseutviklingen og drøfter fokuserte primært på finansieringsordninger for disse tjenestene og på hvordan en kan skaffe tilstrekkelig kvalifisert personell. Utrederne legger til grunn at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil også øke i fremtiden, og viser til flere grunner til dette, hvor de viktigste er:

- Økning av sykdommer og kroniske helsetilstander
- En aldrende befolkning (eldrebølgen)
- Restrukturering av primærhelsetjenesten (Samhandlingsreform)
- Økte krav til kvalitet av tjenester
- Økt bruk av fritidseiendommer, spesielt av eldre
- Økt bevissthet i befolkningen om rettigheter

Med grunnlag i spørreundersøkelser blant de større hyttekommunene på Østlandet beskrives utviklingen slik: Hyttene endrer karakter fra å være ferie- og rekreasjonssted i kortere eller lengre perioder til å bli ”til og fra boliger”. Ved en slik utvikling vil en kunne oppleve at eldre mennesker bor så lenge det er mulig på hyttene sine der hyttekommunene har bedre helsetilbud enn hjemkommunen med de utfordringene dette kan bli for hyttekommunene. Bygging av fritidsboliger har hatt en aggregert vekst på 14 prosent siden 2000 og det forventes en ytterligere vekst de neste 10 årene. Dataene for store hyttekommuner avdekker i tillegg en klar tendens til at det ytes helsehjelp til flere fritids- og hytteboere. Det er en klar tendens til at hyttene brukes stadig lengre i takt med endring i arbeids- og fritidsmønster og med økende standard på fritidsboligene. Det er også en tendens til større grad av ”permanent bosetning” i fritidsboligene uten at det meldes flytting til folkeregisteret. « (Agderforskning, side 70).

På generelt grunnlag forsterker [Samhandlingsreformen](#) forventningene til kommunens helse- og omsorgstjenester, både fra brukerne og fra sentrale, lovgivende myndigheter. Den er drevet fram av tre utviklingstrekk ved folkehelsen i Norge:

1. Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester
2. Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom.
3. Utviklingen av demografi og sykdomsbilde, med store forskyvninger fra yrkesaktive til ikke-yrkesaktive/behandlings- og pleietrengende, som gir tilsvarende store utfordringer for helse- og omsorgssektoren.

For kommuner med en betydelig forekomst av hytter/fritidshus for helårs bruk, vil den gruppen av brukere og mottakere av lokale omsorgs- og beredskapstjenester forsterke utfordringene ved utviklingstrekkene 1 og 3, mens de hytterrelaterte ressursene må antas å representere en betydelig og nasjonal ressurs i forhold til å møte utviklingstrekk nr 2 ved å bidra til å fornye og styrke innsatser for å begrense og forebygge sykdom.

På nasjonalt nivå introduserte [Hagenutvalget](#) i 2011 den såkalte «[andre samhandlingsreformen](#)» som bredt adresserer de muligheter som teknologi, herunder såkalt «velferdsteknologi» kan gi for understøttelse og effektivisering av omsorgstjenester, på tvers av aktørene i verdikjedene. Gjennom Helsedirektoratets [Fagrapport](#) fra juni 2012, Stortingsmeldingen [Morgendagens Omsorg](#) fra april 2013 og direktoratets tildelinger av en pott på 29 millioner til utplassering av «trygghetspakker» er det skapt et betydelig moment i forhold til å ta slike løsninger i bruk. Dagens løsninger kan – sammen med de andre brede initiativene som er tatt for nasjonale eHelse-løsninger - på en særlig måte skape bedre tjenesteproduktivitet og sikre tjenestekvalitet for brukere som i kortere eller lengre tid bor på hytta. Vi tenker da på initiativ som eResept og Kjernejournal-prosjektet.

Hytte og Helse i Valdres – noen generelle forutsetninger og føringer

Hytteieernes alder gir en viktig pekepinn mht. bruken av hyttene og i neste omgang hva slags utvikling av helse og omsorgsbehov en kan forvente blant hytteboerne. I Agderforskning sin grunnleggende undersøkelse for KS fra 2010, forelå følgende nøkkeltall fra Valdreskommunene (s 36):

Kommune	Innbyggertall	Antall fritidsboliger			Aldersfordeling eiere, %	
		Total	Eiet av utenbygds		45-50 år	over 60 år
Sør-Aurdal	3194	3798	2960	78 %	32	46
Etnedal	1394	2204	1971	89 %	28	46
Nord-Aurdal	6388	5001	3675	73 %	40	39
Vestre Slidre	2212	3022	2555	85 %	40	37
Øystre Slidre	3166	3828	2965	77 %	33	44
Vang	1591	2015	1417	70 %	39	41

Undersøkelsen kommenterer: «Tabellen viser også at en relativ stor andel av fritidseiendommene eies av personer over 60 år, delvis opp til 50 prosent. Forskningen viser i tillegg at det etableres

følelsesmessige relasjoner til hytten og det kan derfor antas at mange eldre ønsker å tilbringe mer tid i hyttekommunen. Ulik aldersmessig eierskap vil føre til ulike utviklingsforløp i kommunene.»

Hyttbefolkningens helse og omsorgsrettigheter på hytta – hvilke er de?

Ut fra Helse og omsorgstjenesteloven

Det heter i § 3.1 at «Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.» Det heter videre at «Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne.

Loven konkretiserer hvilke nødvendige helse- og omsorgstjenester som skal tilbys, og i det følgende er disse listet opp i hht lovens beskrivelser. I tabellen er disse også kommentert med henblikk på antatt relevans for hyttbefolkningen:

Tjenestekategori	Relevans for hyttbefolkningen	Spesielle utfordringer eller muligheter for hyttebrukere
1. Helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder: a. helsetjeneste i skoler og b. helsestasjonstjeneste	Som hoved ambisjon meget relevant, hyttebruk inviterer til helsebringende mosjon og aktivitet for de fleste Hyttbefolkningen kan også gi lokalbefolkningen et bedre tilbud enn de ellers ville hatt, f.eks. med ski- og turløyper, m.m.	Hyttekonteksten er en særlig mulighet for å realisere forebyggende helsetiltak Et helt nytt tjenestetilbud av forebyggingskarakter, med feste i Valdres
2. Svangerskaps- og barselomsorgstjenester	Relevant som beredskap, sjelden som sted å få helhetlige svangerskapsoppfølging	Trygghet ved beredskap
3. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder: a) Legevakt b) Heldøgns medisinsk akuttberedskap og c) Medisinsk nødmeldetjeneste	Helt på linje med de som er fastboende i kommunen	Inviterer lokal informasjon om hvor en skal henvende seg
4. Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning	Normalt ikke relevant	Oppmuntre hyttefolk til å velge fastlege i Valdres som indirekte måte å bygge kapasitet på i «helsecluster Valdres»

Tjenestekategori	Relevans for hyttebefolkningen	Spesielle utfordringer eller muligheter for hyttebrukere
5. Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering	Kan representere en meget verdifull habiliteringskontekst, både ved å bygge videre på kommunenes aktuelle rehab-institusjoner	Profilert utbygging av Helse-Valdres, som offensivt tilbud også til hyttebefolkningen
6. Andre helse- og omsorgstjenester, herunder: a. Helsetjenester i hjemmet b. personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt, c. plass i institusjon, herunder sykehjem og d. avlastningstiltak.	Særlig a. relevant som ledd i (lengre) hytteopphold; men også c. kan være relevant ut fra pasientrettighet i hyttekommunen, eller som avlastning	Også b., c. og d. kan være relevant og muligheter, gitt hva slags helse- og næringsstrategiske tilrettelegginger en velger å gjøre i Valdres

Det er først og fremst tjenester ut fra lovens tjenestekategorier 3. og 6.a. som så langt har vakt en viss bekymring i noen av hyttekommunene, ettersom kommunene har plikt til å yte slike nødvendige tjenester, at de ser det er en viss økning i etterspørselen av slike tjenester, uten at det pr i dag finnes etablerte mekanismer for å få betalt for denne tjenesteytingen.

Når det er sagt, så finnes det bestemmelser i kommunehelselovens § 11.1 følgende: Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om utgiftsfordelingen mellom to eller flere kommuner der en pasient eller bruker får tjenester av en annen kommune enn der vedkommende har fast bosted eller fast opphold, og om behandling av tvister mellom kommuner om utgiftsfordeling i slike tilfeller. Det sies også om den mulighet det er for å kreve vederlag av bruker for tjenester, i § 11.2: For hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, herunder privat virksomhet som driver etter avtale med kommunen, kan kommunen kreve vederlag av pasient og bruker når dette følger av lov eller forskrift.

Ut fra Pasientrettighetsloven

I kapittel 2, som handler om Rett til helse- og omsorgstjenester og transport, gjentas retten til helsetjenester slik vi har sett det i kommunehelseloven, og utdyper rettighetene slik:

«§ 2-4. Rett til valg av sykehus m.m.

- Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpspsykiatrisk senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak.
- Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.»

Og videre:

«§ 2-6. Rett til syketransport

- Pasienten og ledsager har rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. og som dekkes av et foretak etter lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. Det samme gjelder helsetjenester som omfattes av lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19 kapittel 5, herunder reise til familievernkontor og helsestasjon.
- Stønad ytes bare til dekning av reiseutgifter til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis.
- Departementet kan gi forskrifter om dekning av reise- og oppholdsutgifter for pasienter og utgifter til nødvendig ledsager, herunder dekning av utgifter ved fritt sykehusvalg,» (osv)

Kommunenes forpliktelser av dette

Etter helse og omsorgslovens § 3.1: «Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.»

Etter helse- og omsorgslovens § 3.10: om *Pasienters og brukeres innflytelse og samarbeid med frivillige organisasjoner*, heter det også at «Kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattes av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. Helse- og omsorgstjenesten skal legge til rette for samarbeid med brukergruppens organisasjoner og med frivillige organisasjoner som arbeider med de samme oppgaver som helse- og omsorgstjenesten.

Konsekvenser for kommunenes dialog med hytteeierne?

Det kan sees som et tiltak for å oppfylle begge disse sider ved dette ansvaret når kommunene i Valdres gjennom fellesprogrammet Hytte i Valdres setter søkelys på sammenhengen mellom hytte og helse slik dette drøftingsnotatet gjør. Det er grunn til å oppmuntre etableringen av representative systemer og prosesser for å gi hytteeierne i Valdres en brukerstemme i det regionale helsemessige arbeidet. Kommunene kan også oppfordres til å føre en dialog med dine respektive hytteeierforeninger om brukernes erfaringer og behov lokalt i forhold til de aktuelle helsetjenestene.

Hva påvirker Valdres- kommunenes evne til å løse omsorgsoppgaven?

Arbeidet med å beskrive fremveksten av Second Homes» fenomenet har Agderforskning tatt videre, bl.a. i «[Notat Workshop: Second Homes i et lokalt utviklings-perspektiv](#)» 23. mars 2011 ved Torbjørn Hodne, cand.polit, forsker: «Kommuners utfordringer i et nytt helsevesenregime». Her peker Hodne blant annet (side 9) på hvordan «hyttekommunene har ulike forutsetninger og at flere faktorer vil påvirke kommunens evne til å løse oppgaven med å gi kvalifisert omsorg, for eksempel:

- Antall hytter i forhold til innbyggertall
- Størrelse/kapasitet og ressursbruk på pleie- og omsorgstjenesten
- Avstand fra større arbeidsmarked
- Kommunens inntektsgrunnlag
- Sammenfall av hyttesesong med avvikling av ferie
- Interkommunalt samarbeid.»

I dette notatet nærmer vi oss disse utfordringene i det følgende på regionalt Valdresnivå, slik at konkretiseringen av den enkelte kommunens evne til å løse denne hyttetilknyttede omsorgsoppgaven ventelig blir konkretisert som et neste trinn i dette arbeidet.

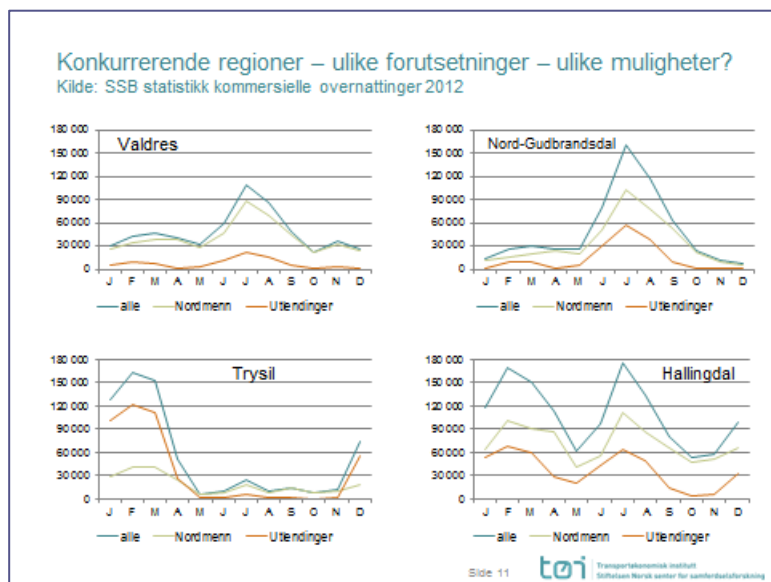
Antall hytter i forhold til innbyggertall for alle de 6 Valdres-kommunene har vi listet i tabellen på side 7 ovenfor, og for 5 av de 6 kommunene er det fler fritidsboliger enn innbyggere. Der er det også gjort rede for at 70-89 % av fritidsboligene er eiet av folk som bor utenfor kommunen, og at mellom 37 og 46 % av disse eierne var over 60 år (i 2010). Det er etter dette grunn til å tro at omsorgsbehovene vil melde seg bredt og med betydelig omfang i forhold til det omsorgsbehovet som et stabilt eller synkende folketall ellers representerer.

Størrelse/kapasitet og ressursbruk på pleie- og omsorgstjenesten i dag; stikkprøver i de ulike kommunene bekrefter at en allerede merker fenomenet: utenbygds hyttebrukeres etterspørsel etter omsorgstjenester, men bekrefter at dette ennå ikke har antatt bekymringsfulle nivåer; Ut fra dagens kapasitet og ressursbruk blir det levert tjenester og det er håndterbart, men ansvarlige innser at dette kan bli en voksende utfordring i årene som kommer.

Avstand fra større arbeidsmarked spiller inn i følge Agderforskning sitt notat; Valdreskommunene har en utfordring i forhold til geografisk avstand til større arbeidsmarked med relevans for helse- og omsorgsfeltet. Til gjengjeld har det pågående ARENA-prosjektet Helse i Valdres vist at det i samhandlingen mellom de private rehabiliteringsbedrifter i regionen og kommunene kan finnes muligheter både for kapasitetsutnyttelse og spesialisering/ kompetansebygging med gjensidige gevinster.

Kommunens inntektsgrunnlag representerer en spesiell risiko på dette feltet, ettersom det pr i dag ikke er etablert noen refusjonsordninger for helserelaterte omsorgstjenester som gis av kommunen til utenbygds boende. Innføringen av eiendomsskatt har vært omtvistet i Valdres-kommunene, men har ofte skjedd under henvisning av at den også skal bidra til finansieringen av slike tjenester for utenbygds boende. Det som stadig oftere blir erkjent er hvordan de direkte og indirekte inntektene til kommunene vokser og blir en dominerende andel av inntektsgrunnlaget for de store hyttekommunene. Til denne videre drøftingen kan det være vesentlig også å kartlegge hvordan økt hyttebruk hos den eksisterende hyttemassen utløser nye direkte og indirekte bidrag til kommuneøkonomien, samtidig som den merbelastet omsorgstjenestene.

Sammenfall av hyttesesong med avvikling av ferie kan virke inn på kapasitet i møte med et behov for omsorgstjenester som også teller med hyttefolkets behov. I sin presentasjon fra 20. september i år: Turismen – en gullgrube for norske fjellregioner, påpeker Transportøkonomisk institutt hvordan de fremste fjellregionene har ulike profiler når en ser på turismen på basis av SSB sin statistikk (og hytteovernattingene er innregnet) – se figuren nedenfor.



«Besøksfordelingen» for Valdres fremtrer jevnere strøket ut over året og ulik den som tegnes for de andre regionene. På denne bakgrunn pekes det på at regionene er i mindre direkte konkurranse enn en skulle anta. For vår del vil vi understreke at Valdres-profilen gir mulighet for mer langsiktig og jevn kapasitetsbygging på omsorgssiden i møtet med turistene inklusive hyttebefolkningen.

Endelig peker Agderforskning på (grad av og erfaring med) interkommunalt samarbeid som en faktor som tydelig påvirker kommunens evne til å løse oppgaven med å gi kvalifisert omsorg. Etter vårt skjønn har Valdres-regionen kommet tidlig i gang med å bygge samarbeid og felles-løsninger på regionalt nivå, og ikke minst på områder som gjelder helse. Etableringen av felles legevakt fra 1. januar 2014 og etableringen av det nye Valdres lokalmedisinske senter på Fagernes. Gjennom Arena-programmet Helse i Valdres er det etablert samhandlingsarenaer også mellom offentlige og næringsbaserte/ideelle aktører på helseområdet. I den sammenheng er det også interessant å se hvordan fagpersonell ved rehabiliteringsbedriftene eventuelt kan trekkes mer systematisk inn i mobilisering av kapasitet for omsorgs- og beredskapstjenester i Valdres. Samhandlere i akuttberedskapen utenfor Valdres roser samarbeidet mellom legene i regionen som forbilledlig, og Valdres Ambulanseløstet fram som et lysende eksempel når politikere på fylkes- og nasjonalt nivå trenger gode eksempler.

Agderforskning sin utredning fra 2010 referert til ovenfor viser til ulike nasjonale modeller for å dekke inn ekstra kapasitet for pleie og beredskap (s 45ff). Det vises til at noen av kommunene har erfaring med å løse dette ved hjelp av

- Arbeid med incentivordninger
- Engasjement av fagpersoner også fra Danmark og Sverige for å håndtere sesongbelastninger
- Bruk av rekrutteringsbyrå

Hyttekommunenenes økte risiko når en aldrende hyttebefolkning telles med

Hyttebefolkningens behov må omgående regnes inn i planene

Pr i dag synes ikke hyttebefolkningens bruk av adgangen til hjemmebaserte tjenester i hyttekommunen generelt å representere noen dramatisk utfordring, men trenden er markant og voksende. Den ventes om få år å ha fått et omfang som krever en annen kapasitetsutbygging enn i dag og forutsetter finansieringsmekanismer for den påførte merkostnad som i dag ikke er på plass.

I Agderforskning sin studie for KS fra 2010 vises det til nye helseutfordringer, slik de bl.a. da var gjort rede for i St. Meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen; Der ble det pekt på 13 grupper av pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenesten som vil kreve økt innsats fra kommunehelse-tjenesten i årene som kommer. De gjengir også 5 sykdommer/kroniske helsetilstander som vil øke markert fram mot 2030 (diabetes, kreft, kols, demens og slag), ikke minst som en funksjon av at folk lever lengre. Det slås fast at «alle disse diagnosegruppene vil en kunne finne i hyttebefolkningen», og det er særlig de 5 nevnte utredningen ser nærmere på, og drøfter fra et folkehelseperspektiv. (Agderforskning notat, s 11ff); Fordi en så stor del av hyttebefolkningen er 60 år og eldre, og med dagens manglende refusjons-/finansieringsordning, ventes denne utviklingen å treffe de betydelige hyttekommunenens helse og omsorgstjenester med særlig kraft.

Hvordan dekke inn merkostnaden for kommunene?

I Agderforskning sin studie fra 2010 er det vist til eksisterende, parallelle refusjonsordninger som alt er i bruk for andre deler av den offentlige omsorgen. Her heter det bl.a. at «Det er i dag ingen gode lovforankrede løsninger for hvordan pleie- og omsorgstjenester overfor fritidsboende skal/kan finansieres og hvordan kommunene kan få dekket inn utgifter i forbindelse med disse tjenestene.»

Det synes å være enighet om at Samhandlingsreformen har store og forsterkende konsekvenser for tjenestebehovene hos (den fastboende) befolkningen, men konsekvensene som særskilt vokser fra hyttebefolkningens behov blir ikke adressert. Agderforskning rapport slår fast: «Vår konklusjon er at kommunene skyver problemene foran seg og venter på sterkere sentrale føringer og bedre presiseringer av kommunenes oppgaver. Blant annet er finansieringen av Samhandlingsreformen uavklart.» Samtidig viser Agderforskning til at det den gang ikke sto noe i styringsdokumentet fra 2009 for Telemark HF ift hyttebefolkningen (s. 54). Siden 2009 er imidlertid Samhandlingsreformen innført, kommunene har fått etablert sine kontraktsett med sitt HF, og har høstet erfaring med de første økonomiske incentivene. En mulig videreføring av arbeidet med dette notatet kan være med å få frem effektene av Samhandlingsreformen for den enkelte kommune, og se på hvilke måter det kan være rimelig å konkretisere mål og tiltak for samhandlingen slik hyttebefolkningens behov tilsier. Et mulig neste skritt deretter kan være å nedfelle også disse mål og strategier ved oppdatering av avtalesettene om samhandling mellom Valdres-kommunene og Sykehuset Innlandet HF.

Spesifikt undersøkte Agderforskning fire ulike modeller/strategier for finansiering av pleie- og omsorgskostnader for "transkommunale" borgere (side:

- Bruk av skjønnsmidler
- Bruk av eiendomsskatt
- Bruk av refusjonsordninger mellom kommunene
- Bruk av egenbetalingsordninger

Utredningen konkluderer tydelig med å anbefale en refusjonsordning:

«Hyttekommunene har i dag ingen lovhjemmel for å kunne kreve refusjon for pleie- og omsorgstjenester fra hjemkommunen. Derimot er det i dag en rekke ordninger for å dekke inn kostnader knyttet til tjenester kommunene imellom. En kan nevne felles renovasjon, brannvesen, regnskaps-tjenester, landbrukskontorer, barnevern og en rekke andre kommunale tjenester. Et konkret eksempel er "gjesteelever" i grunn- og videregående skole der kommunen eller fylkeskommunen betaler for elever som går på skole i andre kommuner og fylkeskommuner enn sin egen. Også innen barnevernet er det lovfestede ordninger for refusjoner kommunene i mellom.»

Det betyr at modeller for refusjonsløsninger fantes allerede i 2010 og var kjente, mens det syntes å være de politiske avklaringer det sto på eller at et beskjedent tjenesteomfang ikke var noe incentiv for refusjon. Nå som 3 år er gått siden Agderforskning leverte sin utredning til KS, understreker en av utrederne fra 2010, Winfred Ellingsen, på forespørsel nå i høst at det særlig er Samhandlingsreformen som representerer et knippe av endrede forutsetninger i dag for kommunenes tjenesteyting på helse- og omsorgsområdet.

Nye regjeringssignaler senhøsten 2013

Mot dette bakteppet synes Sundvolden-erklæringen fra den nye regjeringen å svare tydelig på deler av denne utfordringen: I kapittel 9 om Helse og Omsorg heter det at regjeringen vil «Utrede de økonomiske konsekvensene for hytte- og studentkommuner som i store perioder av året tilbyr helsetjenester til innbyggere som er bosatt i andre kommuner, og i den forbindelse hvordan økt valgfrihet kan sikres på tvers av kommunegrensene.»

Den nye regjeringen har også i Samarbeidsavtalen med Venstre og KrF s varslet at «Kvaliteten i helsevesenet heves. ISF-andelen økes, og det utredes en forbedret finansieringsmodell for akuttbehandling, forskning og utdanning i det offentlige helsevesenet. *Fritt behandlingsvalg innføres.* Ordningen innføres først for rus og psykiatri, og evalueres.»

Tilsammen varsler disse signalene at vi i denne stortingsperioden (fram til 2017) vil få utredet denne utfordringen på nasjonalt nivå, og at de statlige tiltakene kan bidra med en infrastruktur/ et avregningssystem for å håndtere refusjon for behandlingsskost til hyttekommunen.

Som ledd i de foreslåtte utredningsløpene burde det ligge godt til rette for at Valdreskommunene som et alternativ kan få pilotere en refusjonsordning mellom brukers hjemmekommune og hennes hyttekommune for merkostnadene ved å yte lokale omsorgstjenester iht. lovlige vedtak. Slik sett inviterer dette et initiativ om dette overfor sentrale myndigheter fra Valdreskommunene.

En annen måte å se det på – som «utgifter til inntekts ervervelse» for kommunene?

Samtidig er det grunn til å huske at en mer helhetlig økonomibetraktning på dette området også kan lede oss en annen vei: Pr i dag er det ingen kompensasjon til kommuner for helse og omsorgstjenester som ytes til tilreisende, bortsett fra for legevaktjenester, som honoreres. Når dette ikke er reist som et krav fra de kommuner som har den største belastningen, har det sannsynligvis med det å gjøre at tilreisende som helhet legger igjen så penger knyttet til mange slags varer og tjenester at det i sin sekundæreffekt (ved at det bygger arbeidsplasser, og øker kommunens skatteinntekter) langt overgår de tjenestene – også de helserelaterte – som de tilreisende benytter når de er i kommunen. Det regnestykket er det grunn til å få langt tydeligere fram, både som beslutningsunderlag for politikere og som innsikt for de som utformer både hyttepolitikk og reiselivspolitikken framover i Valdres, inklusive representanter for hytteeierdemokratiet.

Synliggjøre akuttberedskapen i forhold til hyttebefolkningen

Legevaktordningen i Valdres

Fra 1. januar 2014 erstattes dagens ordning med 3 legevaktdistrikt, hver med 2 samarbeidende kommuner, til en felles legevakt for alle 6 Valdres-kommunene, hvor Valdres vaktentral på Fagernes er legevaktsentralen for Valdres-kommunenes felles legevaktordning. Sentralen vil da være beman-net med to leger fra kl 15-22, fra kl 22 til kl 08 en lege. Fra fredag kl 15 til mandag kl 8 vil det være 3 leger på vakt. På dagtid er legevaktsentralen bemannet for å motta telefoner ringt inn via felles legevaktnummer. Telefonene på dagtid blir satt over til lokalt legekantor. Valdres legevakt er i dag stasjonert på Fagernes legesenter, men vil fra 2015 få plass i Valdres lokalmedisinske senter.

Fra mars 2015 tas det nye lokalmedisinske senteret i bruk. Der vil det også være et sengetilbud.

Det blir nytt nasjonalt legevaktnummer i løpet av 2014 (116 117). Det vil si at en automatisk vil få kontakt med nærmeste legevakt uansett hvor i landet (eller Valdres) en befinner seg.

Kostnadene for behandling av gjesteburere (ikke fastboende) av legevaktjenestene, blir rapportert og refundert en gang i året ved avregning fra Helsedirektoratet på nasjonal basis.

AMK-tjenesten

For helserelatert behov for akutt hjelp i Valdres, skal hyttebeboer bruke telefonnummeret 113, som bringer innringer i direkte kontakt med Valdres sin akutt-medisinske kommunikasjonsentral, AMK Innlandet på Gjøvik. Derfra styres all ambulansaktivitet, inklusive luftambulans, i hele Oppland og Hedmark. AMK Innlandet mottar i underkant av 300 henvendelser i døgnet. På årsbasis blir det ca 100.000 henvendelser. Med dagens registreringsverktøy for AMK-tjenesten er det ikke tilgjengelig statistikk som gir hjelp til å sortere tilreisende til forskjell fra fastboende, ifølge daglig leder for AMK Innlandet, Arne Stokke. Han mener like fullt at Valdres er av de områder i Innlandet med stor hyttebefolkning som har en god kapasitet i beredskapen; Valdres ambulansetjeneste as driver i dag 5 ambulanser som dekker regionen Valdres. Alle ambulanser er døgnbasert med stasjonsvakt med baser plassert i Ryfoss i nord, Fagernes i midten og Bagn i sør. Tjenesten er døgnkontinuerlig og møter behovene i regionen, om nødvendig ved å tilkalle ambulanser fra andre tiliggende områder, dersom alle ambulanser i Valdres er i bruk. En tilpasning for å møte særlige sesongbehov fra tilreisende er at ambulansetjenesten i regionen de

seneste årene har lokalisert en av ambulansene fra Fagernes på Beitostølen i vinterferieukene (uke 7 og 8) og i påska.

Generelt, på nasjonal basis, er akuttberedskap dimensjonert på grunnlag av befolkningsunderlaget, dvs. på basis av den befolkning som er folkeregisterført som fastboende i et gitt område. Et større antall tilreisende eller hyttebrukere gir ikke hjemmel til særskilte tilskudd beredskapsmessig.

Hvilke arenaer og plattformer er nyttige for å avklare helserelatert ansvar og tjenester i forhold til hytteeiere/ og -brukere?

- De kommunale tjenesteaktørene lokalt i Valdres-kommunene
- Valdres Næringsforum og mer avgrensede grupper av tilbydere av helsespissede produkt- og tjenesteteknikker
- Informasjon og veiledning til den enkelte hytteeier og –bruker
- Formaliserte samhandlingsarenaer mellom kommunene og hytteeierne/-brukerne
 - o Et fremvoksende hytteeierdemokrati i alle 6 Valdres-kommuner
 - o Formalisert representasjon – faste dialogarenaer med kommunepolitikere og styrerepresentant - i Valdres Natur og Kulturpark
 - o Høste av den formaliserte ert hytteeierrepresentasjon i Hytte i Valdres programmet i regi av Valdres næringshage, som omfatter en serie med utviklingstiltak og prosjekter
 - o Få på plass kvalifisert brukerrepresentasjon fra hytteeiersiden i forhold til kommunene og Valdres lokalmedisinske senter på Fagernes
- Knytte til og utvikle avtalesettet og arbeidsprosessene som regulerer Samhandlingsreformen mellom Sykehuset Innlandet og de 6 Valdres kommunene, med særlig vekt på å utnytte og konkretisere delavtale 10 som gjelder forebyggingsmål og tiltak for folkehelsen; se nedenfor. Den felles programkomite som avtalen forutsetter at skal ha ansvar for å holde oversikt over og initiere det forebyggende arbeidet, kan være en tjenlig arena.
- Helserelevante tjenester er for lengst gjennom [Arena Helse i Valdres](#)-programmet posisjonert som en hjørnestein og viktigste virksomhetsklynge for utviklingen av Valdres-regionen.
 - o Programmet synes ikke så langt å ha adressert eller invitert hyttebefolkningen spesifikt, men har like fullt strukket kjølen for et planmessig arbeid som kan gi brede muligheter for nye tjenester også i skjæringsfeltet mellom hytte og helse.
 - o I en presentasjon av prosjektet vises det til at «sentrale delprosjekter for Arena Helse i Valdres er bl.a. utvikling av to nasjonale behandlings- og mestringsstilbud for henholdsvis stressrelatert sykdom/utbrenthetssyndrom (i samarbeid med NAV) og astmatikere/allergikere (i samarbeid med Norges Astma- og allergiforbund). Her kombineres opphold med faglige utredninger, kompetanse-tilførsel og oppfølging ved hjelp av teknologi.» Disse tilbudene kan ha nytte av å bli speilet i forhold til et voksende behov lokalt i Valdres fra hyttebefolkningen.
- Hyttevellingene som grenderessurser?
 - o Hyttebrukerne og –eierne er ikke bare en rettighetsbestemt brukergruppe av helsetjenester blant andre brukergrupper i Valdres: Hyttebefolkningen kan med

delvis andre brukerbehov enn de fastboende og med sin eventuelle betalingsvillighet utfordre og strekke den helse relaterte tjenesteutviklingen.

- Hyttebefolkningen kan bidra med sin yrkesfaglige kompetanse også på dette område, både ved oppfordring gjennom profesjonelle nettverk og som medlemmer av de lokale fellesskapene i hyttevev og andre samarbeidsinitiativ hvor både hyttefolk og fastboende deltar.

Et riss av noen nøkkelstrategier:

Må-strategier:

1. Valdres-kommunene må i fellesskap søke å kartlegge enda mer spesifikt hvordan hyttebefolkningens behov for helse- og omsorgstjenester kan ventes å treffe kommunene og hvordan de skal kunne møtes, både faglig, organisatorisk og finansielt. En antar at et slikt felles strategiarbeid kan bygges videre på den plattformen som Arena Helse i Valdres-programmet 2012-14 representerer, og de intensjoner som Samhandlingsreformen uttrykker og driver.
2. Valdres kommunene må snarest finne fram til varige måter å kommunisere med sine brukergrupper for helse- og omsorgstjenestene på, hvor hytteeierne/hyttebrukerne fullverdig inkluderes.
3. Valdres-kommunene må for sine fellessatsinger for utvikling legge til rette for at arbeidet med å gjøre «*Valdres til den ledende regionen i Norden innenfor forebygging, behandling, rehabilitering og helseturisme.*» på en annen måte enn i dag sterkt kan relatere til brukere av fritidseiendommene (hyttene); De konkrete tiltakene som kommer ut av dette arbeidet bør søkes innarbeidet i det forpliktende avtaleverket mellom kommunene og det regionale helseforetaket eller tilsvarende.

Mulighets-strategier:

- a) Anvende det etablerte avtaleverket mellom kommunene og Sykehuset Innlandet knyttet til Samhandlingsreformen, generelt for å se hvordan det er relevant at også hyttebefolkningen inkluderes uttrykkelig i avtalens bestemmelser, og spesielt for å se hvordan en revidert delavtale 10, som gjelder tiltak for forebyggende helse, kan brukes som et integrerende og ansvarliggjørende grunnlag også i forhold til hyttebefolkningen og hytteressursene. Den årlige samling med fokus på forebygging som delavtalen forutsetter, kan gjerne i 2014 brukes til å profilere hytteressursene som en forebyggingsressurs.
- b) Bygge videre fra kompetansefellesskapet i Arena Helse i Valdres programmet og etablere en samordnet, felles helsefaglig ressurspool, hvor samordning av hel- og deltids stillingsbehov i enkeltbedrifter og enkeltkommuner på tvers av virksomhetene kan gi mulighet for felles, hele stillinger og derved åpne for et mer robust arbeidsmarked i regionen, godt utover det som antall fastboende skulle tilsi.
- c) Tiltakene som kommer ut av punkt 3 ovenfor anbefales også gitt plass i vekststrategiene for næringsliv og kommuner i forhold til målsettingen ovenfor for Valdres regionen. Det handler om å utvikle nye, sosialt stimulerende, helseforebyggende tilbud og tiltak, både med brukerbetaling og uten – i en innpakning som speiler hyttebefolkningens bruksmønstre på hytta og kartlagte preferanser og behov, område for område.
- d) Når refusjonsordning er på plass mellom hjemkommune og hyttekommune, aktivt identifisere operative tjenesteområder og tilhørende mulige samarbeidskonstellasjoner mellom

1) en eller flere Valdreskommuner, 2) eventuelle (nye) rehabiliteringsbedrifter i Valdresregionen og 3) spesielle bydeler i Oslo eller kommuner i Akershus eller Oppland – slik oppgaver over hytteeierne bostedskommuner gir særlig indikasjon om.

- e) Forsterke eksisterende habiliterings- og rehabiliteringstilbud i samarbeid mellom de allerede samarbeidende, eksisterende helsebedrifter og ideelle virksomheter i Valdres, og herunder se på hvordan hyttebaserte brukere i Valdres kan invitere og skape differensierte tjenesteprofiler.
- f) Aktivt legge til rette for og utvikle tilbud om Trygghetspakker for hytteeiere og fastboende, som velferdsteknologisk pakke, med påbyggingsmulighet for de som trenger et helsemotivert tilbud – og gjerne i forlengelsen av forebyggings-pakkene beskrevet ovenfor. Som ledd i dette, iverksette et første implementeringsløp for slike tilnærmet standard forbrukerteknologier, hvor det legges opp til prioriterte bruker- og målgrupper både blant fastboende og hyttebefolkningen. Til dette hører også å sikre en leverandør-portefølje for anskaffelse samt tjenester knyttet til drift og funksjonstilpasning. Det siste kan gjerne løses i samspill med kommunenes samordnede ergoterapeutteneste, eller ses i sammenheng med de to nasjonale behandlings- og mestringsstilbudene som Arena Helse i Valdres har arbeidet fram.