

Vedlegg 2

Tabell
USK: utskrivningsklare pasientar, HOMS: hele- og omsorgstenester, ØHD: Øyeblikkeleg hjelp døgnplassar
<b>Vurdering kvalitet: Skala 1-5 . 1: dårlegast 5: best</b>



	Mest desentralisert			Mest sentralisert	
	Eigne sengeplassar i kvar kommune	Eigne sengeplassar i kvar kommune + felles i Alver	Vertskommunemodell, med felles sengepost i Alver kommune	Kjøpe plassar av Bergen	Kommentar
Samarbeid med andre HOMS Tverrfaglige møter, annen oppfølging i eigenkommune	5	5 for senger i eigen kommune 1-4 for senger i Alver, avhengig av avstand	1-4 avhengig av avstand, 5 for Alver	1	Jo meir sentralisert, desto større risiko for at kommunar lar pasientar ligge på ØHD og bruker sine sjukeheimsplassar til USK
Kontinuitet i sjukepleiargruppe (pasientobservasjon)	5	5	5	5	Avhengig av organisering og rekruttering
Sikre tilstrekkeleg sykepleiardekning og kompetanse	?	?	?	5	ØHD-tilbod lokalt kan verke rekrutterande
Sikre tilstrekkeleg legedekning Obs kontinuitet	5	5	5	5	Tilstrekkeleg legedekning blir definert av kva pasientar ein vel å gje eit tilbod til
Kompetanse hos legar	5	5	5	5	Allmenntmedisin

Kunnskap ved ØHD om kompetanse i ulike kommunar	5	1-5	1-5	1	
Kunnskap ved legevakt om ØHD	1-5	1-5	1-5	1	Avhengig av korleis legevakt er organisert: i den einkilde kommune, fleire kommunar i lag, eller alle i Alver
Samarbeid fastlegar /ØHD/ HOMS	5	4-5	1-5	1	
Kvalitet helsehjelp	5	5	5	5	Naudsynt tilpassing mellom tilbod og målgruppe
Ressursbruk	5	4-5	1-5	Sjukehuset har avtale med Bergen kommune om drift av ØHD. Kommunane i NH vil miste kontrollen over ressursbruken	Ressursane i kommunen nyttast best der det er tett samarbeid mellom ulike tenester
Samsvar mellom forventningar frå legevakt og faktisk tilbod i ØHD					Risiko er større desto mindre kjennskap legevaktslege har til kommunale tilbod
Andre forhold			Dei andre kommunane har ikkje kontroll på tenestetilbodet (i sengene) Fordeling av bruk av senger kan være skeiv.	For dyre plasser?	Observasjon på legevakta

## Andre spørsmål frå forprosjektrapporten:

1. Kan ØHD i større grad bli brukt som sengeplassar for gjennomføring av fastlegane si planlagde behandling, som ikkje kan vente «dager, uker eller månader» (smerter, medikamentjusteringer m.m.)?  
Dette er opp til den einskilde kommune.
2. Kor mange senger trengs til dei definerte målgruppene, og kor mange senger ønskjer kommunane å ha?  
Kvar kommune står fritt til å avgjere dette for eigen del. Ved felles ordning, må ein finne ei felles løysing.
3. Korleis sikre at ØHD ikkje fører til forseinka diagnostikk og behandling?  
Det må vere samsvar mellom pasientgruppe og ressursar for å sikre fagleg forsvarlegheit.
4. Kva skal vere kortaste og lengste liggetid?  
Kommunen kan bestemme dette sjølv.
5. Korleis sikre samarbeid med spesialisthelsetenesta, både innan somatikk og psykiatri?  
Dette er regulert av lover og forskrifter, og i samarbeidsavtalar.
6. Bør det vere definerte sjukepleiarstillingar knytt til ØHD for å sikre kontinuitet i observasjon og vurdering av pasientar?  
Uavhengig av organisering og geografisk plassering er det viktig med kontinuitet.
7. Kva er hensiktsmessig legedekning ut frå målgruppene?  
Avhengig av kven som er målgruppa for ordninga.
8. Kva kompetanse bør legane ha?  
Må kunne jobbe sjølvstendig og i team, erfaring frå sengepost/institusjon, eller anna tverrfagleg arbeid er ein fordel. Spesialitet: allmennmedisin.
9. Korleis kan legane ved legevakta og ØHD samarbeide og fordele oppgåver?  
Ulikt for de ulike modellane, sjå tabellen over. Lokalkunnskap alltid viktig.
10. Korleis er stabilitet, kompetanse og kapasitet ved legevakta avhengig av bemanning og kompetanse ved ØHD - og omvendt?  
Avhengig av organisering. Nokon løysingar kan gje ein viss sambruk av ressursar. Risiko for at ressursane blir styrt til legevakta dersom det er sambruk av personell.
11. Korleis kan ØHD-tilbodet bidra til at dei kommunale ressursane blir utnytta best mogeleg?  
Sjå tabellen. Pleie og omsorgstenester, fastlegar, andre kommunale tenester er enklare der det er same organisasjon og geografisk nærleik. Ein kan vurdere ei ordning der fastlegen følger opp eigne pasientar i ØHD-sengene. Dette må ikkje medføre overføring av oppgåver til fastlegane.
12. Korleis sikre krav til forsvarlegheit i Helse og omsorgstjenestelova § 4-  
Sikre samsvar mellom pasientgruppe og ressursar. Kvalitetsarbeid. Viktig med god definisjon av målgruppe.

## Andre moment

Ein fordel både for legevaktslege og ØHD-lege å ha fastlegen i umiddelbar nærleik. I ein desentralisert modell må det vere klart at ØHD er noko anna enn ein anna sjukeheims plass. ØHD- plass kan likne meir på ein rehabiliteringsplass og reelle korttidssenger.