

Kommunalt akutt døgntilbod i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane

-Ei kvalitativ undersøking av dei nystarta einingane i landsdelen

Oppsummering av møte med 11 vertskommunar
i perioden 2012-13

Fylkesmannen i Hordaland
Fylkesmannen i Rogaland
Fylkesmannen i Sogn og Fjordane

Kontaktpersonar:

Christer Bakke Frantzen
Samhandlingskoordinator/seniorrådgjevar
Fylkesmennene på Vestlandet
Telefon 55572152
E-post fmhocbf@fylkesmannen.no

Helga Arianson
Fylkeslege
Fylkesmannen i Hordaland
Telefon 55572217

Per Stensland
Fylkeslege
Fylkesmannen i Sogn og Fjordane
Telefon 57643160

På Iden
Fylkeslege
Fylkesmannen i Rogaland
Telefon 51568760

Innhald

Oppsummering og tilrådingar	4
Innleiing	4
Metode	5
Moment og stikkordliste	5
Resultat	6
Planlegging av tilboda	7
Kompetanse	8
Lokalisering av tilbod om kommunalt akutt døgnopphald	9
Kven får kommunalt akutt døgnopphald?	10
Erfaringar til no	12
Diskusjon	14
Aleine eller saman?	14
Kompetanse	14
Og korleis vert sengene brukt?	15
Kva no?	16
Referansar	16
Vedlegg	17
1. Moment og stikkordliste for besøk i kommunalt akutt døgntilbod	17
2. Sjekkliste for innlegging i kommunal ØH-seng – Helse Bergen	18

Oppsummering og tilrådingar

- 44 kommunar har starta opp med kommunalt akutt døgnopphald i dei tre vestlandsfylka til no (1.1.2014). 23 kommunar tek del i interkommunalt samarbeid om ordninga. 11 kommunar har starta opp sjølve.
- Bruken av plassane i kommunalt akutt døgnopphald har stort sett vore låg. Kommunane rapporterer om 20-65 prosent bruk av sengene.
- Samarbeid med og involvering av sjukepleiarar og fastlegar i planlegging og utforming av tilbodet er ein suksessfaktor for tilboda, men også godt samarbeid med og tillit frå det politiske nivået er viktig.
- Samarbeid med og oppfølging frå helseføretaket er viktig for utvikling av tilbodet. Det må derfor stillast felles krav til slik oppfølging i revidert rettleiar for kommunalt akutt døgnopphald frå Helsedirektoratet.
- Kommunale akutte døgntilbod som skal vere robuste over tid, krev ein viss storleik og eit visst pasientgrunnlag. Fleire faktorar, mellom anna utnytting av plassane, økonomi og organisering peikar mot at den strukturen av kommunalt akutt døgnopphald vi no ser vert etablert i kommunane er første generasjon.
- Det er behov for ein rettleiar basert på faglege kriterium for korleis kommunane skal vurdere, legge inn og følgje opp pasientar på ein forsvarleg måte.
- Registrering og analyse av pasientdata er ulik og gir dårleg grunnlag for samanlikning. Det bør utviklast eit felles krav om kva som skal registrerast, for å kunne følgje med. Det vil vere til nytte både for kommunen, Fylkesmannen og nasjonale styresmakter.

Innleiing

Startskotet for samhandlingsreforma gjekk i 2012, med ei gradvis innføring over fire år. Helse og omsorgstenesteloven § 3.5 seier at: Kommunen skal syte for tilbod om døgnopphald (...) til pasientar og brukarar med behov for øyeblikkeleg hjelp. Plikta til å tilby døgnopphald gjeld først frå 01.01.2016 og gjeld berre for pasientar og brukarar som det er mogleg for kommunen å undersøke, behandle eller yte omsorg til. Ordninga skal fullfinansierast ved overføring av pengar frå regionale helseføretak til kommunane i perioden 2012-15. Helsedirektoratet har laga rettleiar^a for ordninga.

Fylkeslegane i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane har vitja alle einingar for kommunalt akutt døgnopphald i regionen etter kvart som dei har starta opp. Mål med møta var å hauste erfaringar, skaffe oversikt over utvikling på området og å bidra med råd der det var ønskjeleg eller aktuelt. Vi hadde fleire grunnar til å vitje desse einingane, men dei viktigaste faktorane er at tilbodet om kommunalt akutt døgnopphald er ei ny teneste i kommunane, at det krevst godt samarbeid med det lokale helseføretaket og at kommunane skal bestemme organisering av tenesta sjølve. Fylkesmannen treng god og tidleg oversikt over kva innretting tenesta får, korleis samarbeidet med helseføretaka går, og kunnskap om kva som påverkar om ordninga faktisk kan avlaste sjukehusa. Fylkesmannen har både ei rådgjevings- og ei følgje med-oppgåve knytt til dette. Eit risikoelement i reforma kan mellom anna vere knytt til at aktørane, aleine eller i samarbeid, ikkje legg til rette for forsvarlege helsetenester.

Heidi Fugli peikar i si masteroppgåve «Utfordringer for pasientsikkerheten under samhandlingsreformen»^b, som bygger på ein gjennomgang av samarbeidsavtalar i Helse Sør-Aust-området, mellom anna på at:

- Det ikkje har vore mogleg å finne gjennomførte risikovurderingar som ligg til grunn for avtalane.
- Manglande utbreiing av system for utveksling av informasjon trugar pasienttryggleiken.

Vidare kan det vere at verkemiddel i reforma gjev utilsikta følgjer lokalt, regionalt eller nasjonalt. God og systematisk styring er naudsynt for å oppfylle krav om forsvarleg verksemd. Her inneber dette mellom anna at ein treng kunnskap om resultat i eiga verksemd, men òg system som kan fange opp svikt ved overføring av pasientar mellom ulike nivå for å kunne oppfylle krav til forsvarlege tenester. Korleis sjukehusa og kommunane samarbeider både om planlegging, gjennomføring og analyse av tilbodet, og korleis kommunane gjennomfører dette er såleis viktig å kjenne til for Fylkesmannen.

Metode

Oversyn over kven som har starta opp tilbod om kommunalt akutthjelp døgntilbod er henta frå Helsedirektoratet. Avtale om tidspunkt for og føremål med besøk er gjort med vertskommune på telefon. Etter første kontakt har Fylkesmannen sendt skriftlig førespurnad til kontaktperson og/eller kommunen sitt postmottak. Skriftleg førespurnad til kommunane har ikkje vore likelydande men har i alle høve omtalt målet med møtet og kven Fylkesmannen vil møte for diskusjon (ansvarleg for eininga, kommunelege og helse- og omsorgssjef). Intervjua vart gjort i perioden september 2012 – desember 2013.

Møta er gjennomført i kommunane, oftast i tilknytning til ordninga med kommunalt akutt døgnopphald. Frå kommunal side har samansetjing og oppmøte vore ulikt. I alle kommunane har kommunelege, einingsleiar for kommunalt akutt døgnopphald og pleie- og omsorgssjef eller tilsvarande vore tilstade i møtet. Frå Fylkesmannen har fylkeslege/ass fylkeslege og samhandlingskoordinator delteke. I Fusa kommune møtte samhandlingskoordinator.

Fylkesmannen har i tillegg delteke på Helse Bergen og KS sine erfaringskonferansar om tilboda i Bergen og på Værnes hausten 2013 og i tillegg årlege toppleiar møter i alle helseføretaksområda. Helseføretaka sine erfaringar med ordninga er formidla til fylkesmennene i kontaktmøte både på helseføretaks- og regionhelseføretaksnivå.

Moment og stikkordliste

Fylkesmannen har utarbeidd ein moment- og stikkordliste (vedlegg 1) til møta basert på erfaringar frå besøk i rogalandskommunane Stavanger, Hå og Eigersund hausten 2012 og våren 2013. Hovudtema på lista er 1) planlegging i forkant av etablering og opning, 2) kompetanse og ansvar, 3) drift/organisering av eininga og 4) erfaringar til no. Lista er sendt ut til alle kommunane saman med skriftleg førespurnad om møte.

Planlegging

Kva prosess har kommunen hatt før etablering med omsyn til politisk og administrativ tilnærming, og korleis har samarbeid med andre kommunar og helseføretak har vore vurdert og arbeidd med. Har samarbeid med fastlegar og risikoanalyse for den nye tenesta vore tema ?

Kompetanse

På kompetansefeltet er det stilt spørsmål om fagleg/administrativt ansvar for tilbodet, utarbeiding av kompetanseplanar for ulike funksjonar, erfaringsutveksling med helseføretak, nabokommunar eller andre. Vi har og stilt spørsmål om øving i bruk av utstyr og øving i prosedyrar som vert gjort sjeldan.

Drift av eininga

Knytt til drift av eininga spør vi om korleis drifta er lagt opp; kvar sengene ligg, korleis bemanninga skal vere, kva slags pasientar som skal leggjast inn og kven som eventuelt ikkje skal leggjast inn, korleis pasientdata skal

registrerast og på kva måte desse skal nyttast til å utvikle tilbodet. Spesialisthelsetenesta si rettleiingsplikt er forankra i spesialisthelsetenestelova og i samarbeidsavtalar – vi spør om korleis kommunane opplever tilgangen på rettleiing frå helseføretaka.

Erfaringar til no

Kommunane sine erfaringar med kven som leggjast inn, kvar pasientane skal leggjast inn frå og om tilbodet er ei reell avlastning av sjukehuset, samt utnytting av sengene i startfasen har vore viktige spørsmål å stille.

Anna

Fylkesmannen har òg stilt spørsmål om korleis innbyggjarane har fått informasjon om ordninga, og kor nøgd dei er med ho. Vidare har vi spurt om rekruttering og kva kommunane vil at Fylkesmannen skal bidra med.

Resultat

Tal frå Helsedirektoratet syner at omtrent halvparten av kommunane på Vestlandet (40/85) har fått tilskot for kommunale døgnplassar til no (31.12.13). Lund kommune i Rogaland samarbeider med kommunane i Listerregionen om eit tilbod på Flekkefjord sjukehus (Helse Sør-Aust) og er såleis ikkje talt med her. Dei fleste av kommunane som har fått pengar, har starta opp eit tilbod. Det finst nokre unntak; Kvinnherad har meldt at dei ikkje klarer å starte i 2013 fordi dei manglar avtale med fastlegane. Voss (vertskommune for Granvin, Ulvik, Eidfjord og Kvam) har heller ikkje starta sitt tilbod i 2013. Ny startdato er førebels sett til 1. mars 2014.

Tabell 1: Kommunar som har starta tilbod i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane per 31.12.13

Kommune	Fylke	Tal senger	Møte med Fylkesmannen
Eigersund	Rogaland	2	Ja
Hå	Rogaland	2	Ja (pilot)
Klepp, (Sandnes, Gjesdal, Time)	Rogaland	12	Nei (planlagt april 2014)
Stavanger	Rogaland	6+2	Ja (pilot)
Suldal	Rogaland	1	Nei
Haugesund	Rogaland	5	Ja
Os	Hordaland	2	Ja
Fusa	Hordaland	1	Ja
Odda, (Ullensvang, Jondal)	Hordaland	2	Nei (planlagt mars 2014)
Fjell (Sund)	Hordaland	3	Ja
Øygarden	Hordaland	1	Ja
Askøy	Hordaland	3	Ja
Lindås (Meland, Radøy, Osterøy, Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen)	Hordaland	6	Nei (planlagt mars 2014)
Sogndal	Sogn og Fjordane	2	Ja
Luster	Sogn og Fjordane	1	Ja
Eid (Selje, Vågsøy, Hornindal, Stryn)	Sogn og Fjordane	4	Nei (planlagt mars 2014)

Tabell 2: Kommunar som har fått tilskot i 2013, men som ikkje har starta tilbod i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane per 31.12.13

Kommune	Fylke	Tal senger	Møte med Fylkesmannen?
Voss (Ulvik, Granvin, Eidfjord, Kvam)	Hordaland	3 (Voss) +1 (Kvam)	Nei
Kvinnherad	Hordaland	2	Nei

Planlegging av tilboda

Alle kommunane omtalt her har vore tidleg ute med etablering av tilbodet (01/2012 – 09/2013). Fleire opplyser om at det har vore eit politisk ønske om å kome tidleg i gang for å hauste erfaringar. Søknadsfrist til Helsedirektoratet har ved nokre høve vore avgrensande for tid til planlegging av tilbodet.

Dei fleste kommunane har lagt arbeidet med planlegging og etablering av tilbodet til ei arbeidsgruppe eller prosjektgruppe. I Haugesund kommune er til dømes arbeidet med reforma forankra i ein styringsgruppe samansett av einingsleiarar, brukarrepresentant og representantar for organisasjonane medan arbeidet med oppretting av eit kommunalt akutt døgnopphald-tilbod blei sett ut til ei arbeidsgruppe.

Samarbeid med helseføretak

Samarbeid med helseføretaket i tidleg fase er knytt til inngåing av særavtale og oppfølging etter start av tilbodet. Kommunane svarer noko ulikt om korleis dette samarbeidet har arta seg. Dei fleste seier at

samarbeidet har vore tett og godt både i planleggingsfase og tidleg driftsfase. Samarbeid om utarbeiding av standard behandlingsflyt for pasientar med KOLS i Helse Bergen sitt område vert peika på som særst godt, og eit felt med god oppfølging frå helseføretaket. Fleire fortel om opplevd likeverd mellom kommune og helseføretak. Ein kommune seier at dei opplever likeverd på leiarnivå, men at dette kan variere på lågare nivå. Mange peiker på at helseføretaka i stor grad har vore førande part i utarbeiding av avtaler og har hatt definisjonsmakt på utarbeiding av kriterium for innlegging. Ein av kommunane (Askøy) meiner at helseføretaket i for liten grad stiller med medisinsk kompetanse i driftsgruppemøte.

Internt samarbeid mellom kommune og fastlegar

Det er stor variasjon i korleis kommunane har fått til samarbeid med fastlegegruppa om ordninga. Alle dei mindre (Luster, Sogndal, Øygarden, Fusa) og dei fleste av dei mellomstore kommunane (Os, Fjell/Sund, Hå, Eigersund) vurderer samarbeid med fastlegane som godt, og meiner at dette er ein suksessfaktor. Felles for dei som rapporterer om godt samarbeid er god deltaking frå fastlegegruppa i arbeids- eller prosjektgruppe i framkant av oppretting, avklaring av vaktavtale og god informasjonsflyt. I kommunar som rapporterer om utfordringar i samarbeid med fastlegane i samband med den nye ordninga, opplyser ein av dei mellomstore (Askøy) og to av dei store (Haugesund, Stavanger) at ordninga så langt ikkje er nytta av fleirtalet av fastlegane.

Risikoanalyse

Fleire av kommunane har ikkje gjennomført risikoanalyse for tilbod om kommunalt akutt døgnopphald. Ein kommune (Øygarden) har analysert sårbarheit når det gjeld kompetanse. Luster arbeidar med ROS-analyse for heile sjukeheimstenesta og vil inkludere kommunalt akutt døgnopphald-tilbodet i denne. Fleire av kommunane som ikkje har gjennomført risikoanalyse kommenterer likevel på kva dei meiner er områder med risiko knytt til ordninga, til dømes:

- Kommuneoverlege meiner at det kan vere risiko knytt til kva slags pasientar som skal liggje i sengene og at kriteria for innlegging i er for vide (Askøy).
- Største risiko for svikt i tilbodet er knytt til manglande tilvising frå fastlege. Konsekvensen er at tilbodet ikkje vert nytta (Os).
- Kommunelege i Sogndal meiner at stor avstand til sjukehus er ein risikofaktor.

Kompetanse

Det har vore eit generelt behov for endring av kompetanse etter 2012 innafor helse- og omsorgstenesta i kommunane. Forskyving frå langtids- til korttids plasser, tidlegare utskrivning av pasientar frå sjukehus og etablering av tilbod om kommunalt akutt døgnopphald har gitt behov for meir kompetanse i kommunane. Fleire av dei har tilsett sjukepleiarar med erfaring i palliasjon-, geriatri-, anesthesi- og intensivsjukepleie. Fleire tilsette har delteke eller planlegg deltaking på vidareutdanning. Samdrift med andre spesialiserte funksjonar (palliasjon, korttidsavdeling for utskrivingsklare pasientar, intermediærsenger) bidreg til høg kompetanse i avdelinga. Fleire av kommunane (ikkje alle) har utarbeidd kompetanseplanar for fagarbeidarar og sjukepleiarar basert på analyse av kompetansebehov. Kommunane har ulike system for å sikre øving i prosedyrar for nøkkelpersonell, oftast gjennom bruk av sjekklister.

Erfaringsutveksling og hospitering

Intensjonar om erfaringsutveksling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta er nedfelt i samarbeidsavtaler mellom kommune og helseføretak. Tilsette i alle kommunane har hospitert i helseføretak, men i varierende omfang. Tilsette frå helseføretak har hospitert i kommune ved nokre høve. I to av kommunane har tilsette frå helseføretak hospitert i kommune inntil eitt år (Fjell og Askøy).

Lokalisering av tilbud om kommunalt akutt døgnopphald

Dei fleste kommunane har valt å lokalisere eininga ved korttids- eller andre spesialiserte avdelingar i sjukeheim. Felles for desse er at eininga ligg nær legevakt og at dei trekkjer vekslar på eksisterande kompetanse i sjukeheimen. Kommunane i Nordhordland, Nordfjord og Indre Hardanger (Odda) har funne andre løysingar for lokalisering (legevakt og sjukehus). Fylkesmannen kjenner til at det for desse einingane ligg føre avtalar med helseføretaka om leige av sjukepleiarar til drift av dei kommunale einingane som ligg i sjukehus. Legetenesta er det kommunane som skal stå for. Alle einingane med unntak av Stavanger har opna for full drift frå første dag. I Stavanger har kommunen valt gradvis start. I 2012 starta dei med seks senger. Dette vart auka til åtte senger i løpet av 2013, kor to var observasjonssenger (Stavanger legevakt) og seks var behandlingssenger (Stokka sjukeheim). Kommunen har gjennom perioden fått heile tilskotet frå Helsedirektoratet, medan tilskotet frå Helse Stavanger har vore gradert i høve til sengetal.

Lege- og sjukepleietenesta

Mange kommunar har auka bemanning på lege- og sjukepleiarsida. Organisering og lønnskompensasjon av legetenesta har vore utfordrande for fleire kommunar ettersom avtale mellom KS og Legeforeininga ikkje har vore klar.

Nokre kommunar har hatt særskilte utfordringar; Sogndal og Os har etablert legevaktordning for ordninga parallelt med vanleg legevakt. Kvinnherad måtte utsetje opning av tilbodet på grunn av manglande avtale med legane. I Haugesund er avtale om kompensasjon for legane så langt ikkje ferdig forhandla.

Legetilsyn med tilbud om kommunalt akutt døgnopphald i mindre kommunar er oftast basert på at lege(kontor) med ansvar for legevakt på dagtid eller institusjonslege har tilsyn med eininga i kontortida, og lege i legevakt har ansvar kveld og helg. Mindre kommunar har kjøpt fri fastlege for å ha tilsyn med ordninga på dagtid (Luster). I større einingar (Stavanger, Haugesund, Nordhordland, Nordfjord) er det tilsett legar med ansvar for tilbodet på dagtid, ofte i kombinasjon med andre tilsynsoppgåver og/eller døgnbemanna legevakt.

Alle kommunane opplyser om god rekruttering til ledige sjukepleiestillingar.

Tabell 3: Kva tilknytingsform har kommunalt akutt døgnopphald til andre kommunale tenester?

Kommune	Legevakt	Sjukeheim	Sjukehus	Anna
Eigersund			X	I tilknytning til Dalane DMS
Hå		X		
Klepp, (Sandnes, Gjesdal, Time)		X		
Stavanger		X		I tilknytning til intermediaæreining på Stokka sjukeheim. To observasjonsplasser på legevakt
Suldal		X		
Haugesund		X		Observasjonsplass på legevakt
Os		X		
Fusa		X		
Odda, (Ullensvang, Jondal)			X	Odda sjukehus
Fjell (Sund)		X		
Øygarden		X		
Askøy		X		
Lindås (Meland, Radøy, Osterøy, Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen)	X			Nordhordland legevakt
Sogndal		X		
Luster		X		
Eid (Selje, Vågsøy, Hornindal, Stryn)			X	Nordfjord sjukehus

Kven får kommunalt akutt døgnopphald?

Inklusjons- og eksklusjonskriterium er innarbeidde i særavtalar for alle tilboda. Kriteria varierer noko, men ligg tett opp til anbefalingane i rettleiaren frå Helsedirektoratet. Alle kommunane følgjer prinsippet om at «pasienten må kunne diagnostiseres med allmennt medisinske metoder og hjelpemidler, og pasientens tilstand må tilsi at det er liten risiko for akutt livstruende forverring». Ved nokre høve er det gjort lokale tilpassingar på grunn av lang transportveg til sjukehus, som til dømes at «uavklart tilstand eller symptombilete, mellom dei brystmerter» er sett under eksklusjonskriterium i ein kommune (Sogndal). Det er også ulik detaljeringsgrad i eksklusjonskriteria. I Stavanger kommune er til dømes slike kriterium ikkje lista opp. I Helse Bergen sitt område er det såkalla «tungpustforløpet» tatt inn i kriteria. Dette er eit pasientforløp for ei nærare definert gruppe av pasientar utarbeidd i samarbeid mellom helseføretak og fleire kommunar, mellom anna med retningsliner for kvar pasienten skal behandlast.

Støtteverktøy for vurdering av pasientar ved innlegging i kommunen

I samband med utarbeiding av «tungpustforløpet» har Helse Bergen laga eit papirbasert støtteverktøy for vurdering av pasientar for innlegging i ei eining for kommunalt akutt døgnopphald. Sjå vedlegg 2, «Sjekkliste for innleggelse i kommunal ØH-seng».

Kommunane i Helse Førde sitt område nyttar òg papirbasert støtteverktøy for vurdering av pasientar ved innlegging basert på MEWS-metodikken (Modified early warning score).

Fleire kommunar har utarbeidd eigne skjema for registrering av pasientdata. Sogndal har til dømes laga eit eige kurveskjema. Det blir ved fleire høve etterlyst nasjonale og/eller regionale standardar for ulike typar registrerings- og vurderingsskjema.

Korleis skal pasientdata registrerast?

Pasientdata vert registrert på ulik måte i dei fire helseføretaksområda. I Helse Førde sitt område blir det nytta «Registreringsskjema ved alle akutte innleggingar i sjukehus» for å dokumentere vurdering av innlegging i sjukehus. Same skjema vert brukt som grunnlag for diskusjon og analyse i møte mellom helseføretak og kommunar.

I Helse Bergen sitt område brukar ein «Sjekkliste for innlegging i kommunal ØH-seng» til same føremål. I begge områda brukar dei òg element frå akuttmedisinsk vurderingsmetodikk til støtte for å beskrive pasienten sin tilstand og vurdering av kvar han bør leggest inn (Førde: MEWS, Bergen: SATS (South African Triage Scale). Klinisk skjønn skal setje til side scoring frå skjema.

I Fonna- og Stavangerområda er det så langt Fylkesmannen kjenner til førebels ikkje teke i bruk standardiserte registrerings- eller vurderingsskjema.

Rettleiing frå helseføretak

Nesten alle kommunane fortel at dei er nøgd med tilgang og kvalitet på rettleiing frå helseføretaka. Dei fleste seier at får god tilgang på spesialistvurderingar når det trengst. Sogndal kommune meiner at kommunikasjon med helseføretaket ved innlegging ikkje fungerer godt nok og seier at det stort sett er assistentlegar med liten erfaring som er dialogpartnarar på sjukehussida. Andre kommunar (Os, Stavanger og Luster) seier at dei sjeldan nyttar tilbod om rettleiing frå helseføretaket og at dette skuldast god kompetanse hos vaktlegar og sjukeheimslege. Haugesund kommune seier at det så langt ikkje har vore aktuelt med rettleiing i samband med innlegging i dei kommunale sengeplassane og at dei opplever desse pasientane stort sett som betre enn utskrivingsklare pasientar som kjem inn i kommunen si mottaksavdeling. Eigersund kommune ønskjer seg meir bruk av videokonferanse i samband med rettleiing.

Samarbeid mellom helseføretak og kommune om analyse av pasientdata

Kommunane i dei fire helseføretaksområda på Vestlandet samarbeider ulikt med helseføretaka om oppfølging av drift og analyse av pasientdata.

Helse Førde: Det er etablert driftsgrupper med årlege møte for Luster og Sogndal. Ingen av kommunane sa at driftsmøta i særleg grad blei brukt til oppfølging og forbetningsarbeid. Fylkesmannen oppmoda desse kommunane om å søke tettare samarbeid med helseføretaket.

Helse Bergen: Helseføretaket og kommunane har oppretta driftsgrupper som møtest kvar månad. Nokre av kommunane møter helseføretaket i same gruppemøte. Kommunane rapporterer at gruppene gir rom for kontinuerlig forbetring og at møta vert nytta til oppfølging av pasientdata. Ein kommune er kritisk til at helseføretaket ikkje møter med lege i driftsmøta.

Helse Fonna: Haugesund kommune har oppfølgingsmøte med helseføretaket kvar månad. Kommunane og helseføretaket driv ei analysegruppe saman. Vi er ikkje kjend med om denne gruppa har eller er tenkt å skulle handsame pasientdata frå kommunalt akutt døgnopphald i Haugesund.

Helse Stavanger:

Fylkesmannen er ikkje kjend med om eller korleis helseføretaket og kommunane samarbeider om analyse av pasientdata i området.

Erfaringar til no**Kven blir lagt inn?**

Dei fleste pasientane som blir innlagt ser ut til å ha infeksjonar, sjukdommar i luftvegane (KOLS) og smerte. Dei fleste er over 67 år og dei kjem inn før eller i staden for innlegging i sjukehus, ikkje etter utskriving.

Kvar kjem dei frå?

Dei fleste blir innlagt frå heimen og nokre få frå sjukeheim. Største delen kjem via legevakt, deretter frå fastlege. Registreringspraksis har innverknad på tala. Kommunar med fleire sjukeheimar (t.d. Luster) opplyser at dei skriv inn pasientar frå andre sjukeheimar i tilbodet ved behov. Pasientar i sjukeheimen der tilbodet ligg, vert ikkje skrivne inn. Alle pasientane i som ligg i sjukeheimen som har kommunalt akutt døgnopphald, får likevel nytte av at kommunen har høg kompetanse tilgjengeleg, og hevar terskelen for innlegging i sjukehus.

Korleis vert sengene utnytta?

Sengeplassane blir lite brukte. Utnyttingsgraden ligg jamt over mellom 20 og 65 prosent, men det er nokre unntak: Øygarden kommune opplyser at dei har noko nær full bruk av si seng (rekna utifrå 0,5 senger). Fusa kommune har nær 70% utnytting (rekna utifrå 0,5 senger).

Dei fleste kommunane opplyser at gjennomsnittleg liggetid er noko under tre dagar. Fylkesmannen har ikkje henta inn tal for liggedøger frå sjukehusa i regionen og har såleis ikkje grunnlag for å meine noko om ordninga med kommunalt akutt døgnopphald så langt medverkar til avlasting av sjukehussenger.

Tabell 4: Utnyttingsgrad for sengene korrigert for berekna sengetal frå Helsedirektoratet

Kommune	Omtrentleg utnyttingsgrad korrigert for berekna sengetal (%)	Tal på oppretta senger	Tal på senger berekna frå Helsedirektoratet
Eigersund	30 ¹	2	1,89
Hå	Ikkje kjend ²	2	2,02
Klepp, (Sandnes, Gjesdal, Time)	Ikkje kjend	12	12,83
Stavanger	Låg ³	6+2 ⁴	15,40
Suldal	Ikkje kjend	1	0,58
Haugesund	Låg ⁵	5	4,59
Os	30-50	2	2,10
Fusa	70	1	0,58
Odda, (Ullensvang, Jondal)	Ikkje kjend	2	1,87
Fjell (Sund)	20-30	3	3,27
Øygarden	90-100	1	0,57
Askøy	35	3	3,03
Lindås (Meland, Radøy, Osterøy, Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen)	Ikkje kjend	6	5,64
Sogndal	40	2	0,97
Luster	65	1	0,77
Eid (Selje, Vågsøy, Hornindal, Stryn)	55	5	3,35

Kommentar til tabell: Utnyttingsgrad i kommunane Øygarden og Fusa(0,57 - 0,58 senger) skil seg i stor grad frå dei andre tala og er såleis ikkje tatt med når intervall for utnytting er oppgitt.

Tala i andre kolonne kjem fram etter omrekning. Kommunane har opplyst korleis kommunalt akutt døgnopphald-sengene faktisk blir nytta (liggedøgn/tal på senger), medan tala som er vist her er liggedøgn/tal på senger rekna frå Helsedirektoratet. Merk at dei fleste tilboda med kommunalt akutt døgnopphald har vore i drift kort tid og at tala såleis er usikre.

Brukarerfaringar og informasjon til befolkninga

Befolkninga i dei aktuelle kommunane er informert om ordninga gjennom ulike kanalar, mellom anna kommunen sin nettstad, informasjonsavis, lokalmedia (TV, radio, avis) og folkemøte. Helsepersonell er informert gjennom rundskriv og fellesmøte. Ein kommune (Sogndal) seier at dei ikkje har informert befolkninga aktivt.

Systematisk kartlegging av korleis brukarane oppfatar kommunalt akutt døgnopphald vert gjort i Helse Bergen sitt område i samarbeid med kommunane. Fylkesmannen har så langt ikkje kjennskap til at det er publisert resultat frå undersøkinga. Alle kommunane rapporterer om gode tilbakemeldingar frå pasientar.

¹ Tal frå mai 2013.

² Tal frå des 2012.

³ Tal frå okt 2012.

⁴ Tal frå 2013.

⁵ Eininga starta

Rekruttering

Kommunane har gode erfaringar med rekruttering av helsepersonell til kommunalt akutt døgnopphald og får mange kvalifiserte søkarar til ledige stillingar. Det er stor interesse for nyoppretta sjukepleiarstillingar, og det er tilsett sjukepleiarar med lang akuttmedisinsk erfaring frå sjukehus i fleire av einingane. På legesida har det i større grad vore intern rekruttering. For einingar med stort befolkningsgrunnlag (Klepp, Stavanger, Haugesund, Fjell, Nordhordland, Nordfjord) er det tilsett legar med spesialistutdanning. Avklaring av korleis teneste i einingar for kommunalt akutt døgnopphald skal inngå i spesialiseringssløp for legar er eit viktig element for rekruttering. Tenesta er per i dag ikkje teljande for spesialitet i geriatri, akutt- eller allmenmedisin.

Diskusjon

Ordninga med kommunalt akutt døgnopphald startar gradvis opp i perioden 2012 til 2016. Både KS^c og Helsedirektoratet^{d,e} har nyleg publisert rapportar om utbygging og utvikling av tilbodet nasjonalt. I tillegg har KS utarbeidd ei database^f med opplysningar om kor langt dei ulike kommunane har kome i arbeidet.

Aleine eller saman?

Plassering av legevakt, sengeplassar og arbeidsplassar er saker som vekker sterkt engasjement både hos innbyggjarar og politikarar. Dei fleste av kommunane vi har intervjuar har snakka med nabokommunar om samarbeid før dei bestemmer organisering og plassering er teken. Geografiske omsyn vege oftast tungt i vurdering av kvar einingane skal ligge. Det er så langt etablert fem interkommunale samarbeid med to eller fleire kommunar i regionen; Jæren (4), Nordhordland (9), Nordfjord (5), Indre Hardanger (3) og Fjell/Sund (2), medan 11 kommunar har starta opp aleine. Felles for kommunane som har starta opp aleine er at dei legg vekt på at lokal etablering vil kunne utgjere eit fortrinn med tanke på kortare transportveg, betre kjennskap til pasientane, halde kompetanse og arbeidsplasser lokalt og vere eit av fleire tiltak for å oppretthalde spreidd busetnad. Fleire legg vekt på at dei held fram med og stettar regionale samarbeid på andre områder av reforma trass i at dei etablerer tilbod om kommunalt akutt døgnopphald sjølv (t.d. Luster, Sogndal, Askøy og Øygarden). Andre er opne for at nabokommunar på sikt kan ta del i ordninga (t.d. Eigersund, Haugesund, Os, Sogndal). Fleire kommunar peikar på godt samarbeid med og tillit frå politisk leiing som suksessfaktor for rask etablering av tilbodet.

Kompetanse

Alle kommunane har ansvar for at helse og omsorgstenestene er forsvarlege til ein kvar tid. Det er og ei forventning om at det kommunale tilbodet (kommunalt akutt døgnopphald) skal avlaste sjukehuset. Kravet og forventninga er det same for alle kommunar. Kravet til forsvarlege tenester må vegast mot tilgjengeleg kompetanse, medisinsk utstyr og avstand til sjukehus. Kva skal til for at eit tilbod om kommunalt akutt døgnopphald skal vere forsvarleg? Pasientar med ulike diagnosar krev ulik kompetanse. Dette reiser spørsmål om små einingar med få sjukepleiarar og legar kan yte gode nok tenester over tid. Eit anna spørsmål er om små einingar med få pasientar sikrar tilstrekkeleg øving i kritiske prosedyrar. Til og med dei største einingane vi har intervjuar seier at få pasientar er ei utfordring når det gjeld å oppretthalde kompetanse, særskilt i sjukepleiargruppa.

Fylkesmannen har ikkje vurdert om tenestene i den enkelte kommune er forsvarlege eller ikkje. Vi har like fullt sett at det er stor variasjon i kvalitet på tilboda fordi kompetansen varierer mykje og rutinar og samarbeid også gjer det.

Og korleis vert sengene brukt?

Det er førebels tidleg å seie om samlokalisering av einingar med kommunalt akutt døgnopphald og andre kommunale tenester, eventuelt sjukehus, vil ha noko å seie for kva slags pasientar dei får.

Det teiknar seg allereie eit bilete av at større einingar har meir spesialisert kompetanse både på lege og sjukepleiarsida. Med nokre unntak (Haugesund, Askøy, Klepp) ligg desse større einingane i tilknytning til sjukehus, intermedieæravdelingar eller legevakt.

Tilskotet til kommunalt akutt døgnopphald er basert på folkesetnad. Johannes Kolnes, Helse Bergen, har vist at om lag seks senger (42000 innbyggjarar) vil tilskotet kunne dekke utgifter til sjukepleiarressurs 24/7^e. Dette er det ikkje realistisk å oppnå for fleire område i regionen. For dei fleste kommunane vil løysinga ligge i samdrift med andre kommunale funksjonar, som til dømes sjukeheimsavdeling eventuelt andre typar av spesialiserte sengeplassar, og ved å legge medisinsk oppfølging og ansvar til legevakt. Dette kan vere ei eigna løysing når spesielle omsyn gjer samarbeid med andre umogleg. Fylkesmannen er likevel bekymra over kor mange små einingar det blir etablert i regionen, spesielt når reiseveg og –retning tilseier at samarbeid er mogleg. Etter vår oppfatning blir det ikkje alltid teke nok omsyn til behovet for kvalitet på tenestene når lokalisering fastsetjast.

Kriterium for kven som skal ligge i sengene og kven som faktisk blir innlagt ser vi førebels ikkje nokon grunn til å kommentere spesielt. Både kommunane og helseføretaka må saman følgje nøye med på dette. Partane har eit felles ansvar for å vurdere og eventuelt gjennomføre justering av kriterium og praksis for innlegging om erfaring syner at det er naudsynt. Så langt har vi ikkje kjennskap til at pasientar har fått uforsvarleg behandling.

Det vil i tida framover vere relevant å sjå nærare på om og eventuelt på kva måte oppretting av desse tilboda får innverknad på andre kommunale tenester. Er det til dømes slik at dei økonomiske insentiva i reforma i for stor grad vrir merksemda og ressursane mot toppen av omsorgstrappa? Korleis påverkar dette i så fall satsing på lågterskeltilbod, førebyggjande tiltak og folkehelsearbeid? Er det slik at kommuneøkonomi verkar inn? Det har frå ulikt hold vore uttrykt frykt for korleis gruppa av eldre med akutt funksjonssvikt og samansett sjukdomsbilete skulle ivaretakast i den nye ordninga, spesielt med tanke på kompetanse og hyppige flyttingar. Dette er problemstillingar som Fylkesmannen vil følgje tett med på.

Samarbeid mellom kommunar og helseføretak om oppfølging og analyse av drifta ved einingane varierer mellom dei ulike helseføretaksområda. Vi meiner variasjonen er for stor. Etter vår oppfatning er samarbeid ein suksessfaktor for god drift av einingane. Etablering av ein slik arena vil kunne lette arbeid med evaluering og forbetring, både mellom nivåa og mellom dei ulike einingane. Fylkesmannen har oppmoda regionhelseføretaket om å bidra til at det blir oppretta driftsgrupper i regionen.

I fleire av kommunane er plassane for lite brukte. Det kan sjå ut til at små kommunar med få senger har høg utnyttingsgrad. Grunnen til det er truleg samansett, men det er først relevant å peike på at ordninga er ny og treng tid på å etablere tillit hos helsepersonell. Dei viktigaste enkeltfaktorane som bidreg til låg bruk av ordninga synest å vere:

- Manglande tillit til ordninga hos legane.
- Tidkrevjande byråkrati ved innlegging.
- Manglande second opinion – legar i legevakt legg inn til seg sjølv.

Tillit. Samarbeidsforhold mellom kommunen og fastlegane ein viktig faktor. Involvering av heile eller deler av legevgruppa i planlegging av tilbod kan vere lettare å få til i små kommunar. Enkelte fastlegar har peika på

manglande involvering i planleggingsprosessane og det enkelte meiner er manglande forankring av ordninga i forskingsbasert kunnskap frå styresmaktene si side.

Byråkrati. Ved innlegging i kommunalt akutt døgnopphald er det som hovudregel innleggande lege som skal setje i gang behandling, beskrive behov for observasjon og utarbeide oppfølgingsplan. Nokre av kommunelegane seier at dette kan vere noko av bakgrunnen for at ordninga vert lite nytta – det er mindre arbeidskrevjande å legge pasienten inn på sjukehus.

Second opinion. Ein anna viktig observasjon er at legane ved mange høve legg inn til seg sjølve. Fleire har peika på at mangel på «second opinion» kan verke inn på bruk av plassane for enkelte pasientar. God tilgang på rettleiing frå helseføretak, bruk av standardiserte vurderingsskjema ved innlegging, gode lokale rutinar og sjukepleiarar med naudsynt kunnskap og erfaring kan kompensere i denne typen situasjonar.

Ein annan faktor er at små kommunar langt frå sjukehus til ei viss grad har brukt korttids plassar til å «sjå an» pasientar, og såleis allereie har etablert ein kultur for å behandle pasientar lokalt. Erfaringar frå Sjukestugu i Hallingdal syner at bruk av sengeplassar er størst for vertskommunen. Kommunar som ligg nær sjukehuset, og pasientar som må reise «andre vegen» til eininga har lågast bruk av plassane. Nokre av kommunane med låg utnyttingsgrad i regionen ligg nær sjukehus; Stavanger, Fjell/Sund, Haugesund og Askøy. Her blir det også viktig å følgje med på bruken i tida framover.

Endring av kompetansebehov i tenestene aktualiserer òg samarbeid mellom aktørane og utdanningsinstitusjonane for å sikre at innhald og innretting av utdanningane stettar tenestene sine behov.

Kva no?

Fleire faktorar, mellom anna utnytting av plassane, økonomi og organisering peikar mot at den strukturen av kommunalt akutt døgnopphald vi no ser vert etablert i kommunane er første generasjon. Om det utviklar seg ein skilnad i pasientkategoriar basert på tilknytingsform for eininga (sjukeheim, legevakt, sjukehus) må vi og følgje med på. Eit anna felt som vil ha innverknad på effektiv drift av einingane er meldingsutveksling med spesialisthelsetenesta og tilgang til journalsystem. Det er ikkje klart kva tid dette vil vere på plass.

Referansar

^a [Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold](#), Veiledningsmateriell, Helsedirektoratet 01/2013

^b Utfordringer for pasientsikkerheten under samhandlingsreformen : skaper vi nye grenseflater med risiko for svikt?, Heidi Fugli, Masteroppgave, Universitetet i Stavanger, 2013

^c [KS FoU-prosjekt nr 134018](#); Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene; - Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen; November 2013

^d [Undersøkelse om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold](#), utført av Deloitte på vegne av Helsedirektoratet, Januar 2014

^e [Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp](#), Notat, Helsedirektoratet, November 2013

^f [Database kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud](#), KS, 2014

^g Johannes Kolnes, Helse Bergen, [Presentasjon Leiarkonferansen NSH 2012](#).

Vedlegg

1. Moment og stikkordliste for besøk i kommunalt akutt døgntilbod

Lista er ment som utgangspunkt for diskusjon av tilbodet og er ikkje uttømmande.

Planlegging

- Prosess før etablering; planlegging, politisk etc.
- Er det gjort eller planlagt gjennomført risikoanalyse for tenesta?
- Samarbeid med andre kommunar
- Samarbeid med helseføretak
- Samarbeid fastleger – korleis har desse vore involvert i planlegging

Kompetanse

- Korleis er fagleg og administrativt ansvar for tilbodet lagt opp?
- Utarbeida kompetanseplaner?
- Plan for erfaringsutveksling (hospitering) (i helseføretak, nabokommunar, anna)
- Korleis sikrast tilstrekkeleg øving for tilsette i prosedyrar som vert gjort sjeldan?

Drift av eininga

- Driftsform, eventuell samdrift med andre einingar.
- Personell (lege, sjukepleier), dag/natt/helg, tal på leger i rotasjon
- Kva for pasientar skal leggest inn i tilbodet? (eventuelle kriterier)
 - Støttetiltak for vurdering av pasientar ved inntak (scoringsskjema etc.)
 - Korleis skal pasientdata registrerast og på kva måte nyttast desse til å utvikle eininga?
- Full aktivitet ved start eller gradvis opptrapping av tilbodet?
- Korleis er tilgang på rettleiing frå HF, og korleis er dette lagt opp?
- Kva slags samarbeid har kommunen med HF om oppfølging og analyse av eininga, og har dette ført til justeringar i tilbodet undervegs?

Erfaringar til no

- Kven leggest inn i eininga? Kor leggest pasienten inn frå? Er dette pasientar som tidligare ikkje har vore behandla i kommunen? Blir tilbodet brukt før, i staden for eller etter behandling i sjukehus?
- Belegg (ca. %)
- Korleis vert forhold i ambulansetenesta påverka av tilbodet?

Anna

- På kva måte er befolkninga informert om tilbodet?
- Er det gjennomført eller planlagt undersøkingar av kor nøgd brukarane av tilbodet er med tenesta?
- Erfaringar med rekruttering av helsepersonell til eininga
- Andre utfordringar knytt til kompetanse?
- Andre utfordringar knytt til samarbeid rundt tilbodet?
- Andre ting Fylkesmannen bør kjenne til?
- Kva kan Fylkesmannen bidra med?

2. Sjekkliste for innlegging i kommunal ØH-seng – Helse Bergen

Sjekkliste for innleggelse kommunal ØH-seng (versjon

Innleggingsdato		Klokkeslett for innleggelse		
Innlagt fra	sjukeheim	e-post	Tlf	Faks
Personalia		Pårørende		
Etternavn		Etternavn		
Fornavn		Fornavn		
Fødselsnummer		Tlf		
Adresse				
Innleggende lege		Tlf		
Fastlege		Tlf		
Hoveddiagnose		Bidiagnoser		

CAVE:

Husk å sende med: Medikamentliste, vaktnotat fra legevakt, tidligere sykdommer

Innleggelseskriterier

Alle må oppfylles:	Kryss	Minst en av følgende oppfylles:	Kryss
Forventet liggetid < 72 t:		Behov for overvåkning:	
Henvist fra lokal legevakt, fastlege, tilsynslege:		Behov for admin. av medisiner:	
Sannsynlig at lokale tiltak kan bedre situasjonen:		Behov for væskebehandling:	
Alder > 18 år:		Behov for smertelindring:	
Ikke ruset:		Annet:	
Ikke mistanke myokardinfarkt:		Annet:	
Ikke mistanke hjerneslag:			
Ikke gravid:			
Ikke bevisstløs:			
Ikke akutt psykotisk:			

Scoringsverktøy

NB: Klinisk skjønn overstyret Rød/orange hastegrad innlegges alltid

Inn Ut

		0	1	2		
Respirasjons rate/min	RR 9-20	0	RR 21-29	1	RR < 9 el. > 29	2
Oksygenmetning (NB: ÆKOLS)	SpO2 > 95%	0	SpO2 90-95%	1	SpO2 < 90%	2
Puls	51-90	0	41-50 el. 91-110	1	< 41 el. > 110	2
Systolisk BT	101-199	0	81-100	1	< 81 el. > 199	2
Allmenntilstand	God	0	Noe redusert	1	Dårlig	2
Temperatur	36-38°	0	38-39,1°	1	< 36 el. > 39,1°	2
Skade(-r)/smerter	Ingen	0	Middels	1	Store	2
Pleiebehov	Ikke	0	Hjelp i stell	1	Stort	2
Klinisk kjemiske prøver (avvik)	Ingen	0	Moderat	1	Alvorlig	2
Forslag plassering:	Hjem 0-2, ØH-seng 3-4, Sykehus > 4				Sum	