

Lindås kommune

Rapport frå forprosjekt: Evaluering av Nordhordland Øyeblikkelig hjelp døgntilbod

Forprosjekt

Terese Folgerø
01.04.2019

Innhald

1.	Bakgrunn	2
2.	Organisering av forprosjektet.....	3
3.	Om rapporten frå forprosjektet	4
4.	Sentrale føringar og omgrep	4
4.1	Sentrale krav til øyeblikkeleg hjelp døgntilbod i kommunane.....	7
4.1.1.	Lov om kommunale Helse – og omsorgstjenester	7
4.1.2.	Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud	8
4.1.3.	Lov om helsepersonell.....	8
4.2	Forholdet mellom lov/forskrift og statlege tilrådingar/retteiarar	9
4.3.	Samandrag av føringar gitt i lov, forskrift og lovforarbeid	9
5.	Kartlegging før oppstart av Nordhordland Øyeblikkeleg hjelp Døgntilbod (ØHD).....	10
6.	Lokale føringar for Nordhordland Øyeblikkeleg hjelp døgntilbod (ØHD)	11
6.1.	Avgjerder i Nordhordland før oppstart av ØHD	11
6.2	Samarbeidsavtale med spesialisthelsetenesta: skildring erstattar tenesteavtale	11
6.2.1	Bakgrunn.....	11
6.2.2.	Lovkrav om samarbeidsavtale	11
6.2.3.	Avtalestruktur.....	12
6.2.4.	Spesielle høve knytt til « <i>Tenesteavtale 4. Beskriving av kommunen sitt tilbod om døgnoophald for øyeblikkeleg hjelp etter § 3-5 tredje ledd.</i> » frå 2012.....	12
7.	Målgrupper for ØHD.....	13
8.	Organisering av tilbodet ved Nordhordland ØHD	13
8.2.	Bemanning, rekruttering og tilstettingstilhøve	14
8.2.1.	Krav til bemanning.....	14
8.2.2.	Sjuepleiarar.....	14
8.2.3.	Legar	14
8.3.	Samarbeid og ansvarsdeling mellom legar som er på vakt ved NHLV/ØHD	15
8.3.1.	Alminneleg arbeidstid.....	15
8.3.2.	Utanfor alminneleg arbeidstid	15
9.	Diagnostiske verktøy, medisinsk behandling og journalsystem.....	16
9.1.	Diagnostiske verktøy og medisinsk behandling	16
9.2.	Journalsystem.....	16
10.	Samarbeid med fastlegar og heimetenester	16
11.	Samarbeid med spesialisthelsetenesta	16

12.	Utforminga av lokalar	16
13.	Liggetid og kapasitet.....	17
14.	Ikkje planlagd endring av tilbodet	17
15.	Innspel til spørsmåla som skal drøftas i hovudprosjektet.....	18
15.1.	Oppfyller kommunane plikta gitt i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-5 tredje ledd?	18
15.2.	Er tilbodet rett dimensjonert i forhold til behovet i regionen?.....	19
15.3.	Er samhandling mellom aktørane i ulike pasientforløp avklara?	20
15.3.1.	Øyeblikkeleg hjelp: Bruk av omgrepet	20
15.3.2.	Innleggande lege	20
15.3.3.	Utskriving frå spesialisthelsetenesta.....	21
15.3.4.	Dagbehandling ved ØHD	21
15.3.5.	Helsetenester til sjuke eldre og akutt funksjonssvikt hos eldre.....	21
16.	Tilråding.....	22
16.1.	Hovudprosjekt	22
16.2.	Drift av ØHD fram til innflytting i Helsehuset.....	23
17.	Vedlegg.....	23

1. Bakgrunn

Øyeblikkeleg hjelp døgntilbod (ØHD) ved Nordhordland legevakt (NHLV) vart etablert i 2013, då som eit prosjekt med finansiering frå Helsedirektoratet og helseføretak. Frå 01.01.2016 vart det sett i verk lovkrav for kommunane om å ha eit slikt tilbod for pasientar med somatiske lidingar, og frå 01.01.2017 blei lovkravet utvida til også å gjelde personar med psykisk sjukdom og/eller rusmiddelproblem. Frå 1.1.2016 er tiltaket finansiert gjennom rammetilskot til kommunane. Etter nærare 5 års drift vart det etterspurt ei evaluering av verksemda, då spesielt når det gjeld målgrupper og pasientforløp.

I mai 2017 kom det følgjande førespurnad frå Fagråd for kommuneoverlegar om å gjere ei evaluering av tilbodet med bakgrunn i beleggsprosent, kostnader og omsyn til kommunenes andre oppgåver innan helse og omsorg:

«Fagrådet for kommuneoverlegene i Nordhordland og Gulen har i møte 28.04.17 drøftet hvordan kommunene best kan utvikle tjenestene knyttet til legevakt og kommunale øyeblikkelig-hjelp døgnplasser (ØHD).

Fagrådet merker seg at belegget på ØHD er lavere enn dimensjonert. Lovkrav fra 01.01.17 om døgntilbud for pasienter med psykiske lidelser krever en ytterligere dreining av tilbudet. Regionen har behov for å opprettholde kapasitet innen helseberedskap og legevakt. Befolkningen har også andre framtidige behov innen bl.a. palliasjon, forsterket omsorg og oppfølging av pasienter med psykiske

helseproblemer og/eller ruslidelser. Det er en utfordring å få behov og ressurstilgang til å møtes, og å kunne se hele tjenestetilbudet i sammenheng. Det er pr i dag ikke utarbeidet kriterier eller verktøy for prioritering mellom ulike områder.

Fagrådet ber Lindås kommune / administrativ nemnd om å igangsette en utredning om framtidig behov for døgnbaserte tjenester, kompetansebehov og mannskapsbehov, under kravet til kostnadseffektive tjenester basert på helsefaglige prioriteringer. I utredningsarbeidet må alle deltakerkommunene være representert.»

Det vart beslutta et det var naudsynt med eit forsprosjekt for å danne grunnlag for eit hovudprosjekt med mål om å sikre at

- Kommunane oppfyller plikta gitt i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-5, tredje ledd
- Tilbodet er rett dimensjonert i forhold til behovet i regionen.
- Samhandling mellom aktørane i ulike pasientforløp er avklara

2. Organisering av forprosjektet

Oppdragsgjevar

Rådmannen Lindås kommune / Rådmannsutvalet

Adm. styringsgruppe:

Rådmannen sitt leiarteam

Prosjektansvarleg:

Rådmannen i Lindås kommune

Prosjektleiar:

Terese Folgerø, Kommuneoverlege Lindås kommune

Prosjektgruppe:

Dag Brochmann, Legevakstjef

Tor Magnus Soleim, overlege NLV (Vara: Ingrid Tangerås)

Grethe Valdersnes, Fagsjukepleiar NLV

Anne Laue, Representant for fastlegane i samarbeidskommunane

Kjetil Lorentsen, Tillitsvalt NLV

Referansegrupper:

1. Fagråd for kommuneoverlegar i Nordhordland,
2. Representant frå spesialisthelsetenesta i driftsgruppa for ØHD
3. Kommunalsjefsgruppa i Nordhordland
4. Brukargrupper representert ved Råd for menneske med nedsett funksjonsevne og Eldrerådet i Lindås kommune
5. Tilsette på NHLV/ØHD

3. Om rapporten frå forprosjektet

Denne rapporten peiker på ei rekkje tilhøve som bør drøftas i meir detalj i eit hovudprosjekt som skal svare på korleis kommunane kan sikre at

- Kommunane oppfyller plikta gitt i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-5, tredje ledd
- Tilbodet er rett dimensjonert i forhold til behovet i regionen.
- Samhandling mellom aktørane i ulike pasientforløp er avklara

Samtidig vil hovudprosjektet svare på oppmodinga frå Fagrådet for kommuneoverlegane i Nordhordland om å gjere «*utredning om framtidig behov for døgnbaserte tjenester, kompetansebehov og mannskapsbehov, under kravet til kostnadseffektive tjenester basert på helsefaglige prioriteringer*» .

4. Sentrale føringar og omgrep

I forarbeida ¹ til [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#) som tok til å gjelde frå 1.1.2012 finn ein grunngevinga for eit lovkrav om at kommunane skulle etablere øyeblikkeleg hjelp døgnplassar (ØHD). Ordninga er grunngeve dels med at det skulle bidra til å gje betre pasientforløp og å gje tenester nærare der pasienten bur, og dels med at ein ville sikre eit tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgntilbod til pasientar som ikkje trengte innleggelse i sjukehus. I Odelstingsproposisjonen ([Prop. 91 L \(2010–2011\)](#)) kapittel 16 er dette drøfta. Mellom anna peiker den på at nokon pasientar vart lagd inn på sjukehus fordi det mangla eit tilbod i kommunane, og ikkje fordi dei trengte spesialisthelsetenester, kap. 16.3:

«Det at man på kommunale institusjoner i utgangspunktet ikke tar inn pasienter på kveld, natt, helg og i høytider handler både om bemanning, tilgang til lege, måte det fattes vedtak om plass på og sist, men ikke minst kultur. Man er ikke vant til å tenke «øyeblikkelig hjelp» selv om behovet ofte er tilstede. Dette fører til at kapasiteten i kommunale institusjoner ikke utnyttes like godt som på sykehus. Det fører også til at kommunale institusjoner i dag i praksis bare i noen grad er alternativ til innleggelser på sykehus fordi «åpningstiden» er så begrenset. Når pasienter blir lagt inn på sykehus i dag skjer det med andre ord ofte fordi kommunale døgntilbud ikke er «åpne» for inntak for å gi adekvat behandling, og ikke fordi pasienten må på sykehus.»

¹ [Prop. 91 L \(2010–2011\)](#)

Tabell 1. Oversikt over føringar og omgrep

	Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (HOL) inkludert lovforarbeid (Prop. 91 L (2010–2011))*	Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold – Veiledningsmaterieell Frå Helsedirektoratet	Politisk vedtak i 2012 om samarbeid om ØHD i Nordhordland
Bakgrunn	«..kommunale institusjoner i dag i praksis bare i noen grad er alternativ til innleggelser på sykehus fordi «åpningstiden» er så begrenset. Når pasienter blir lagt inn på sykehus i dag skjer det med andre ord ofte fordi kommunale døgntilbud ikke er «åpne» for inntak for å gi adekvat behandling, og ikke fordi pasienten må på sykehus.» (kap 16.3)*	«bedre pasientforløp og å gi tjenester nærmere der pasienten bor.» (s. 7)	
Definisjon Øyeblikkelig hjelp	«Øyeblikkelig hjelp benyttes som begrep for å skille mellom hjelpebehov som krever rask hjelp, fra helsehjelp som kan planlegges noen dager, uker eller måneder i forveien.» (kap 16.1)*	«Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp innebærer å vurdere hva slags tilbud pasienten trenger, og ut fra dette enten sørge for at slikt tilbud blir gitt i kommunen eller at pasienten blir henvist videre til spesialisthelsetjenesten for nødvendig behandling og oppfølging.» s 8	
Kommunen si plikt definert	HOL §3-5 «...Kommunen skal sørge for tilbud om døgnoophold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.»	«Det avgjørende er hvilke pasienter det kan gis et faglig forsvarlig tilbud til.» s. 18.	
Formål Definert	Lovteksten § 1-1 Lovens formål: (utdrag) sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdige	«bedre eller like godt for pasientene som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten.»	

	<p>tjenestetilbud. Sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker. Sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov. Bidra til at ressursene utnyttes best mulig.</p>	<p>s.9 «...komme tidligere inn i sykdomsforløpet for å redusere behovet for innleggelser i spesialisthelsetjenesten.» ... «en oppgaveoverføring til kommunene, der kommunene overtar oppgaver de kan utføre forsvarlig». s.9</p>	
Tal senger	Ingen sentrale krav	Kommunen bestemmer innretning og omfang	5,64 senger og styrking av legevakta
Målgruppe: Både somatikk, psykisk helse og rus.	<p>*Omfanget og innholdet av tjenestene, er opp til kommunen selv å bestemme. Hvordan tilbudet er innrettet og omfanget av tilbudet vil være avgjørende i vurderingen av om pasienten eller brukeren kan få en forsvarlig behandling i kommunen eller må henvises videre til andre. (Del 11 Merknader til lovforslagene)</p>	<p>«Det er presisert i forarbeidene at det er opp til kommunene å bestemme omfanget og innholdet av tjenestene.» «tilbudene vil normalt rette seg mot pasienter som har behov for øyeblikkelig helsehjelp, men det er likevel ikke til hinder for at brukere som har et mer omsorgsrettet behov også får et tilbud.» s 9</p>	
Varighet av døgnopphaldet	Sjå over	<p>«I tidligere versjoner av veiledningsmateriellet har det vært beskrevet veiledende antall timer / døgn liggetid i tilbudet. Det vil være pasientens tilstand og/eller psykosiale forhold rundt pasienten som er avgjørende for om det er forsvarlig å skrive pasienten ut av tilbudet.» s 19</p>	
Krav til bemanning og utstyr	<p>«Plikt til å sørge for forsvarlige tjenester er førende for hvordan kommunen velger å organisere sine tjenester slik at pasient og bruker kan få et forsvarlig tilbud om rask vurdering av sitt behov for helse- og omsorgstjenester.» (kap 16.6.1)*</p>	<p>«tilstedeværelse av sykepleier 24 timer døgnet. Alle pasienter må vurderes av sykepleier umiddelbart og av lege i rimelig tid etter innleggelse. Hva som er rimelig tid vil måtte vurderes individuelt, og vil være</p>	

		avhengig av forhold som pasientens tilstand, hva som er gjort av utredning og igangsatt av tiltak forut for innleggelse, hvor lenge det er til neste planlagte legetilsyn samt kompetansen til sykepleier på vakt.» s 23	
Behandlingsnivå definisjon	Kommunalt	Almenntilleggsmedisin	
Økonomi		Rammeoverføring frå 2016.	Sjå vertskommuneavtale

4.1 Sentrale krav til øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunane

4.1.1. Lov om kommunale Helse – og omsorgstjenester

«Kapittel 1. Formål og virkeområde

§ 1-1.Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,
2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,
3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,
4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,
5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,
6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og
7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.»

§ 3-5.Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter første ledd inntreer ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide.

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Kongen i statsråd kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om innholdet i plikten etter første til tredje ledd, herunder hvilke pasient- og brukergrupper som skal omfattes av tilbudet.»

«§ 4-1.Forsvarlighet

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

- a) den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,*
- b) den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,*
- c) helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og*
- d) tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene»*

4.1.2. Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud

«§ 1.Kommunens plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp.

§ 2.Begrensninger i kommunens plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Kommunens plikt etter § 1 gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Kommunens plikt etter § 1 gjelder pasienter og brukere med somatisk sykdom og sykdom innenfor psykisk helse- og rusområdet.

§ 3.Ikraftsetting

Forskriften settes i kraft fra 1. januar 2016.»

4.1.3. Lov om helsepersonell

«§ 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.»

4.2 Forholdet mellom lov/forskrift og statlege tilrådingar/retteiarar

Lov om kommunale Helse – og omsorgstjenester

«§ 12-5. Nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester.

Helsedirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer som hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og som grunnlag for at pasienter og brukere kan ivareta sine rettigheter. Kvalitetsindikatorene skal gjøres offentlig tilgjengelig»

Retningslinjer og rettleiarar kan være verdifulle hjelpemiddel for å handtere dei vurderingane tenesteytarane må gjere for å oppnå forsvarlegheit og god kvalitet i tenestene, men er ikkje rettsleg bindande for kommunane. Kommunen må derfor sjølv vurdere om dei tenestene som den tilbyr oppfyller loven sine krav. Dersom ein kommune ønskjer å yte tenester på ein annan måte enn det som er gitt i ulike rettleiarar og retningslinjer, så kan kommunar dokumentere og gjere greie for forvarlegheiten gjennom internkontrollsystem, planar eller lignande²

4.3. Samandrag av føringar gitt i lov, forskrift og lovforarbeid

1. Det er kommunen som bestemmer innretninga og omfanget av ØHD-tilbodet
2. Målgruppene er pasientar i kommunane som kan få eit forsvarleg tilbod i ØHD-senger
3. Tilbodet skal vere fagleg forsvarleg og det skal vere kommunehelseteneste/allmenntidning
4. Kva pasientar som tas inn i sengene gjev føringar for krav til bemanning – og omvendt: bemanninga set grenser for kva pasientar som kan få eit forsvarleg tilbod ved innlegging i ØHD
5. Tilbodet skal gjelde pasientar med med somatisk sjukdom og sjukdom innanfor psykisk helse- og rusområdet

² <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/folkehelse/statlige-veiledere-og-nasjonale-retningslinjer--binder-disse-kommunene/>

6. Tilbodet kan og omfatte brukarar som har eit meir omsorgsretta behov
7. Eit hovudformål er å gje eit døgntilbod til dei pasientane som kan få eit forsvarleg tilbod i kommunehelsetenesta, og som ikkje treng spesialisthelsetenester
8. Eit hovudformål med tilbodet er å betre pasientforløp og gje tenester nærare der pasientane bur
9. Sentrale myndigheiter har lagt til grunn at kommunale ØHD tilbod vil føre til mindre etterspurnad etter sjukehussenger
10. Tilbodet skal vere kostnadseffektivt

5. Kartlegging før oppstart av Nordhordland³ Øyeblikkeleg hjelp Døgntilbod (ØHD)

Før etablering av Nordhordland ØHD, vart det i 2011 utført ei kartlegging blant legane om behovet for ØHD-sengar i regionen. Eit registreringsskjema vart sendt ut til alle legekontor og til legevakta (Vedlegg 1). Undersøkinga hadde som formål å kartlegge kor mange vaksne pasientar som vart akutt innlagde i sjukehus for indremedisinske tilstandar, kva diagnosar dei hadde, og om den aktuelle pasienten kunne «unngått innlegging dersom det eksisterte eit øh-døgntilbod med ekstra sjukepleie - og legetilsyn i kommunen». Fastlegane kunne ikkje sjå at nokon av dei som vart innlagde «akutt» i spesialisthelsetenesta kunne ha fått eit tilbod i kommunal senger, utan at det var på plass avansert diagnostisk utstyr (MR, CT, røntgen, arteriell syre/base) og spesialistkompetanse (Psykiater, indremedisinar, nevrolog). Frå legevakta var det nokon få pasientar som vart vurdert å kunne ha fått eit kommunalt tilbod i staden for innlegging i sjukehus. Det er ikkje kjent om det var allmennpraktikarar som gjorde den vurderinga.

Etter kartlegginga ga arbeidsgruppa følgjande konklusjon: «Med bakgrunn i kartlegging ved Nordhordland legevakt og fastlegar i kommunane, samt grunnlagsdata frå HDS ser ein at det kan vere eit lite grunnlag for å etablere døgnplassar som erstattar innlegging i sjukehus for akutt sjuke pasientar.

I den grad det skal etablerast eit interkommunalt døgntilbod vurderer gruppa det slik at kommunane og pasientane er mest tent med å etablere det ein kallar "fleirbrukssenger".

Med det meiner ein døgnplassar som kan nyttast til fleire formål, som observasjon og behandling før eller i staden for innlegging i sjukehus, eller for pasientar som har vert til behandling i sjukehus, men som treng noko meir medisinsk oppfølging/enklare behandling/observasjon før dei kan reise til eigen heim. Det må stillast klare kvalitetskrav til slike døgnplassar.» (Vedlegg 2)

Omgrepa «akutt» og «øyeblikkeleg hjelp» er ikkje drøfta i utgreiinga. Fastlegane vart ikkje spurd om det var andre pasientar enn dei som vart akutt innlagde i sjukehus som kunne vere aktuelle for ØHD, men arbeidsgruppa konkluderer med at døgnplassane bør kunne nyttast til fleire formål, «som observasjon og behandling før eller i staden for innlegging i sjukehus, eller for pasientar som har vert til behandling i sjukehus», altså det som vart omtala som før, i staden for og etter sjukehusinnlegging

³ I denne rapporten vert omgrepet «Nordhordland» nytta om kommunane som samarbeider om Nordhordland legevakt og ØHD; Austrheim, Fedje, Lindås, Masfjorden, Meland, Modalen, og Radøy, og frå 2013 også Gulen og Osterøy.

i Stortingsmelding 47 om Samhandlingsreformen⁴, som kom i 2009. Dette har ikkje blitt følgt opp i lovkrav til kommunane, men kommunane skal som ein del av sitt ansvar for øyeblikkeleg hjelp til innbyggjarane, ha eit tilbod om døgnplassar for *«for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til»*

6. Lokale føringar for Nordhordland Øyeblikkeleg hjelp døgntilbod (ØHD)

6.1. Avgjerder i Nordhordland før oppstart av ØHD

1. Administrativ vertskommuneavtale angir ikkje tal senger, men viser til berekningsgrunnlaget ved start jf. då gjeldande rettleiar frå Helsedirektoratet. Avtalen viser også til endringar som skulle bli innført frå 2016. Midlar overførast frå samarbeidskommunar til Lindås kommune. Rådmannen i Lindås kommune skal innan 1. september kvart år leggje fram forslag til budsjett for neste år.
2. Det er politisk vedtak om styrking av legevakta for å kunne betene ØHD, og det er vedtak om 5,64 senger (Vedlegg 3).

6.2 Samarbeidsavtale med spesialisthelsetenesta: skildring erstattar tenesteavtale

6.2.1 Bakgrunn

I 2012 vart det eit krav i Lov om kommunale helse og omsorgstenester om å inngå ein samarbeidsavtale mellom kommune og helseføretak. Lova var ny frå 1.1.2012, men tredje ledd i § 3-5 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp; *«tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til»*, tok ikkje til å gjelde før 1.1.2016. Helsedirektoratet stilte krav om avtale for dei som starta opp ØHD-tilbod før 2016.

Plikta for kommunane til å etablere og drifte eit døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp eksisterte altså ikkje i 2012. Likevel kunne ein søkje Helsedirektoratet om å få finansiering til å etablere døgnplassar for øyeblikkeleg hjelp i kommunane. Ein føresetnad for å kunne fremje ein slik søknad, var at det vart utforma ei forpliktande avtale mellom kommune og helseføretak. Utbetalinga frå Helsedirektoratet skulle kome når avtala var inngått, og frå helseføretaket når tilbodet var starta opp. «Tenesteavtale 4» (www.saman.no) gjer og greie for korleis utbeling frå spesialisthelsetenesta til kommunen skulle skje i tråd med føringane som vart gitt frå Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD) den gongen.

Frå 1.1.2016 vart ØHD eit lovpålagd kommunalt tilbod, og er finansiert gjennom rammetilskot til kommunane.

6.2.2. Lovkrav om samarbeidsavtale

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-1 stiller krav om ein samarbeidsavtale mellom kommune og helseføretak, og § 6-2 lister opp i 11 punkt kva som minimum skal

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

omfattast av ein avtale. I punkt 4 står det at avtalen skal omfatte «*beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd*»

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5 tredje ledd, som gjeld frå 1.1.2016, seier at «*Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.*»

Kommunane har sjølv ansvar for å etablere og drifte det kommunale tilbudet om øyeblikkeleg hjelp døgnplassar. Kommunane står fritt i korleis dei vil organisere tilbudet, og skal sørge for at det er forsvarleg, jamfør Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Spesialisthelsetenesta skal gje råd og rettleiing i samsvar med Spesialisthelsetenestelova § 6-3.

6.2.3. Avtalestruktur

For å fylle krava om ein samarbeidsavtale etter Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 6-1 og Lov om Spesialisthelsetjenester § 2-1-e, har kommunane og spesialisthelsetenesta i vårt område blitt samde om ein avtalestruktur med ei overordna samarbeidsavtale og tenesteavtaler knytt til punkta 1-11 i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 6-2. Omgrepet «avtale» omfattar både overordna samarbeidsavtale og tenesteavtalar i denne avtalestrukturen: «*Når partane i denne samarbeidsavtalen bruker uttrykket "avtale" omfattar det både denne overordna samarbeidsavtalen og tenesteavtaler som omtalt i kap. 5. Tenesteavtalene skal inngå som vedlegg til den overordna samarbeidsavtalen, og er på same måte som samarbeidsavtalen rettsleg bindande mellom partane, med mindre anna går fram*»⁵

6.2.4. Spesielle høve knytt til «*Tenesteavtale 4. Beskriving av kommunen sitt tilbud om døgnopphold for øyeblikkeleg hjelp etter § 3-5 tredje ledd.*» frå 2012

6.2.4.1. *Krav til avtale om Øyeblikkeleg hjelp døgntilbod ved oppstart av felles prosjekt*

Tenesteavtale 4 vart inngått i 2012. Det var då eit krav om ein avtale for å kunne søkje om finansiering frå Helsedirektoratet for å kunne etablere eit ØHD-tilbod, og avtalen regulerte mellom anna Helseføretaket si betaling til kommunen for dette døgntilbodet. Det var ingen lovpålagt plikt om kommunalt tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgntilbod før 1.1.2016.

I Samarbeidsutvala var det semje om at tenesteavtale 4 skulle reviderast, og merksemda mot revideringa av tenesteavtale 4 kom etter at kommunane fikk plikt til å ha eit tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgnplassar til personar med psykiske lidingar og rusproblem frå 1.1.2017, i tillegg til dei med somatiske lidingar. Revisjon av tenesteavtale 4 inneber bortfall av tenesteavtalen etter lovendring.

6.2.4.2 *Krav om skildring av kommunalt tilbod erstattar krav til «Tenesteavtale 4»*

Frå 1.1.2016, vart midlane til finansiering av kommunalt øyeblikkeleg hjelp døgntilbod innlemma i rammetilskotet til kommunane, og finansieringa vart ikkje lenger avhengig av ein eigen avtale med spesialisthelsetenesta. ØHD er i dag finansiert på same måte som andre reine kommunale tilbod. Kommunen skal skildre sitt tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgnplasser, og skildringa skal

⁵ Overordna samarbeidsavtale www.saman.no

vere knytt til samarbeidsavtalen etter Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 6-1. I april 2018 vart Nordhordland ØHD skildra, og eit brev med skildringa som vedlegg vart sendt til Haukeland Universitetssjukehus og Haraldsplass Diakonale Sjukehus. Sjå vedlegg 4 og 5.

7. Målgrupper for ØHD

Ved oppstart av Nordhordland ØHD i 2013, vart målgruppa skildra på nettstaden www.saman.no Denne ligg fortsatt på nettstaden pr. april 2019 ⁶, og er som følgjer:

«Følgende pasientgrupper er aktuelle for Nordhordland ØH-D:

- *Nedsatt mobilitet – som stabile brudd og kontusjoner (bløtdelsskade og hevelser) som skal smertelindres og mobiliseres.*
- *Hud- og sårproblemer – som erysipelas (rosen) og infiserte leggsår. Pasienter som trenger noe mer oppfølging og behandling enn det hjemmesykepleien klarer å etablere.*
- *Urinveier – øvre og nedre urinveisinfeksjoner.*
- *Gastro (mage-tarm) – obstipasjon ved kjent og ofte kronisk årsak. Pasienter med gastroenteritt (betennelse/infeksjon) med behov for rehydrering (oppvæsking), og som ikke har alvorlige elektrolyttforstyrrelser.*
- *Funksjonssvikt – med kjent årsak, og som er avklart i spesialisthelsetjenesten.*
- *Luftveier og infeksjon – KOLS og lungebetennelser som trenger medisinsk behandling men ikke mekanisk respirasjonsstøtte.*

Pasientgrupper som ikke er aktuelle for kommunalt ØH døgnopphold er pasienter med akutt forverring av kjent kronisk sykdom, der en vurdering av alvorlighetsgrad, komorbiditet og funksjonssvikt tilsier innleggelse i sykehus. Dette vil også gjelde akutt funksjonssvikt hos eldre med kroniske sykdommer, hvor det kan være vanskelig å finne årsaksforhold og hvor det er fare for rask forverring. Traumer med uavklart alvorlighetsgrad og pasienter med definerte pasientforløp, som for eksempel hjerneslag eller hjerteinfarkt, skal legges inn i sykehus.»

Det har vore ei utvikling av praksis sidan oppstart i 2013, slik at desse retningslinene ikkje blir brukt på same måte i 2019. Det har til dømes vore eit tilsyn frå Fylkesmannen etter at ein pasient med infeksjon fikk eit alvorleg forløp. Dette har gjort at rutinar knytt til vurdering av pasientar med infeksjon har blitt endra, slik at ein sikrar at pasientar med auka risiko for sepsis (blodforgifting) ikkje blir lagd inn i kommunale ØHD-senger, men blir lagd inn i sjukehus.

8. Organisering av tilbodet ved Nordhordland ØHD

Nordhordland ØHD er organisert under Nordhordland legevakt, og er ein sengepost i andre etasje i same bygning som legevakta. Lindås kommune leiger lokala av ein privat aktør. Nordhordland legevakt er legevaktsentral (LVS) for alle kommunane som tilhøyrar Nordhordland Regionråd, og er daglegevakt i Lindås kommune. I tillegg fungerer legevakta som daglegevakt etter nærare avtale for dei andre kommunane. Sjukepleiarar ved Nordhordland legevakt har oppgåver både på legevakta, legevaktsentralen og på ØHD. Legane har oppgåver på legevakta og ØHD.

⁶ <http://www.saman.no/nordhordland/1706.1705.Folgende-pasientgrupper-er-aktuelle-for-Nordhordland-OH-D.html>

8.2. Bemanning, rekruttering og tilstettingstilhøve

8.2.1. Krav til bemanning

Helsemyndighetene stiller ingen andre krav til legebemanning enn at den skal vere forsvarleg. I rettleieingsmateriell har Helsedirektoratet sagt følgjande om sjukepleiar- og legedekning ved ØHD:

«Gjennomføring av faglig forsvarlig observasjon og behandling i øyeblikkelig hjelp døgnopphold forutsetter blant annet tilstedeværelse av sykepleier 24 timer døgnet. Alle pasienter må vurderes av sykepleier umiddelbart og av lege i rimelig tid etter innleggelse. Hva som er rimelig tid vil måtte vurderes individuelt, og vil være avhengig av forhold som pasientens tilstand, hva som er gjort av utredning og igangsatt av tiltak forut for innleggelse, hvor lenge det er til neste planlagte legetilsyn samt kompetansen til sykepleier på vakt»

og

«Kommunen må sørge for forsvarlig bemanning og at personalet har nødvendige kvalifikasjoner for å utføre de oppgaver de blir tildelt. Antall stillinger og kompetanse må sees i sammenheng med dimensjoneringen av tilbudet, antall senger/plasser og hvilke pasient/brukerkategorier som kan tas imot. Det må utarbeides en plan som beskriver legens funksjons- og ansvarsområder og tilstedeværelse. Det må også foretas en vurdering av nødvendig medisinskfaglig, og annen helse- og evt. sosialfaglig kompetanse i forhold til de aktuelle pasientkategorier.»

8.2.2. Sjukepleiarar

Sjukepleiarane er tilsett ved Nordhordland Legevakt, og dei deltar i ein turnus som gjer at dei vekslar mellom å jobbe på legevakta og sengeposten (ØHD). Dette bidreg til at sjukepleiar som er på legevakta kjenner rutinar på ØHD og omvendt, og dei skal ha god kjennskap til inklusjons- og eksklusjonskriterier for pasientar på ØHD. Sjukepleiar kan utføre oppgåver begge stader, og skal raskt kunne bidra der det er behov. Det er alltid sjukepleiar tilstade ved ØHD.

Etablering av ØHD førte til endring av oppgåver for dei sjukepleiarane som allereie var tilsett ved legevakta. Alle sjukepleiarstillingar har tilknytning både til ØHD og til legevakta. ØHD har ikkje ein «postsjukepleiar», eller liknande som har eit større ansvar enn dei andre for kontinuitet, prosedyrar eller liknande.

8.2.3. Legar

Før mars 2013, var det berre ein lege på vakt ved Nordhordland legevakt. Det var svært travelt for ein lege, og med eit stort geografisk område, vart beredskapen svekka betydeleg når legen måtte rykke ut. Dersom legen var med ambulansen til sjukehus, var legevaktdistriktet utan lege i mange timar. I 2013 vart både Osterøy og Gulen med i legevaktsamarbeidet. Saman med planlegging av ØHD-tilbod var dette argument for å styrke legebemanninga ved NHLV til to legar frå mars 2013⁷. Det vart utlyst fleire deltidstillingar som vaktlege, som ein del av den samla legeressursen ved legevakta.

LIS 1 (tidelgare kalla turnuskandidat) deltek i vaktordningar for lege 1. LIS1 er ikkje «vaktkompetente» etter nytt regelverk⁸ og det skal derfor alltid vere ein vaktkompetent lege i bakvakt. LIS 1 er alltid Lege 1, og Lege 2 er bakvakt for LIS 1.

⁷ Det er no 12 timar pr. veke med kun ein lege på vakt ved NHLV.

⁸ [Akuttmedisinforskriften med merknader til enkelte bestemmelser Rundskriv I-5/15](#)

På dagtid er det ein LIS1- lege ved NHLV, og ein overlegestilling med fast tilsetning på daglevakta/ØHD.

Ulikt mange andre legevakter i Norge, er det rutine for at legevaktlege ved Nordhordland legevakt rykkjer ut på nær alle hasteoppdrag («raud respons»)⁹

8.2.3.1. Alminneleg arbeidstid

I tillegg til å vere legevaktsentral for alle kommunane i Nordhordland og Gulen heile døgnet, er NHLV daglegevakt for Lindås kommune. Det er ein overlegestilling knytt til Nordhordland legevakt som har funksjon både som ansvarleg lege ved ØHD og ved daglegevakta. Denne overlegestillinga er for tida delt på to erfarne legar, den eine i 60 % og den andre i 40 %. I tillegg til denne overlegen, er det ein legestilling til på NHLV/ØHD på dagtid. Denne stillinga er for tida dekt av LIS 1 (tidlegare kalla «turnuslege») frå Lindås kommune og Radøy kommune. Legevaktsjefen er lege og har 60 % av sin stilling til administrative oppgåver, og nyttar resten av stillinga til å dekkje vaktar.

8.2.3.2. Utanfor alminneleg arbeidstid

Alle fastlegar i kommunane har plikt til å delta i legevakt utanom alminneleg arbeidstid, dersom han eller ho ikkje har fritak¹⁰. Fastlegar har ikkje plikt til å delta i legetenester for øyeblikkeleg hjelp døgnplassar. Utanom alminneleg arbeidstid går fastlegar inn i arbeidsoppgåver som er skildra under «lege 1», sjå vedlegg 6.

I tillegg er det ein «lege 2», som er den som har hovudansvaret for ØHD, og elles deltar i vanleg legevaksarbeid. Legane som utgjer «lege-2 gruppa» har oftast 2 vakter i månaden, og kan ta fleire vakter ved behov. Dei fleste av desse er under spesialisering i spesialisthelsetenesta (sjå vedlegg 7).

8.3. Samarbeid og ansvarsdeling mellom legar som er på vakt ved NHLV/ØHD

8.3.1. Alminneleg arbeidstid

Lege 2 møter på ØHD når han/ho kjem på jobb, dersom det ikkje er ein annan situasjon som gjer at denne legen må prioritere annleis. Legen gjer unna postarbeid, previsitt, visitt, journalføring og evt. utskriving. Deretter deltar legen i ordinært legevaksarbeid avbrote av eventuell visitt ved ØHD.

8.3.2. Utanfor alminneleg arbeidstid

Det er to legar på vakt ved NHLV. Den eine blir kalla «lege 1» og har hovudansvar for ordinært legevaksarbeid. Den andre blir kalla «lege 2» og har hovudansvar for ØHD i tillegg til ordinært legevaksarbeid. På heilagdagar kl. 12-20 er det og ein «lege 3» på Nordhordland legevakt for å styrke det ordinære legevaktarbeidet.

⁹ https://helsedirektoratet.no/Documents/Akuttmedisin/norsk_indeks_for_medisinsk_nodhjelp.pdf

¹⁰ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842> §13

9. Diagnostiske verktøy, medisinsk behandling og journalsystem

9.1. Diagnostiske verktøy og medisinsk behandling

Kommunalt tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgnplassar skal vere eit allmennt medisinsk tilbod. Det er usikkert om det og vert nytta diagnostiske metodar og behandling som ikkje er innanfor det allmennt medisinske ansvarsområdet. Det er usikkert om innlegging av pasientar, diagnostikk og behandling blir påverka av at det er fleire sjukehuslegar som jobbar ved legevakta/ ØHD.

Nordhordland ØHD har eigen prosedyrebok.

Det er i tillegg mulig å nytte mobilt røntgen frå Haraldsplass Diakonale Sykehus.

9.2. Journalsystem

ØHD (inneliggande pasientar) nyttar same journalsystem som sjukehusa, DIPS.

Legane ved legevakta nyttar Infodoc journalsystem for dei som ikkje er inneliggande. I tillegg nyttar legevakta Akuttmedisinsk informasjonssystem (AMIS) som er eit IT-støtteverktøy som mellom anna nyttast til mottak og registrering av naudmeldingar, bestilling av ambulansetransport, henvendinger til legevakt med registrering av rådgjeving og annan pasientkontakt. AMIS-notater vert importert direkte inn i Infodoc

10. Samarbeid med fastlegar og heimetenester

Alle pasientar blir vurdert av to legar før dei blir tatt imot på ØHD: tilvisande lege som anten er fastlege, sjukeheimslege eller legevaktslege,- og ansvarleg lege ved ØHD.

Det blir sendt elektroniske meldingar til heimetenestene via journalsystemet (DIPS). Lege ved ØHD tar telefonisk kontakt med fastlegar og heimetenesta ved behov. Det blir alltid sendt elektronisk epikrise til fastlegen same dag som pasienten reiser ut.

11. Samarbeid med spesialisthelsetenesta

Sidan oppstart i 2013 har det vore eit godt samarbeid med spesialisthelsetenesta. Haraldsplass Diakonale Sjukehus (HDS) er lokalsjukehus for Nordhordland. Legar og sjukepleiarar ved ØHD har lett tilgang på råd og rettleiing ved telefonkontakt med HDS, og det har vore jevnlege møter mellom ØHD og HDS. Det er og samarbeid med Haukeland Universitetssjukehus, og innan psykisk helsevern er det samarbeid med DPS i Knarvik.

Kommunane møter HDS og Haukeland Universitetssjukehus i Samarbeidsutvalet for Nordhordland, som har møter 4 gonger i året. Samarbeidsavtalar, møteplan og Handlingsplan for Samarbeidsutvalet finn ein på www.saman.no.

12. Utforminga av lokalar

ØHD er lokalisert i 2. etasje i same bygg som legevakta. To leilegheiter vart bygd om før etablering av ØHD. Det er berre to einsengsrom (eitt er utan vindauge). Det er til saman to toalett/bad. Det er ein stor stue med eit lite kjøkken i den eine enden.

Det er berre mogeleg å ha ein pasient med tiltak for smitteavgrensing i gongen, fordi det ikkje er mogeleg å sette av eige toalett til fleire enn ein pasient.

Lokala fungerer godt for 3-4 pasientar.

13. Liggetid og kapasitet

Ved oppstart var det mykje fokus på at liggetida skulle vere kort, og 72 timar vart nemnd i mange samanhengar. I seinare rettleiingar frå Helsedirektoratet har det blitt presistert at ein må tilpasse liggetida til det tilbodet ein ønskjer å gje.

For å ha eit reelt tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgnplassar, må det vere ledig sengekapasitet. For sjukehusavdelingar som skal ta imot øyeblikkeleg hjelp innleggingar, er det ofte tilrådd eit belegg på 80-85 %. Sidan ØHD-sengeposten er liten, vil truleg tilsvarande måltal ligge på 70-75 %.

I vedlegg 8 finn ein tala som er sendt inn til Helsedirektoratet for 2018, der mellom anna lengda på opphalda er rapportert.

14. Ikkje planlagd endring av tilbodet

Både den tidlegare «Tenesteavtale 4» og den no gjeldande skildringa av Nordhordland ØHD, er tydelege på at det berre en kommunalt tilsette legar som kan tilvise pasientar til ØHD. I ein periode har det likevel utvikla seg ein praksis med å ta i mot andre pasientar enn dei som inngår i den skildra målgruppa, og tilvisande lege har i mange tilfelle vore lege i sjukehus. Døme på slike pasientgrupper er pasientar som har starta opp behandling i spesialisthelsetenesta og får fullført sin behandling ved ØHD, pasientar som kjem til innlegging i sjukehus, men sjukehuslege meiner at dei kan passe for ØHD, og pasientar som får intravenøs behandling med ulike medikament utan innlegging.

15. Innspel til spørsmåla som skal drøftas i hovudprosjektet

15.1. Oppfyller kommunane plikta gitt i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-5 tredje ledd?

Helse- og omsorgstjenesteloven er bygt opp slik at § 1 skildrar formålet med lova, og dei følgjande paragrafane inneheld regler om kommunen sitt overordna ansvar for helse- og omsorgstjenester til alle som oppheld seg i kommunen.

«§ 1-1.Lovens formål

Lovens formål er særlig å:

- 1. forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne,*
- 2. fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer,*
- 3. sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre,*
- 4. sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud,*
- 5. sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov,*
- 6. sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og*
- 7. bidra til at ressursene utnyttes best mulig.»*

Ansvar for øyeblikkeleg hjelp er sett opp slik i lova, og tredje ledd er utheva her:

«§ 3-5.Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Kommunen skal straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det må antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp etter første punktum gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp etter første ledd inntreier ikke dersom kommunen vet at nødvendig hjelp vil bli gitt av andre som etter forholdene er nærmere til å gi den i tide.

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Kongen i statsråd kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om innholdet i plikten etter første til tredje ledd, herunder hvilke pasient- og brukergrupper som skal omfattes av tilbudet.»

Når kommunane har eit tilbod om døgnopphald for pasientar med behov for øyeblikkeleg hjelp, og tilbodet blir gitt både til pasientar med somatiske problemstillingar og problemstillingar innan rus og psykiatri, er den delen av lovkravet oppfylt som omhandlar det å «sørge for tilbod om døgnopphold

for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp» . Det er ikkje krav til eit bestemt sengetal, liggetid, bemanning eller anna, men ØHD-tilbodet skal som alt anna vere fagleg forsvarleg.

Det er meir usikkert om kommunane har tatt tilstrekkeleg omsyn til neste setning: «Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til». Det er krevjande å definere kva som kan skilje slike pasientar frå dei som ikkje er eigna for sengeplassar som kommunane har ansvaret for. Eit spørsmål som kan vere rettleiande er om pasienten sin fastlege kunna hatt ansvaret for behandlinga vedkommande får ved ØHD, dersom han/ho hadde vore tilsett ved ØHD? Dersom det er slik at behandlinga av pasientane er avhengig av den kompetansen som legar i spesialisthelsetenesta har, og som no er i «lege-2- gruppa» , har kommunane eit tilbod som er ut over det som er lovpålagd.

Kommunane i Nordhordland oppfyller plikta etter § 3-5 tredje ledd om å sørge for døgnopphald, men det er usikkert om målgruppa er avgrensa til «de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.»

Ein må og ta stilling til om dei 7 punkta i formålsparagrafen (§1-1) er ivaretekne.

15.2. Er tilbodet rett dimensjonert i forhold til behovet i regionen?

Med bakgrunn i at det er usikkert om Nordhordland ØHD gjev tilbod til rett målgruppe, vil det vere vanskeleg å gje eit godt nok svar på spørsmålet om dimensjoneringa er rett. På bakgrunn av den praksisen som har vore, kan ein konkludere med at Nordhordland har fleire senger i sitt ØHD-tilbod enn det har vore behov for til no. Nordhordland ligg og høgare med sengetall i forhold til innbyggartalet enn fleire andre kommunar i nærleiken. Bergen kommune har ca. 280 000 innbyggjarar, og dei har 34 ØHD senger, altså 8235 personar pr. seng. Dei har hatt vanskar med å fylle sengane, av ulike årsaker. Askøy kommune har 29 000 innbyggjarar og 3 ØHD-senger, altså 9 666 innbyggjarar pr. ØHD-seng. I Nordhordland er det til samanlikning ca. 45 000 innbyggjarar, og det er 6 sengeplassar ved ØHD. Dette gjev 7 500 personar pr. seng.

ØHD vert i dag drifta i to ombygde leilegheiter, og lokala er ikkje tilpassa alle pasientgrupper som ØHD kunne ha gjeve eit tilbod til.

Det ser ut til at det er for mange segnar i ØHD-tilbodet slik behovet i regionen har vore til no, og slik praksis med kriterier for innlegging og behandlingstiltak har vore. Det er ikkje kjent kor mange senger kommunane ville trenge dersom ein hadde ei eins forståing av kva pasientar kommunane har ei plikt til å gje eit tilbod til; «*de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til*»¹¹

Lokala for ØHD påverkar og bruken av sengene.

¹¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2, tredje ledd, andre setning.

15.3. Er samhandling mellom aktørane i ulike pasientforløp avklara?

Samhandlinga mellom aktørane er regulert av helse og omsorgstenestelova, spesialisthelsetenestelova, pasient- og brukarrettighetslova og helsepersonellova. Samarbeidet med spesialisthelsetenesta er nærare skildra i tenesteavtalene som ein finn på www.saman.no.

Det er likevel grunn til å meine at samhandlinga mellom aktørane i ulike pasientforløp ikkje er godt nok avklara.

15.3.1. Øyeblikkeleg hjelp: Bruk av omgrepet

Tolkinga av omgrepet «øyeblikkeleg hjelp» i Nordhordland skil seg frå det som er skisser i forarbeida til Helse- og omsorgstjenestelova. Der bli øyeblikkeleg hjelp i samband med ØHD skildra som:

«Øyeblikkelig hjelp benyttes som begrep for å skille mellom hjelpebehov som krever rask hjelp, fra helsehjelp som kan planlegges noen dager, uker eller måneder i forveien» (sjå tabell 1). Ein del av lovegjevar si grunngjeving for pålegget om kommunale ØHD-plassar, var at kommunane hadde for kort «åpningstid» til å kunne ivareta behovet for innlegging i døgnplass på kort varsel: «kommunale institusjoner i dag i praksis bare i noen grad er alternativ til innleggelser på sykehus fordi «åpningstiden» er så begrenset. Når pasienter blir lagt inn på sykehus i dag skjer det med andre ord ofte fordi kommunale døgntilbud ikke er «åpne» for inntak for å gi adekvat behandling, og ikke fordi pasienten må på sykehus.»

I Rettleiar frå Helsedirektoratet finn ein følgjande formulering : «...komme tidligere inn i sykdomsforløpet for å redusere behovet for innleggelser i spesialisthelsetjenesten» (sjå tabell 1)

Kartlegginga som var gjort blant legane om behov for ØHD senger i 2011 fokuserte på «alle akutte innleggingar i sjukehus for indremedisinsk tilstand»: Legen hadde altså tatt stilling til at det var ein betydeleg hastegrad (akutt) og hadde bestemt at det var naudsynt med sjukehusinnleggelse. I informasjonsmateriell som er gitt ut som rettleiar for innleggelse ved Nordhordland ØHD («Legg inn på ØHD på 1-2-3» Vedlegg 9), gjev den same budskapet: «ØHD skal erstatte sykehusinnleggelse».

Det er grunn til å meine at det ikkje er eins forståing av omgrepet «øyeblikkeleg hjelp» når det gjeld kommunane si plikt til å ha døgnplassar (ØHD). Nordhordland ØHD har frå oppstart truleg lagt til grunn ei tolking av omgrepet som omfattar pasientar med ein meir akutt tilstand enn det lovgjevar har meint, og det kan ha bidrege til at ØHD tek imot pasientar som kommunane ikkje har eit ansvar for å gje eit øyeblikkeleg hjelp døgntilbod til.

15.3.2. Innleggande lege

Av kommunane sine tilsette legar er det er først og fremst legevakslegar som tilviser pasientar til innleggelse i ØHD. I det siste har det vore ei auke i tilvisingar frå fastlegane. Ein kan stille spørsmål ved om fastlegane godt nok utnyttar mogelegheitene for å legge inn pasientar tidleg i eit sjukdomsforløp, slik at ein kan unngå forverring av tilstanden med eit seinare meir akutt behov for sjukehusinnlegging.

Ein forståinga av ØHD som ein mogelegheit for å kome tidlegare inn i sjukdomsforløpet og dermed unngå ein seinare sjukehusinnlegging, kan tenkast å bidra til at fastlegar oftare vil nytte tilbodet, og vil kunne bidra til å sikre at ØHD-tilbodet held seg innanfor kommunane sitt ansvarsområde. Det er usikkert om fastlegar har tilvist for få av dei pasientane som er i målgruppene for ØHD eller om ØHD-tilbodet ikkje er tilpassa det behovet fastlegane ser.

15.3.3. Utskriving frå spesialisthelsetenesta

Det har vore ei utvikling av praksis, slik at ØHD har teke imot pasientar som ikkje er i målgruppa, og ikkje er kommunehelsetenesta sitt ansvar. Spesialisthelsetenesta (HDS) har ønska å nytte «ledig kapasitet» ved ØHD til tidlege utskrivingar frå sjukehuset. I ein periode var det praksis at pasientar fekk ferdigbehandling i ØHD etter nokon dagar på sjukehus. Etter ein gjennomgang av både gamal tenesteavtale og ny skildring av tilbodet, vart denne praksisen avslutta ved årsskiftet 2018/2019.

Spesialisthelsetenesta tek nokon gonger kontakt vedrørande pasientar som dei meiner er avklara, og ønskjer at ØHD skal overta ansvaret for pasienten.

15.3.4. Dagbehandling ved ØHD

Kapasiteten ved ØHD har til ein viss grad blitt nytta til å gje intravenøs behandling til pasientar som berre har vore der noen timar på dagtid. Pasientar som treng dagbehandling er ikkje i den opprinnelege målgruppa for tilbodet.

15.3.5. Helsetenester til sjuke eldre og akutt funksjonssvikt hos eldre

Før innføring av samhandlingsreforma, var det fleire fagmedisinske miljø som gav uttrykk for bekymring for at oppretting av kommunale ØHD-senger kunne føre til forseinka diagnostikk og behandling, særleg for sjuke eldre. Det var mykje fokus på at diagnostikk hos eldre ofte krev avansert utstyr, og at akutt funksjonssvikt hos eldre er alvorleg sjukdom til det motsette er bevist. Dei skal difor leggest inn i sjukehus, og ikkje i ØHD¹².

Det er krevjande å stille rett diagnose hos sjuke eldre, fordi dei ofte har andre og lettare symptom ved alvorleg sjukdom, enn det ein ser hos yngre og middelaldrande. Det er ofte naudsynt med meir avanserte diagnostiske metodar og behandlingstiltak hos dei eldre som treng innlegging i eit sjukdomsforløp, og det vil ofte vere utanfor dei ressursane som høyrer til på kommunalt nivå .

Den publiserte oversikta over pasientgrupper (www.saman.no) som er aktuelle for Nordhordland ØHD understreker at tilbodet ikkje er eigna for eldre pasientar med akutt funksjonssvikt.

Ved Nordhordland ØHD vart om lag 18 % av pasientane overført til spesialisthelsetenesta i 2018.

Det er ein spesiell risiko knytt til akutt funksjonssvikt hos eldre, og det er naudsynt med eins forståing av kva som er kjenneteikna på «akutt funksjonssvikt», og sikre rutinar knytt til denne svært samansette og sårbare pasientgruppa. Komorbiditet hos eldre (fleire sjukdomar samstundes) krev ofte tverrfagleg geriatrisk kompetanse i spesialisthelsetenesta. Det er usikkert kvifor om lag 18 % av pasientane i 2018 vart skriven ut til spesialisthelsetenesta.

¹² [«Helsetjenester til syke eldre» Rapport til HOD 2011](#)

16. Tilråding

16.1. Hovudprosjekt

Prosjektgruppa vil tilrå at det blir etablert eit hovudprosjekt med mål om å sikre at

- Kommunane oppfyller plikta gitt i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 3-5, tredje ledd
- Tilbodet er rett dimensjonert i forhold til behovet i regionen.
- Samhandling mellom aktørane i ulike pasientforløp er avklara

I tillegg vil prosjektgruppa tilrå at hovudprosjektet er ei førebuing av etablering av ØHD for Nordhordland i nye, tilpassa lokalar i Helsehuset frå januar 2021. Hovudprosjektet bør ta stilling til kva pasientgrupper kommunane treng at ØHD gjev eit tilbod til, og korleis bemanning og kompetanse skal vere for å gje eit forsvarleg tilbod til dei aktuelle pasientgruppene som kommunane har eit ansvar for.

Hovudprosjektet bør mellom anna vurdere:

- Kva pasientgrupper har kommunane plikt til å gje eit tilbod til, derunder kva pasientgrupper vil ha nytte av eit kommunalt ØHD-tilbod?
- Kva ligg i omgrepet «øyeblikkeleg hjelp» i denne samanhengen ?
- Kan ØHD i større grad bli brukt som sengeplassar for gjennomføring av fastlegane si planlagde behandling, som ikkje kan vente «dager, uker eller måneder» (smerter, medikamentjusteringar m.m.)?
- Kor mange senger trengs til dei definerte målgruppene, og kor mange senger ønskjer kommunane å ha?
- Korleis sikre at ØHD ikkje fører til forseinka diagnostikk og behandling?
- Kva skal vere kortaste og lengste liggetid?
- Korleis sikre samarbeid med anna helse og omsorgsteneste i kommunane (fastlege, heimesjukepleie, sjukeheim, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog)?
- Korleis sikre samarbeid med spesialisthelsetenesta, både innan somatikk og psykiatri?
- Bør det vere definerte sjukepleiarstillingar knytt til ØHD for å sikre kontinuitet i observasjon og vurdering av pasientar?
- Kva er hensiktsmessig legedekning ut frå målgruppene?
- Kva kompetanse bør legane ha?
- Korleis kan legane ved legevakta og ØHD samarbeide og fordele oppgåver?
- Korleis er stabilitet, kompetanse og kapasitet ved legevakta avhengig av bemanning og kompetanse ved ØHD - og omvendt?
- Korleis kan ØHD-tilbodet bidra til at dei kommunale ressursane blir utnytta best mogeleg?
- Korleis sikre krav til forsvarlegheit i Helse og omsorgstjenestelova § 4-1?

16.2. Drift av ØHD fram til innflytting i Helsehuset

Erfaringa er at det er tilstrekkeleg med 3-4 sengar til ØHD pasientar slik målgruppa er definert no, og slik fastlegane har sin praksis. Dette er mellom anna påverka av at lokala no er best tilpassa ein drift med 3-4 pasientar.

Prosjektgruppa vil tilrå at det vert drøfta om ØHD skal driftast med 4 senger med ein reservekapasitet på 2 senger fram til hovudprosjektet er ferdig. ØHD må sikre at alle tilsette er godt kjent med skildringa som erstatta «Tenesteavtale 4» frå april 2018.

17. Vedlegg

1. Registreringsskjema i samband med akutt innlegging frå legevakt og legekontor i Nordhordland til sjukehus.
2. Saksgrunnlag – samarbeid om kommunalt tilbod om døgnplassar for øyeblikkeleg hjelp i Nordhordland
3. Saksframlegg til handsaming i kommunane i Nordhordland og Gulen Nordhordland legevakt – styrking av legevakta og konsekvens av nye oppgåver
4. Revisjon av samarbeidsavtale etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-2 pkt. 4 om skildring av kommunen sitt tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp (ØHD)
5. Skildring av kommunen sitt tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp Jamfør Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-2 pkt. 4. Austrheim, Fedje, Gulen, Lindås, Masfjorden, Meland, Modalen, Osterøy og Radøy
6. Arbeidsbeskrivelse lege i legevakt og øyeblikkeleg hjelp døgntilbod (ØHD), utenom dagtid ukedag.
7. Lege 2: Oversikt over spesialisering og hovudarbeidsgjevar pr. 1.3.2019
8. Rapportering til Helsedirektoratet 2018
9. Legg inn på ØHD på 1-2-3

Vedlegg 1

REGISTRERINGSSKJEMA I SAMBAND MED AKUTT INNLEGGING FRÅ LEGEVAKT OG LEGEKONTOR I NORDHORDLAND TIL SJUKEHUS.

I samband med utgreiing av grunnlaget for etablering av eit akutt døgntilbod i Nordhordland, ønskjer vi å kartlegge behovet for slike døgnplassar i Nordhordland.

Skjemaet skal fyllast ut av lege eller sjukepleiar, i samråd med ansvarlig lege, ved

alle akutte innleggingar i sjukehus for indremedisinsk tilstand, for pasientar over 18 år.

Registreringsperiode: .19.09.2011- 24.10.2011.

Dato og tidspunkt for innlegging i sjukehus: ____ / ____

Innlegging frå

Legevakt: kl. ____ Legekantor : kl. ____ Sjukeheim : kl. ____

Korleis blei pasienten frakta til sjukehua : _____

Type respons ved rekvirering av ambulanse: raud ____ gul ____ gronn ____

Pas. alder: _____ Kjønn _____

Tentativ diagnose ved innlegging: _____

Hovudformål med innlegginga i sjukehus: _____

Forventa behov for liggetid i sjukehus: _____ døgn

Tilleggsdiagnosar som har innverknad på vurdering av behov for innlegging:

Kunne denne pasienten unngått innlegging dersom det eksisterte eit øh-
døgntilbod med ekstra sjukepleie - og legetilsyn i kommunen

- Ja
 Nei
 Veit ikkje

Viss ja, kor lenge vurderer du som innleggande lege, at denne pasienten ville hatt trong for eit evt. døgntilbod i kommunen

1 døgn _____ 2 døgn _____ meir enn 2 døgn _____

Veit ikkje _____

Etter at skjemaet er ferdig utfylt skal det leggjast i

Ta kontakt med legevaktsjef ved spørsmål/dersom noko er uklart.

Kva må eit slikt kommunalt døgntilbod innehalde etter di meining, for at du kan vurdere det som forsvarleg og tilfredsstillande å sende pasienten dit :

Diagnostiske verktøy (spesifiser – lab/røntgen/syrebase m.v.): _____

Personell ressurs og (spesifiser gjerne omfang og type kompetanse): _____

Anna , spesifiser: _____

Kunne denne pasienten unngått innlegging dersom det eksisterte eit poliklinisk tilbod for pasienten :

Ja

Nei

Veit ikkje

Vi takker for denne tilbakemeldinga og vil til slutt spørje om du er

Fastlege

Turnuslege

Vikarlege

Anna, spesifiser

Kommentarer

Etter at skjemaet er ferdig utfylt skal det leggjast i

Ta kontakt med legevaktsjef ved spørsmål/dersom noko er uklart.

Vedlegg 2

Saksgrunnlag – samarbeid om kommunalt tilbud om døgnplassar for øyeblikkeleg hjelp i Nordhordland.

Helseutvalet har tatt initiativ til at det vert sett ned ei arbeidsgruppe der eit interkommunalt tilbud om døgnplassar for øyeblikkeleg hjelp vert vurdert.

Bakgrunn:

Kommunane har gjennom *lov om kommunale helse og omsorgstenester* fått ei lovfesta plikt til å etablere kommunalt tilbud om døgnplassar for øyeblikkeleg hjelp innan 2016.

§ 3-5. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

(...)Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Kongen i statsråd kan i forskrift fastsette nærmere bestemmelser om innholdet i plikten etter første til tredje ledd, herunder hvilke pasient- og brukergrupper som skal omfattes av tilbudet.

Driftsutgiftene til dette tilbudet vil bli finansiert med 50 % tilskot frå regionalt helseføretak (konkrete prosjekt) og 50 % øyremerka tilskot etter søknad. Driftsutgiftene blir finansiert ved at midlar gradvis blir overført frå regionale helseføretak til kommunane i perioden 2012 til 2015.

(Kommuneproposisjonen 2012, kap 10)

- Likelydande vedtak i alle kommunane i Nordhordland om samarbeid om kompetansekravjande oppgåver der ein ser at den einsskilde kommune vanskelig kan løyse alle oppgåver kvar for seg.

Organisering og forankring:

- Arbeidet er forankra gjennom regionalt Helseutval, samansett av representantar for administrasjon, politikk og fag frå 9 eigar kommunar.
Helseutvalet er styringsgruppe for arbeidet
- Arbeidsgruppe med mandat frå Helseutvalet er samansett av kommuneoverlege, legevaktsjef, ordførar, rådmann, brukarrepresentant, rådgjevarar Helse Bergen og Haraldsplass Diakonale Sjukehus og samhandlingskoordinator.
- Organisering:
- Styringsgruppe - Helseutvalet
- Arbeidsgruppe
- Referansegruppe - fagrådet for kommuneoverlegane/rådmannsgruppa

Mål:

Vurdere oppstart av prosjekt der interkommunale akuttsenger knytt til legevaktsamarbeid vert vurdert og utprøvd.

Delmål:

Vurdere kostnadseffektivitet, kvalitet og kva nivå ei slik teneste må ha for å vere eit forsvarleg alternativ til akuttsenger i kvar kommune og/eller senger ved akuttmottak ved eit sjukehus. Grappa skal komme med ei tilråding om det skal søkjast midlar og inngå samarbeid med helseføretak for å setje i gang prosjekt for å realisere interkommunale akuttsenger.

Gjennomføring:

Setje ned ei arbeidsgruppe med representantar frå kommune- og spesialisthelsetenesta som får i oppdrag å utarbeide modell for etablering og drift av akuttsenger i Nordhordland. Det må gjerast ei vurdering av kva pasientar som kan ha nytte av ei slik teneste, og kva nivå ei slik teneste skal ha.

Kommune- og spesialisthelsetenesta drøftar:

- nivå på kommunalt tilbod om døgnplassar for øyeblikkeleg hjelp
- kva pasientar som kan ha nytte av eit slikt tilbod
- kva innhald tilbodet skal ha
- korleis avklare grenseflata mellom kommunalt og spesialisert ØH – tilbod
 - oppgåvefordeling og ansvarsforhold i samarbeidet om pasientar ved inn - og utskriving i spesialisthelsetenesta.
- korleis passar tilbodet inn i det heilskaplege pasientforløpet?
- organisering av tiltaket
- modell for finansiering og drift

Kartlegging:

I perioden 16.9.2011 – 16.10.2011 er det gjennomført ei registrering ved Nordhordland legevakt og ved fastlege kontora i Nordhordland. Gjennom denne kartlegginga ønska ein mellom anna å finne ut om det kunne vert nytta eit anna døgntilbod enn sjukehus ved akutt innlegging.

Skjema skulle fyllast ut når konsultasjon førte til innlegging i sjukehus på grunn av indremedisinsk tilstand for personar over 18 år.

Registrering ved Nordhordland legevakt:

Frå legevakta har det komme inn 46 svar. 3 svar er underkjent pga alder, og 4 pga kir. diagnose. Av dei 39 svara er det registrert at for 4 pasientar kunne ein valt eit anna døgntilbod enn sjukehus. Dette samstemmer godt med sentrale føringar for dimensjoneringa av eit slikt tilbod, om at ein ønskjer å styre 10% av ØH - innleggingane inn i kommunal regi. For 9 av pasientane har lege svara "veit ikkje" om anna døgntilbod kunne vert nytta. Dette kan bety at det er eit større potensial for utnytting av eit slikt tilbod, avhengig blant anna av på kva for eit nivå dette vert utforma.

Registrering ved fastlegekontor:

Frå fastlegekontora har det komme inn 31 svar, og eit svar frå sjukeheimslege. Av svara frå fastlegane er det ingen som har svara "ja" på kunne valt anna alternativ enn innlegging i sjukehus, ein har svara "veit ikkje" og resten har svara "nei". På skjema frå sjukeheimslege er det svara at anna alternativ kunne vert valt dersom sjukeheimen hadde hatt riktig utstyr til å gi behandling. Kartlegginga

indikerer altså at potensialet er størst for å styre innleggingsflyten via interkommunal legevakt gjennom oppretting av eit slikt tilbod.

Grunnlagsdata:

Gruppa har sett på grunnlagsdata frå Haraldsplass når det gjeld medisinske ØH- innleggingar i 2010. For kommunane i Nordhordland som har avtale med Nordhordland Legevakt var det 1724 innl. og frå Osterøy var det innlagt 465 personar. Gjennomsnittleg liggetid for desse pasientane var 4,6 døgn i sjukehuset, men der 60% låg inne i frå 0-3 døgn, medan 10% vart inneliggjande i over 10 dagar.

Konklusjon:

Med bakgrunn i kartlegging ved Nordhordland legevakt og fastlegar i kommunane, samt grunnlagsdata frå HDS ser ein at det kan vere eit lite grunnlag for å etablere døgnplassar som erstattar innlegging i sjukehus for akutt sjuke pasientar.

- veileder frå Helsedir
-

I den grad det skal etablerast eit interkommunalt døgntilbod vurderer gruppa det slik at kommunane og pasientane er mest tent med å etablere det ein kallar "fleirbrukssenger".

Med det meiner ein døgnplassar som kan nyttast til fleire formål, som observasjon og behandling før eller i staden for innlegging i sjukehus, eller for pasientar som har vert til behandling i sjukehus, men som treng noko meir medisinsk oppfølging/enklare behandling/observasjon før dei kan reise til eigen heim. Det må stillast klare kvalitetskrav til slike døgnplassar.

Gruppa er samd i at det er grunnlag for å etablere 6- 8 akutt/buffer/fleirbrukssenger slik det er tilrådd i Regional helse og omsorgsplan, men at dette må verta ei satsing over tid.

Gruppa er samnd i at det kan vere grunnlag for å etablere 2 døgnplassar til øyeblikkeleg hjelp som ein start på ei eining med forsterka korttids plassar til bruk før, i staden for og etter sjukehus.

For å løysa krav om døgnplassar til øyeblikkeleg hjelp, der målet er å unngå innlegging i sjukehus vurderer gruppa det slik at desse sengene bør vere lokalisert i same lokale som legevakta eller i tett nærleik, t.d ved Knarvik sjukeheim.

Ved etablering av slike døgnplassar der krav til medisinsk fagleg kompetanse inneber auka tilgang på lege, vil det bli utløyst eit behov for auka tilgjenge for lege på legevakt. Dette gjelde uansett lokalisering.

Med ein modell der det er tenkt to akuttsenger lokalisert ved NLV, som inneber ei styrking av lege- og sjukepleiarressursar ser ein kan bli ei svært kostbar løysing. Samtidig ser ein at det i framtida uansett vil bli trong for å styrke legekapasiteten ved legevakta, uavhengig av døgnplassar eller ikkje. Forslaget som er lagt fram tar opp i seg muligheten for observasjonsenger, auka tal på sjukebesøk og supervisjon av kommande utdanningskandidatar og kollegaer (som vil erstatte dagens turnuslegeordning).

Vidare arbeid:

Det skal skisserast to modellar til løysingar, der den eine er ØH - senger lokalisert ved NLV og den andre er ØH - senger lokalisert ved Knarvik Sjukeheim.

Det skal presenterast modellar som viser kostnader knytt til etablering og drift av to akutt plassar ved Nordhordland Legevakt og ved Knarvik Sjukeheim

- Det må mellom anna visast eit stipulert bruk av sjukepleiar- og legeressursar, samt medisinsk teknisk verktøy som må på plass. Dette må vurderast i saman med spesialisthelsetenesta.

Nordhordland Legevakt - Legevaktsjefen ved Nordhordland Legevakt har utarbeidd eit notat som viser ulike faktorar som påverkar drift og funksjon ved NLV.

I notatet er økonomiske konsekvensar framstilt og det er presentert somatiske tilstander som kan vere aktuelle å observere/behandle i ei kommunal ØH –seng.

I notatet er det presentert ein økonomisk modell som er basert på at fastlegar vert rekruttert inn i vaktordning i prosentvise stillingar.

Alternativt kan ein tenke seg faste legevaktstillingar = 5 stillingar for å dekke vaktene.

Den økonomiske modellen viser ei total kostnadsramme for styrking av legevakta.

(Vedlagt: Notat – ”Nordhordland legevakt – notid og framtid”)

Lindås kommune skal vurdere;

- modell med akuttsenger lokalisert ved Knarvik sjukeheim.
- kostnader knytt til etablering av ei slik ordning – investering i form av utstyr, inventar og styrking av kompetanse.
- overslag over driftskostnader knytt til slike døgnplassar
- om kommunen har mulighet til å etablere ei slik ordning.
- krav til kompetanse – auka behov for ressursar
- løysingar ifht legetilsyn
- når ei slik ordning kan vere mulig å realisere ved denne sjukeheimen.

Notat frå legevaktsjef og notat frå Lindås kommune vert lagt til grunn for ein rapport frå arbeidsgruppa som skal skissere dei to modellane og skal danne grunnlag for avtale mellom kommunar og sjukehus, samt søknad om statlege midlar til finansiering av løysinga.

Erfaringsutveksling med andre kommunar/regionar som har etablert eller planlegg for kommunale døgnplassar for øyeblikkeleg hjelp.

Erfaringskonferanse med Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sjukehus og 14 andre kommunar er planlagt 10.februar 2012.

Arbeidet med kommunale akuttsenger må sjåast i samanheng med regionen sitt arbeid med vurdering av mulige løysingar for samlokalisering av kommunale og spesialiserte helsetenester i Nordhordland.

(Vedlagt: Mellombels rapport frå arbeidsgruppe som vurderer samlokalisering av tenester i eit framtidig Helsehus)

38/11 29.08.11

AKUTTSENGER (ØYEBLIKKELIG HJELP) I DMS MIDT-TROMS, LENVIK KOMMUNE

AR behandla denne saka i sitt møte 17.08.11. Bakgrunnen var en henvendelse fra Lenvik kommune,

formulert slik av prosjektleder for motorprosjektet i Lenvik, Jostein Jenssen

Administrasjonen i Lenvik kommune vurderer å planlegge konkret etablering av et tilbud om øyeblikkelig hjelp senger (akuttsenger) i DMS Midt-Troms. I utgangspunktet tenker en seg 3 senger

for akutt observasjon av inntil et døgn varighet og 3 senger for å dekke behov for akutt behandling

for relevante pasientkategorier(diagnoser). I utgangspunktet tar en høyde for at de 3 akutt behandlingssengene skal gi behandlingstilbud i inntil 5 døgn. Denne tjenesten vil kunne erstatte en

del av de akutte innleggelsene som tidligere var henvist til sykehus. Det gjøres oppmerksom på at

tilbudet kun gjelder for pasienter som ut fra en medisinskfaglig vurdering kan gis et like godt eller

bedre tilbud i DMS sammenlignet med sykehus. Eksempelvis akutte hjerteinfarkt eller hjerneslag skal

fortsatt henvises til sykehus.

Denne tjenesten vil kunne medføre økonomiske besparelser for deltakerkommunene som, i henhold

til den nye medfinansieringsordningen, fra 1. januar 2012 må betale 20 % av kostnadene for innbyggernes sykehusopphold (medisinske diagnoser med visse unntak). Tjenesten vil også til en viss

grad kunne avlaste deltakerkommunenes sykehjemsdrift da en vil få færre akuttinnleggelser i sykehjem.

Planleggingen er basert på signalene som sentrale myndigheter har gitt i tilknytning til samhandlingsreformen og har som forutsetning at driftskostnadene i sin helhet vil bli finansiert via

tilskudd fra staten.

Dimensjoneringen på totalt 6 sengeplasser er med utgangspunkt i at tilbudet skal dekke de kommunene som deltar i den interkommunale legevaksordningen som allerede er etablert på

Finnsnes.

Erfaringsmessig vet vi at de aller fleste akutte innleggelsene i denne sammenheng vil komme fra

legevakten.

Dersom vi lykkes med å få en rask avklaring av formalitetene og driftsgrunnlaget kan tilbudet etableres med iverksettelse fra 1. januar 2012.

8

Lenvik kommune har som en forberedelse, igangsatt planlegging av bygningsmessige arbeider med tanke på omdisponering av egnede arealer i DMS Midt-Troms. For den videre planlegging av drift er det nødvendig med synspunkter fra de 6 kommunene som deltar i legevaktsamarbeidet. Kommunene må uttrykke sine synspunkter på de overnevnte planer og om de er interessert i å delta i et samarbeid som skissert ovenfor. De kommunene som ønsker å delta i samarbeidet bes i tillegg om å velge en representant med vara som kan gå inn i plangruppa for denne tjenesten. Representanten og vara bør helst ha kompetanse fra helsetjenesten eller rimelig god kjennskap til denne sektoren. I første omgang er det ønskelig at dette tema behandles i AR 17. august d.å. og i Regionrådet snarest mulig. Ta gjerne kontakt for avklaring av spørsmål i sakens anledning. Jeg stiller gjerne opp for å svare på spørsmål i møtene.

Mvh

Jostein Jenssen

Prosjektleder "Lenvik kommune som regional motor i samhandlingsreformen"

Tlf. 77 87 13 11 / Mobil 47 46 20 97

Vedtatt gjort av de aktuelle rådmennene:

1. Rådmennene i de fem tilstedeværende kommunene (rådmannen i Tranøy ikke til stede) slutter seg til at Lenvik kommune på vegne av legevaktsamarbeidet sender en søknad om statlige midler til etablering av akuttsenger ved DMS Midt-Troms; jfr. notat fra prosjektleder Jostein Jenssen.
2. Den enkelte kommune i samarbeidet bes om å velge en representant med vararepresentant til plangruppa for denne tjenesten.
- 3.

Vedlegg 3

SAKSFRAMLEGG TIL HANDSAMING I KOMMUNANE I NORDHORDLAND OG GULEN.

NORDHORDLAND LEGEVAKT – STYRKING AV LEGEVAKTA OG KONSEKVENSER AV NYE OPPGÅVER

- STYRKING AV BEMANNING
- NYE MEDLEMSKOMMUNAR
- NASJONALT LEGEVAKTNUMMER
- ETABLERING AV DØGNPLASSAR FOR ØYEBLIKKELIG HJELP

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

1. xxxxxx kommune sluttar seg til ei styrking av Nordhordland legevakt (NLV) slik det går fram av saka. *(Dette punktet gjeld ikkje Gulen og Osterøy)*
2. xxxxxxxx kommune sluttar seg til at nytt nasjonal legevaktnummer (116117) vert lagt til Nordhordland Legevakt slik det er tilrådd i administrativ nemnd.
3. xxxxxx kommune sluttar seg til at kommunane Osterøy og Gulen vert inkludert som medlemskommunar i Nordhordland Legevakt (NLV), og at tiltaka som er lagt fram i saksdokumentet vert sett i verk, jfr. pkt. 5.2. Kommunen gir administrativ nemnd for NLV i oppdrag å utarbeida samarbeidsavtale med den einskilde kommune med aktuelle tilpassingar. *(For Osterøy og Gulen må ordlyden bli noko annleis).*
4. xxxxxx kommune sluttar seg til eit interkommunalt samarbeid om døgnplassar for øyeblikkelig hjelp i Nordhordland, jfr. pkt. 5.3, alternativ 2.
5. For kommunar som sluttar seg til pkt. 4 ovanfor, får Nordhordland Utviklingsselskap IKS i oppdrag å utarbeide forslag til samarbeidsavtale mellom kommunane og helseføretaket om etablering og drift av døgnplassar for øyeblikkelig hjelp for kommunane i Nordhordland.
Samarbeidsavtalen vil bli lagt fram for politisk handsaming i kommunen når partane er klar for å inngå slik avtale.

1.0 Bakgrunn

Auka førespurnad, fleire konsultasjonar og akuttstiasjonar på legevakta, saman med nytt gratis legevaktsnummer, gjer det naudsynt å vurdere ei styrking av bemanninga ved legevakta.

Innføring av nytt nasjonalt legevaktnummer (116117) trer i kraft ila 2013. Gjennom forskrift vert det stilt krav til etablering og drift av ordninga. For kommunane i Nordhordland som er med i legevaktsordninga er det difor berre NLV som kan ivareta desse krava. Ny forskrift for prehospital akuttmedisin vil forskriftsfeste krav til kompetanse og utdanning for å arbeide på legevakt og ta imot henvendingar frå publikum på legevakttelefon.

Oppfølging av samhandlingsreforma fører til overføring av oppgåver frå spesialisthelsetenesta til kommunane, og fleire pasientar vil ha trong for kommunale helse- og omsorgstenester med legefagleg vurdering også utanom normal arbeidstid.

Kommunale døgnplassar for øyeblikkelig hjelp er døme på ei slik oppgaveoverføring.

Nordhordland legevakt(NLV) vil venteleg få ei sentral rolle i arbeidet med desse pasientane. I tillegg ser ein auke i henvendingar i og etter vanleg kontortid frå pasientar som oppheld seg i eigen heim eller i sjukeheim. Gjennom samhandlingsreforma er det initiert at pasientar skal skrivast tidlegare ut frå sjukehus. Dette vil venteleg og føre til auka trong for legeressursar både innanfor og utanom normalarbeidstid.

Frå og med 2016 har kommunane plikt til å opprette døgnplassar for øyeblikkelig hjelp.

Plikta følgjer av *lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* § 3-5, tredje ledd.

Ny statleg tilskottsordning er innført til føremålet, samt ei gradvis overføring av midlar frå regionalt helseføretak frå 2012. Etablering av ordninga skal skje i samarbeid med helseføretaket. Rettleiingsmateriell som synleggjer krav til etablering og drift av ordninga er utarbeidd og vert lagt til grunn ved vurdering av slike døgnplassar i Nordhordland. (Vedlegg i saka: *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, Veiledningsmateriell*).

Samarbeidsavtale mellom kommunar og helseføretaket om tiltaket er inngått, og er lagt til grunn for vidare arbeid.

2.0 Prioritering av legevakta

Legevakta må bli prioritert styrka for å få ei fagleg forsvarleg akuttmedisinsk teneneste og kapasitet i Nordhordland. Utan ei styrking av bemanninga ved legevakta kan ein ikkje sjå at det er grunnlag for å setje i verk dei andre tiltaka som er omtala i denne saka.

Ser vi på framtidsbilde som teiknar seg i samband med samhandlingsreforma med akuttsenger, desentralisert behandling, observasjonsenger, aukande tal kortidsplassar , rehabiliteringsplassar, aukande poliklinisk behandling og oppfølging av kronisk og alvorleg sjuke lokalt så har vi erfaring for at pasientane sine problem og spørsmål ikkje held seg til legekontor og helsetenesta si ordinære opningstid.

Når det gjeld forbruk av døgnplassar i sjukehus, medfinansiering og utskrivingsklare pasientar er det lett å gløyme at berre ein liten del pasientar vert lagt inn av fastlegen I hovudsak er det legevakt og poliklinikkar pasientane kjem frå når dei vert lagt inn i sjukehus.

3.1 Beskriving av omgrep

- Legevaktssentral (LV-sentral)
- Legevakt
- Nasjonalt Legevaktsnummer
- Døgnplassar for øyeblikkelig hjelp

Legevaktssentral (LV-sentral):

Kommunane skal sørge for at helsepersonell i vaktberedskap er umiddelbart tilgjengeleg i eit felles, lukka, einskapleg og landsdekkande kommunikasjonsnett for helsetenesta. Dei skal kunne kommunisere med kvarandre og med andre naudetatar i eit kommunikasjonsnett.

LV-sentralen skal:

- Motta og handtere henvendingar via eit fast legevaktsnummer innanfor eit fastsett geografisk område, herunder prioritere, iverksette og følgje opp henvendingar til lege i vaktberedskap, heimesjukepleie, jordmor, kriseteam og andre relevante instansar
- Skal kunne kommunisere direkte og vidareformidle henvendingar om akuttmedisinsk hjelp til AMK-sentralen
- Må ha eit forsvarleg system for dokumentasjon av kommunikasjon, og bør ha utstyr for logging av viktig trafikk.

NLV fungerer som legevaktssentral for dei 7 eksisterande medlemskommunane.

Legevakt:

Med kommunal legevaktsordning meiner vi ei organisert verksemd som gjennom heile døgnet skal vurdere henvendingar om øyeblikkeleg hjelp, og samtidig gjere den oppfølging som blir sett på som naudsynt.

Legevakta sine oppgåver:

Kommunen har ansvar for å organisere ei legevaktsordning som sikrar befolkninga sitt behov for øyeblikkelig hjelp heile døgnet. Dette inneber mellom anna å:

- Diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander og sørge for henvisning til spesialisthelsetenesta ved behov
- Vurdere, gi råd og rettleie ved henvendingar om øyeblikkelig hjelp.

NLV er legevakt for dei 7 eksisterande medlemskommunane.

Nasjonalt legevaktsnummer – 116117:

116117 er eit nytt legevaktsnummer som skal takast i bruk i alle kommunar ila 2013. Det vert mellom anna stilt krav om at nummeret skal vere tilgjengeleg heile døgeret og at det skal vere godkjent legevaktssentral som skal svare på dette nummeret.

I brev til kommunane av 30.11.2011 og 18.07.12 har Helsedirektoratet sendt ut informasjon om den nye ordninga.

Døgnplassar for øyeblikkelig hjelp(ØH-døgnplassar):

Gjennom *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*, jfr. §§ 3-5 og 3-1, er kommunen forplikta til å yta øyeblikkelig hjelp til personar som oppheld seg i kommunen. Denne plikta er gjennom § 3-5, 3. ledd utvida til også å femna om døgntilbod.

Plikta trer i kraft frå 2016, men det er eit mål at tilbodet skal fasast inn i alle landets kommunar i løpet av 2012-2015.

Døgnplassane skal vere eit tilbod til dei pasientar og brukarar som kommunen har høve til å utgreie, behandle eller gi omsorg til, og skal vere betre eller like godt som eit alternativt tilbod i spesialisthelsetenesta. Observasjon og behandling i eit slikt tilbod forutset m.a. at sjukepleiar er tilstades 24 timar i døgnet, samt lege tilgjengeleg i rimeleg nærleik til tilbodet.

Det er berre lege som kan vurdere om pasientar skal ha behandling i eit kommunalt ØH - døgntilbod eller skal leggast inn på sjukehus.

Kommunane står fritt til korleis dei vil organisere tilbodet, men det vert stilt krav om særavtale med Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus AS om forpliktande og konkrete planar.

I tråd med sentrale føringar for tilbodet er det grunnlag for å etablere 4 – 5 slike døgnplassar i Nordhordland, og lokalisering i tett nærleik til legevakta er vurdert til å vere ei god løysing for innbyggjarane.

4.1 Vurderingsgrunnlag - element i vurdering av saka:

- Auka etterspurnad etter legevaktstenester
- Innføring av nytt nasjonalt legevaktsnummer
- Samhandlingsreforma – konsekvensar for legevakta og kommunen sine helse- og omsorgstenester
- Nye kommunar med i legevaktssamarbeidet?
- Etablering av døgnplassar for øyeblikkelig hjelp i eit interkommunalt samarbeid.
- Økonomiske konsekvensar dersom medlemskommunar i NLV ikkje vil vere med i eit interkommunalt samarbeid om ØH- døgntilbod.
- Økonomiske konsekvensar for kommunar som ønskjer å delta i ØH- døgnplassane, men som ikkje er med i legevaktsordninga.
- Betalingsmodellar for kommunane i legevaktssamarbeidet

4.1 Auka etterspurnad etter legevaktstenester

Dei siste 3 åra har legevakta hatt ein produksjonsauke på 60% i konsultasjonar, samt ei mindre auke i tal henvendingar pr telefon. Det er mange forklaringar på dette.

Rapport frå Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin trekker til dømes fram følgjande forklaringar til auken i henvendingar til legevakt:

- for liten tilgong til time hjå fastlegen
- for travelt på legevakta til å gje gode råd på telefon

- dei som bur nærast legevakta bruker legevakta mest.

Ifølgje rapport av 23.04.2012 ”Fremtidig legevakt i Nordhordland” vurderer arbeidsgruppe oppnemnd av Administrativ nemnd v/NLV at arbeidsbelastninga er uforsvarleg stor med dei ressursar som i dag er inne i legevaktsordninga.

Dei som bruker legevaktstenester mest er dei under 16 år og dei som er 67 år og eldre. Desse aldersgruppene vil auka med 26% frå 2012 til 2020..

Dersom vi også tek med Gulen og Osterøy vil auken vere på 36%.

Samarbeidsavtalane som er inngått mellom kommunar og helseføretak, og som omhandlar den akuttmedisinske kjeda skal følgjast opp. Noko som også forpliktar at legevaktstenesta skal vere god og fagleg forsvarleg.

Om ein med legevakt skal forstå **lege på vakt** må ein ta med at legen ved NLV er på uttrykking ved raud respons. Dette er dokumentert å gi betre pasientbehandling for desse pasientane.

Talet på uttrykkingar er for tida 2-4 i døgnet. Dette gjer at legevakta i aukande grad er utan lege til stades på NLV.

Tek ein med at eldre pasientar i aukande grad vil ha trong for heimebesøk også etter vanleg kontortid kan legevakta verte utan lege i enno lengre periodar. Det er uttrykking frå legevakt til perifere områder i Nordhordland som gjer at lege til tider oppheldt seg i uforsvarleg lang avstand frå andre perifere områder i regionen. Saman med for mange oppgåver i samtid kjem samtidskonfliktar og aukande risiko for uforsvarleg drift.

Forslag til oppbemanning som ligg i denne saka har i stor grad tatt utgangspunkt i no-situasjonen og dei utfordringar og oppgåver vi veit kjem.

For ei meir langsiktig planlegging av prehospitale akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus og vurdering av legevakttenester må fleire faktorar vurderast.

Fastlegekapasitet, opningstider og ventetid på legekantora, sjukeheimslegedekning og tilgong til sjukeheimslege etter kontortid, ivaretaking av utskrivingsklare pasientar, avstand frå legevakta med meir er avgjerande faktorar når det skal planleggast forsvarlege prehospitale akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus.

For å sikre ei forsvarleg legevaktteneste og at NLV vert brukt i tråd med retningsliner for tenesta er det avgjerande at kommunane gjennomfører kontinuerlig revisjon og evaluering av desse tenestene.

4.2 Innføring av nytt nasjonalt legevaktsnummer

Innføring av nytt gratis legevaktstelefonnummer 116117 inneber:

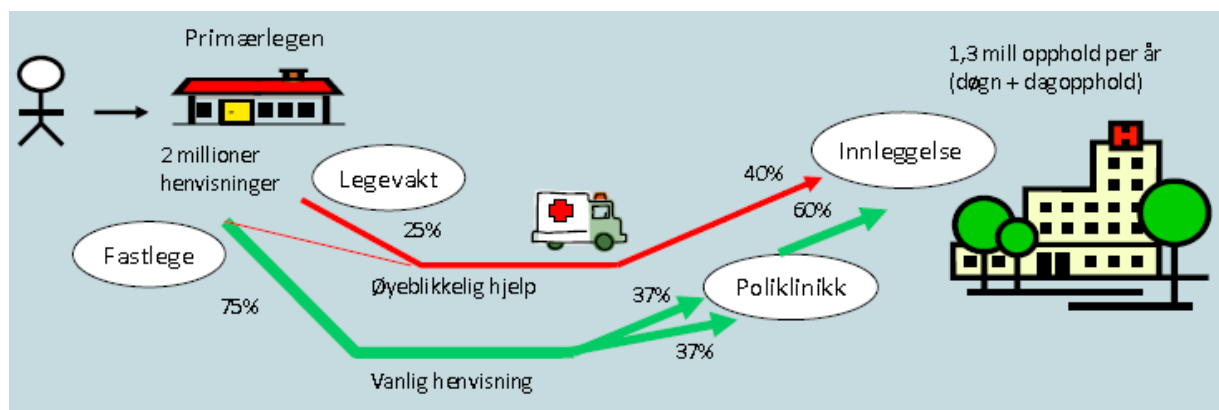
- Same legevaktstelefonnummer heile døgnet i heile landet
- Auka fokus på kommunal legevakt som viktig del av akutt medisinsk behandlingsskjede
- Redusert tal henvendingar til medisinsk naudhjelpstelefonnummer 113.

Innføring av legevaktstelefonnummeret 116117 vil ha konsekvensar for drifta ved Nordhordland legevakt, fordi NLV ivaretar oppgåva som LV-sentral for alle deltakarkommunar. Det nye telefonnummeret vil difor venteleg medføre auka arbeidsbelastning i form av fleire telefonhenvendingar, og vil krevje trong for auka

sjukepleiarbemanning og kompetanse på telefon. Dette følger og direkte av forventa reduksjon i henvendingane til **113**.

NLV blir difor LV-sentral heile døgnet for alle kommunar som er med i legevaktsordninga. Dette gratis telefonnummeret må bli lagt til NLV til ei kvar tid. Pasientar som treng lege straks blir på denne måten vurdert og prioritert ved legevakta. Dette inneber trong for rutinar som sikrar pasientar tilgang til ØH-timar hos sin fastlege i normalarbeidstida for at dei skal få den oppfølging dei har krav på og trong for.

4.3 Samhandlingsreforma – konsekvensar for legevakta



Figuren viser at 25% av alle ØH- pasientane frå kommunane blir lagt inn på sjukehus via legevakt. (Frå Anders Grimsmo, notat 03.05.09).

Grimsmo fant at det viktigaste einskildtiltak for å redusere/hindre re-innleggingar i sjukehus er at ØH-pasienten blir undersøkt av fastlegen innan 14 dagar etter utskrivning frå sjukehus.

Legevakta står svært sentralt for å nå måla om færre innleggingar i sjukehus. Legevakta står for dei fleste innleggingane utanfor sjukehus. Vi veit at når det er travelt på legevakta vert det auka tal på innleggingar i sjukehus.

Etter innføring av samhandlingsreforma vil legevakta kunne spele ei viktig rolle ved utskrivning av pasientar frå sjukehus, sidan ei bemanningsmessig styrking vil sette NLV i stand til m.a. å kunne utføre naudsynte medisinske prosedyrar som kvar einskild kommune kan hende ikkje har ressursar eller kompetanse til å kunne utføre til ei kvar tid.

4.4 Nye kommunar med i legevaktssamarbeidet

Helseutvalet har i møte 8.juni 2012 tilrådd at også alternativ for Gulen og Osterøy si deltaking i legevakta må bli vurdert i denne saka.

Det er ved fleire høve vert diskutert ei utviding av legevakta til fleire kommunar. I fagråd for legar, i administrativ nemnd og i kommunestyresaka om Gulen sitt medlemskap kjem det fram at dersom fleire kommunar skal ta del i legevakta må bemanninga aukast. Dette for å sikre forsvarleg legevaktteneste og forsvarleg avstand mellom lege og pasient. Avstand mellom lege på utrykking til Gulen og til dømes pasient på Osterøy som treng snarleg legevurdering er for stor. Av denne grunn vert det naudsynt å sikre lege stasjonert på legevakta dei tidene på døgnet når Gulen og Osterøy nyttar NLV og lokalt legekantor er stengt. Berre på denne måten kan ein sikre forsvarleg avstand og responstid for desse kommunane.

Det lagt til grunn at NLV skal dekke tenesta "legevakt" alle netter, helg og høgtid i året, jfr. definisjon under pkt. 3 for Gulen og Osterøy slik det kjem fram i pkt 5.2 i saka.

4.5 Etablering av døgnplassar for øyeblikkelig hjelp i eit interkommunalt samarbeid

Som vist til i kap. 3.0 vil kommunane frå 2016 ha plikt på seg til å etablere døgnplassar for øyeblikkelig hjelp. Det er eit mål at tilbodet skal fasast inn i alle landets kommunar i løpet av 2012-2015, jf. Prop. 91 L (2010-2011) og Innst. 424 L (2010-2011).

For å utløyse rett til tilskot skal dette skje i samarbeid med helseføretaket.

Kommunanes sitt tilbod om øyeblikkelig hjelp skal bli til ved eit samarbeid mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. Dei lovregulerte samarbeidsavtalane mellom kommunar og regionale helseføretak/helseføretak skal regulere tilbodet, og er eit overordna virkemiddel for samarbeid om etablering.

Kommunar kan samarbeide om tilbodet og felles avtale med helseføretaket kan utarbeidast. Samarbeidsavtalen som vert utarbeidd skal til handsaming i kvar einskild kommune og det er den enkelte kommune som inngår avtale med helseføretaket om etablering og drift av tilbodet.

Kommunane i Nordhordland står fritt til korleis dei vil organisere tilbodet, men det vert stilt krav om særavtale med Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus AS om forpliktande og konkrete planar. Særavtalar vert utarbeidd og inngått når kommunen er klar for å etablere eit slikt tilbod, og kommune og sjukehus er samde i at det vert etablert. Særavtalen skal mellom anna beskrive kva tilbod som skal etablerast, aktuelle pasientgrupper, lokalisering av tilbodet, praksis knytt til bruk av slike døgnplassar, samarbeidsrutinar, krav til kompetanse og behov for medisinsk teknisk utstyr.

Kva for pasientgrupper ein kan handtere i eit slikt døgntilbod vil vere avhengig av bemanning og kompetanse ein har tilgjengeleg. Det som imidlertid er klart, er at det må utarbeidast eksklusjons-/inklusionskriterier for kva pasientar som kan nytta dette tilbodet. Den nasjonale rettleiar for tilbodet er viser til at aktuelle pasientkategoriar kan være pasientar med akutt forverring av ein kjent tilstand på grunn av t.d forhold som infeksjon, dehydrering eller ernæringssvikt, og der kjent utløysande årsak er avklart. Døme på dette kan vere pasientar med forverring av KOLS.

Gjennomføring av fagleg forsvarleg observasjon og behandling i eit slikt tilbod forutset m.a. at sjukepleiar er tilstades 24 timar i døgnet, samt lege tilgjengeleg i rimeleg nærleik til tilbodet.

Ei tverrfagleg samansett arbeidsgruppe har på oppdrag frå Helseutvalet i Nordhordland vurdert ulike løysingar når det gjeld etablering av slike døgnplassar. Grappa har komme fram til at kommunane i Nordhordland bør samarbeide om dette tilbodet og at slike døgnplassar bør lokaliserast i tett nærleik til Nordhordland legevakt.

Dette er mellom anna grunngeve med at;

- kvar kommune har for få innbyggjarar og manglar lege 24/7 i nærleik til sjukeheim slik at det er mogeleg å gi eit fagleg forsvarleg tilbod til pasientgruppa som er tenkt i desse sengene.
- det vert stilt krav om at lege til ei kvar tid skal vere i rimeleg nærleik til tilbodet. Det er berre lege som kan vurdere om pasientar skal ha behandling i eit kommunalt ØH-døgntilbod eller skal leggast inn på sjukehus.

Tal senger og kva pasientkategoriar som kan bli tekne imot er avgjerande for kva bemanning og kompetanse som til ei kvar tid må vere tilgjengeleg for å gi eit fagleg forsvarleg tilbod.

Befolkningsgrunnlaget i nordhordlandsregionen tilseier venteleg 4 - 5 ØH-døgnplassar, avhengig av kor mange kommunar som sluttar seg til. Dette er i tråd med føringar i nasjonal rettleiar for tilbodet.

4.5.1 Lokalisering av tilbodet:

Arbeidsgruppa har vurdert to alternativ for lokalisering av tilbodet:

- Knarvik sjukeheim:

Det er konkludert med at Knarvik sjukeheim tidlegast kan opprette døgnplassar for øyeblikkelig hjelp i 2016, avhengig av i forkant å ha ein tilfredsstillande dekning av heildøgns omsorgsplassar for eldre.

Gruppa har med bakgrunn i dette ikkje gjennomført noko nærare utgreiing av dette alternativet.

- Nordhordland Legevakt:

Det er mogeleg å finne eigna lokale ved NLV. Det er vurdert at leilegheit i etasjen over legevakta kan vere eigna til føremålet dersom det vert gjort nokre endringar i romfordelinga. Det må også på plass ei løysing som gjer det mogeleg å bevege eg direkte mellom legevakt og rom for døgnplassar.

Konklusjon:

Etablering i nærleik til Nordhordland legevakt er vurdert til å vere beste løysinga når det gjeld slike døgnplassar. Det er difor rimeleg å sjå oppretting av ØH-døgntilbod i samanheng med ei styrking av legevakta.

Gruppa er samd i at det er grunnlag for å arbeide vidare med lokale i leilegheit i etasjen over legevakta som ei midlertidig løysing for slike døgnplassar fram til eit Helsehus er på plass. Dersom krav til areal og utforming vert godkjent kan det vere mogeleg å ha 5 senger i desse areala.

Eigar av bygget, samt representant frå Lindås kommune og NLV har vurdert alternative modellar for å få ei mest mulig funksjonell romløysing, og skisse til løysing vert framlagt i september d.å.

Det er viktig å presisere at dette er ei mellombels løysing, og at slike døgnplassar på sikt må lokaliserast saman med andre type døgnplassar i Helsehuset.

Vidare vert det tilrådd at tilbodet vert organisert etter vertskommunemodellen, med Lindås kommune som vertskommune.

Om tilbodet skal organiserast under NLV må vurderast i det vidare utgreiingsarbeidet når det er klart kva kommunar som går inn for å samarbeida om slike døgnplassar.

Dei døgnplassane som blir omhandla i dette avsnittet er relativt dyre, grunna smådriftsulemper. Dersom kommunane sluttar seg til "helsehusløysinga" og desse døgnplassane vert lokalisert saman med andre døgnplassar vil det gi ein betre driftsøkonomien.

4.5.2 Tilskotsordning for etablering og drift av tilbudet

For perioden 2013-2015 kan det søkjast om tilskot som skal finansiere kommunens utgifter til etablering og drift av døgnplassar for øyeblikkelig hjelp.

Midlar kan søkjast om i etableringsåret, og påfølgjande år vil kommunen automatisk få vidareført tilskotsmidlar fram til tilskotet vert innlemma i rammetilskotet frå 2016.

Kommunar som inngår eit formelt samarbeid om etablering av tilbud, og som inngår ein felles avtale med helseføretaket, kan sende samla søknad om midlar til Helsedirektoratet. Søknad skal vere underteikna av kvar einskild kommune som deltar i samarbeidet, og vere sendt innan 01.mars i etableringsåret.

Det er eit mål å søkje om midlar for å etablere eit slikt tilbud i Nordhordland ila 2013 dersom kommunane sluttar seg til eit samarbeid om etablering av døgnplassar for øyeblikkelig hjelp.

Planlegge for vidare prosess:

Når lokale og finansieringsmodell er på plass må det setjast ned ei arbeidsgruppe samansett av klinikarar frå kommune og spesialisthelsetenesta for å vurdere pasientgrupper og pasientforløp i dette tilbudet. Det er pasientforløpet som avgjer innhaldet i tilbudet og kva kvalitet, nivå og bemanningsbehov som tilbudet vil krevje.

Dette skal mellom anna danne grunnlag for samarbeidsavtalen som skal utformast for dette tilbudet.

4.6 Økonomiske konsekvensar dersom medlemskommunar i NLV ikkje vil vere med i eit interkommunalt samarbeid om ØH-døgntilbod.

Dersom medlemskommunar i legevaktsordninga ikkje vil vere med i eit interkommunalt samarbeid om ØH-døgntilbod reiser dette følgjande problemstillingar:

- Befolkningsgrunnlaget vert mindre, og dermed også talet på senger og dei økonomiske rammene for etablering og drift. Befolkningsgrunnlaget kan bli for lite til at det let seg gjere å etablere eit slikt tilbud
- Det er eit rimeleg prinsipp at ein kommune ikkje skal vere med å betale på ei ordning, eller deler av ordninga dei ikkje nyttar seg av.

Sjølvsagt er det rimeleg at ein kommune ikkje vil vere med å betale for ei ordning som dei ikkje nyttar seg av. På den andre sida utløyser etablering av ØH-døgnplassar tilskot, som kan vere med å finansiere delar av meirutgiftene ved styrking av bemanninga ved legevakta. Viser her til økonomiske konsekvensar under pkt. 6 og 7.

4.7 Økonomiske konsekvensar for kommunar som ønskjer å delta i ØH-døgnplassane, men som ikkje er med i legevaktsordninga.

Bemanningsmessig styrking av legevakta er ein vesentleg føresetnad for å etablere ØH-døgnplassar. Dersom kommunar som ikkje er medlemmer i legevaktssamarbeidet ønskjer å delta i samarbeidet om slike døgnplassar, må dette spørsmålet og betalingsvilkår sjåast på særskilt. Betalinga må ta høgde for meirutgifta ved styrking av legevakta.

4.8 Betalingsmodellar for kommunane i legevaktssamarbeidet

Dagens ordning er at kvar av kommunane betalar ei fast deltakaravgift på f.t. 267.000 kroner. Denne avgifta blir årleg indeksregulert. Det overskytande beløp blir dekt etter innbyggjartal. Det må bli vurdert om deltakaravgifta skal vere eit fast beløp eller eit prosenttal av samla utgifter til fordeling blant kommunane.

Gulen og Osterøy si betaling må bli sett i forhold til vilkår for tilknytning til NLV.

5.1 Tiltak

Under dette avsnittet vil vi sjå på følgjande forhold:

Bemanningsmessig styrking av legevakta i to alternativ:

- Gitt dei sju eksisterande medlemskommunar NLV.
- Gitt dei sju eksisterande medlemskommunane NLV, samt kommunane Gulen og Osterøy.

Etablering av døgnplassar for øyeblikkelig hjelp knytt til legevakta.

Følgjande alternativ kan tenkast for etablering av slike plassar:

- 4,23 døgnplassar for dei sju medlemskommunane til NLV
- 5,64 døgnplassar for medlemskommunane til NLV inkl. Gulen og Osterøy
- Døgnplassar dersom ikkje alle medlemskommunane NLV vil opprette slike plassar i fellesskap
- Døgnplassar for kommunar som ønskjer å delta i det interkommunale samarbeidet, men som ikkje er med i legevaktsordninga.

Styrking av legevakta utgjør grunnlaget for oppretting av ØH-døgnplassar i tilknytning til NLV.

5.1 Bemanningsmessig styrking av legevakta, gitt eksisterande medlemskommunar:

Ekstra legevaktslege og ekstra sjukepleiar ved NLV i Knarvik i tidsrommet kl. 16 – 23 alle kvardagar og kl. 12 – 20 helg og høgtid.

Auka legevaktssjefsstilling frå 40% til 60% stilling.

Ekstra lege og sjukepleiar vil:

- Kunne hindre innleggingar i sjukehus
- Kunne gi fleire og betre råd på telefon
- Kunne vurdere pasientar i sjukeheim
- Kunne føre tilsyn med ØH-døgnopphald etter ordinær arbeidstid. Det forutset også at alt grunnleggande legearbeid (utskrivning, arbeid med oppfølging i kommune, kontakt med spesialisthelseteneste, oppfølgjande diagnostikk, administrasjon etc.) blir gjort av eigne legar med ansvar for ØH-døgnopphald.
- Kunne utføre avanserte medisinske prosedyrar hos nyleg utskrivne pasientar

- Kunne utføre avanserte medisinske prosedyrar hos kronisk og alvorleg sjuke pasientar, kreftpasientar og palliative team
- Kunne utføre medisinske støttefunksjon for anna helsepersonell
- Kunne bistå med sjukepleiefaglege vurderingar og prosedyrar innanfor dei same utfordringane
- Kunne bistå i medlytt og gjere faglege vurderingar og prioriteringar på telefon, noko som vil føre til kontinuerleg kvalitetssikring av telefonhenvendingar.

Fastlegane plikter å delta som vaktlegar v/NLV. Det er kommunen si plikt å sjå til at dette vert fylgt opp. Dette gjeld for alle kommunar som deltar i legevaktssamarbeidet.

Viser til pkt. 6.1 når det gjeld økonomiske konsekvensar av dette framlegget.

5.2 Bemanningmessig styrking av legevakta, gitt eksisterande medlemskommunar NLV i tillegg til Gulen og Osterøy kommunar

Tiltak som under pkt. 5.1, med følgjande tillegg:

- Ekstra legevakslege natt.
- Ekstra sjukepleiar same tidsrom
- Auka reiseutgifter.

Føresetnader for Gulen og Osterøy kommunar si tilknytning til NLV:

- NLV dekker tenesta "LV-sentral" heilkontinuerleg (heile døgnet, heile året), jfr. definisjon under pkt. 3.
- NLV dekker tenesta "legevakt" alle netter, helg og høgtid i året, jfr. definisjon under pkt. 3.

Viser til pkt. 6.2 når det gjeld økonomiske konsekvensar av dette framlegget

For Gulen og Osterøy kan den tilrådde tilknytninga på sikt bli utvida til også å gjelda ettermiddag og kveld alle dagar. Dette vil i så fall innebere ei ny vurdering av bemanning på gitte tider på døgnet.

5.3 Etablering av ØH-døgnplassar i tråd med tilrådingar i pkt 4.5

Fire alternative etableringar med følgjande felles føresetnader:

- Samarbeidsavtale mellom kommunane, og samarbeidsavtale med helseføretaket må liggje føre for å utløyse midlar til etablering og drift av ØH-døgnplassar fram til 2016.
- Alle kommunar som er med i ordninga, må bidra med det beløp som blir fordelt gjennom tilskotsordninga for etablering og drift fram til 2016, og gjennom rammetilskottet til føremålet i 2016, jfr. vedlegg. Tal på døgnplassar er dimensjonert ut frå denne føresetnaden.

Alternativ 1: Etablering av 4,23* døgnplassar for øyeblikkelig hjelp for dei sju medlemskommunane til NLV

* 4,23 plassar er utrekna på grunnlag av helsedirektoratet sine grunnlagsdata for ordninga og tilpassa dei økonomiske overføringane kommunane får til føremålet, jfr. vedlegg.

Tiltak:

- Etablering og drift av sjukepleiarstillingar tilsvarende 5 årsverk. Dette sikrar 1 sjukepleiar på vakt heile døgnet til å betene pasientane/brukarane i ØH-døgnplassane
- Etablering og drift av legestilling på dagvakt 2.5 timar morgon, kvardagar for oppfølging av pasientane/brukarane
- Oppretting av ny 20% legestilling for oppfølging av grunnleggande legearbeid (legevisitt, innskriving, utskrivning, arbeid med oppfølging i kommunen, kontakt med spesialisthelsetenesta, oppfølgjande diagnostikk, adm., mv.).
- Utviding av legeårsverk på natt 2 timar alle dagar i året – for oppfølging av ØH-døgnopphaldspasientar.
- Leige av areal til ØH-døgnplassane

Viser til pkt. 7 alternativ 1 når det gjeld økonomiske konsekvensar av dette framlegget

Alternativ 2: Etablering av 5,64 døgnplassar for øyeblikkelig hjelp for medlemskommunane NLV inkl. Gulen og Osterøy**

* * 5,64 plassar er utrekna på grunnlag av helsedirektoratet sine grunnlagsdata for ordninga og tilpassa dei økonomiske overføringane kommunane får til føremålet, jfr. vedlegg.

Tiltak:

- Tiltak som under alternativ 1

Gulen må inngå eigen samarbeidsavtale med Helse Førde om etablering av ØH-døgnplassar i dette alternativet.

Viser til pkt. 7 alternativ 2 når det gjeld økonomiske konsekvensar av dette framlegget

Alternativ 3: Døgnplassar dersom ikkje alle medlemskommunane NLV vil opprette slike plassar i fellesskap

Dimensjoneringa av tal ØH- døgnplassar må bli vurdert ut frå storleiken av statleg tilskott til føremålet og ut frå kva som er praktisk, økonomisk og fagleg forsvarleg tilbod.

Den (desse) kommunen(ane) må ut frå befolkningsgrunnlaget vurdere i kva grad det er realistisk å vere utanfor eit interkommunalt ØH-døgntilbod og om det er mulig å vere eigen avtalepartner i forhold til helseføretaket.

Dei må også vurdere den økonomiske konsekvensen når det gjeld styrking av legevakta, utan å nytte seg av statleg tilskott til ØH-døgnplassane.

Alternativ 4: Døgnplassar for kommunar som ønskjer å delta i det interkommunale samarbeidet, men som ikkje er med i legevaksordninga.

Dersom kommunar som ikkje er medlemmer i legevaktssamarbeidet ønskjer å delta i samarbeidet om ØH-plassar, må dette spørsmålet og betaling bli vurdert særskilt. Betalinga må ta høgde for meirutgifta ved styrking av legevakta.

5.4 Betalingsmodellar for kommunane i legevaktssamarbeidet

Samarbeidskommunane betalar i dag ei årleg deltakaravgift på kr. 267 000. Deltakaravgiftene samla utgjør 17.4% av det totale beløp til utgiftsfordeling blant samarbeidskommunane.

Det blir tilrådd av deltakaravgifta blir sett til 17.4% av det totale beløp til utgiftsfordeling blant medlemskommunane. Resterande beløp blir fordelt på kommunane etter innbyggjartal.

Dersom Gulen og Osterøy kommune blir med i samarbeidet der NLV dekker tenesta "LV-sentral" heilkontinuerleg og tenesta "Legevakt" alle netter, helg og høgtid blir betalinga for desse kommunane fastsett separat.

6.0 Økonomiske konsekvensar – styrking av legevakta

I dette avsnittet vil det bli skilt mellom økonomiske konsekvensar av:

- styrking av legevakta, gitt eksisterande medlemmer
- styrking av legevakta, gitt at også Gulen og Osterøy kommunar er med.

6.1 Økonomiske konsekvensar av styrking av legevakta samt innføring av det nye legevaktsnummeret 116117 for dei sju medlemskommunane NLV – ekskl. Gulen og Osterøy kommunar :

Auka meirutgifter for styrking av legevakta – 1 000 kroner

Tekst	Meir - utgifter på årsbasis	Meir- inntekter på årsbasis	Kommentar
Lønnsutg. inkl.sosiale utgifter til nye legevaktsårsverk	3 200		Gjeld kl. 16-23 alle kvardagar og kl. 12-20 i helg og høgtid. Bekningsgrunnlag: (1200 kr. x 7 t x 255 d) +(1200 kr. x 8 t x 110d)
Lønnsutg. inkl. sosiale utgifter til nye sjukepleiarårsver, ferievikar m.v.	1 000		Nye sjukepleiarårsverk gjeld kl. 16-23 alle kvardagar og kl. 12-20 i helg og høgtid.
Auke legevaktssjefstilling med 20% til 60% stilling – lønnsutgifter inkl. sosiale utg.	300		Behov for auke i denne stillinga, i takt med utviding av medisinsk fagleg ansvarsområde, beredskap og fagutvikling.
Fagutvikling og kvalitetssikring	300		Oppfølging av samarbeidsavtale med helseføretak. T.d samtrening med HF.
Medisinsk forbruksmateriell	200		
Auka reiseutgifter	250		
Auka utgifter til IKT	50		
Auka inntekter i form av refusjon frå HELFO og eigendel frå pasientane		- 900	
Innføring av nytt legevaktsnummer 116117			Ved å leggje dette nummeret til NLV vil kvar kommune spare driftsutgifter til lokal legevaktsentral (LV-sentral), som lønn til helsepersonell, tilkopling til naudnett med kostnad pr. svarstad på kr. 70 000 m.v.. Besparinga er ikkje kostnadsrekna.
Sum	5 300	- 900	

Årleg netto meirutgift ved styrking av legevakta blir med dette 4.4 millionar kroner.

6.2 Økonomiske konsekvensar av styrking av legevakta samt innføring av det nye legevaktsnummeret 116117 for dei sju medlemskommunane NLV samt Gulen og Osterøy kommunar* :

Auka meirutgifter for styrking av legevakta – 1 000 kroner

Tekst	Meir-utgifter på årsbasis	Meir-inntekter på årsbasis	Kommentar
Lønnsutg. inkl.sosiale utgifter til nye legevaktsårsverk	3 200		Gjeld kl. 16-23 alle kvardagar og kl. 12-20 i helg og høgtid. Berekningsgrunnlag: (1200 kr. x 7 t x 255 d) +(1200 kr. x 8 t x 110d)
Lønnsutgifter inkl. sosiale utgifter til nye legevaktsårsverk	2 000		Gjeld kl. 23 – 07 alle netter. Vilkår for at Osterøy og Gulen kommune kan slutte seg til som medlemmer på natt (kl. 23 – 08) og helg, samt samband heile døgnet.
Lønnsutg. inkl. sosiale utgifter til nye sjukepleiarårsver, ferievikar m.v.	1 000		Nye sjukepleiarårsverk gjeld kl. 16-23 alle kvardagar og kl. 12-20 i helg og høgtid.
Lønnsutgifter inkl. sosiale utgifter til ny sjukepleiarstilling 9 timar pr. natt alle netter i året	1 400		Naudsynt styrking for at Gulen og Ostereidet skal vere med i samarbeidet.
Auke legevaktssjefstilling med 20% til 60% stilling – lønnsutgifter inkl. sosiale utg.	300		Behov for auke i denne stillinga, i takt med utviding av medisinsk fagleg ansvarsområde, beredskap og fagutvikling.
Fagutvikling og kvalitetssikring	500		Oppfølging av samarbeidsavtale med helseføretak. T.d samtrening med HF.
Medisinsk forbruksmateriell	200		
Auka reiseutgifter	250		Gjeld i forhold til eksisterande medlemmer NLV
Auka reiseutgifter	250		Gjeld i forhold til Gulen og Osterøy kommunar.
Auka utgifter til IKT	50		
Medlemsavgift for Gulen og Osterøy kommunar, gitt deltaking på natt (23 – 08) og helg, samt samband heile døgnet.		- 3 000	Gulen: 700 000 kr Osterøy: 2 300 000 kr.*
Auka inntekter i form av refusjon frå HELFO og eigendel frå pasientane		- 900	
Innføring av nytt gratis legevaktsnummer 16117			Ved å leggje dette nummeret til NLV vil kvar kommune spare driftsutgifter til lokal legevaktsentral (LV-sentral), som lønn til helsepersonell, tilkopling til naudnett med kostnad pr. svarstad på kr. 70 000 m.v.. Besparinga er ikkje kostnadsrekna.
Sum	9 150	- 3 900	

* NLV dekker tenesta "LV-sentral" heilkontinuerleg og tenesta "Legevakt" på natt, helg og høgtid for Gulen og Osterøy kommunar. For dei andre kommunane dekkjer NLV tenestene "LV-sentral" heilkontinuerleg samt tenesta "Legevakt" kveld, natt, helg og høgtid. Tenesta daglegevakt, kvardagar gjeld for dei kommunar som har inngått eigen avtale om dette. Daglegevakta har eige budsjett og eige rekneskap. Beløpa for Gulen og Osterøy er sett lågare enn for dei andre medlemskommunane, fordi vilkåra er annleis.

Årleg netto meirutgift ved styrking av legevakta blir med dette 5.25 millionar kroner.

7.0 Økonomiske konsekvensar ved etablering av ØH-døgnplassar

I dette av avsnittet vil vi kunne sjå på konsekvensar ved:

- Etablering av ØH-døgnplassar for medlemskommunale av NLV
- Etablering av ØH- døgnplassar for eksisterande medlemmer av NLV samt Gulen og Osterøy kommunar.

Styrking av legevakta blir vurdert som ein føresetnad for etablering av ØH-plassar for å vere å medvirke til å leggje til rette for døgnkontinuerleg tilgang på lege- og sjukepleiarressursar. Det er lagt til grunna at midlar som kommunane får til dette tiltaket uavkorta blir overført til det interkommunale samarbeidet om ØH-døgnplassar. Dette gjeld både tilskot til etablering og drift fram til 2016, samt overførte midlar etter 2016.

Alternativ 1: Etablering og drift av 4,23* ØH-senger for dei 7 eksisterande medlemskommunane NLV

Denne modellen byggjer på at berre eksisterande medlemskommunar NLV er med i ØH-døgntilbodet.

Årlege meirutg/meirinnt. ved etablering og drift - 1000 kroner

Føresetnad for etablering og drift av ØH-senger: Styrking av legevakta	4 400		Jfr. pkt. 6.1
Etablering av sjukepleiarstillingar tilsvarande 5 årsverk – lønnsutgifter inkl. sosiale utgifter	3 500		Sikrar 1 ekstra sjukepleiar på vakt – heilkontinuerleg. Naudsynt å ha desse stillingane, fordi ØH-sengane ikkje er lokalisert direkte i tilknytning til NLV
Etablering av legestilling på dagvakt morgon, kvardagar – tilsvarande 2.5 t/dag	400		Kan kombinerast med fastlegestilling/tilsynslege/kommuneoverlegestilling.
Oppretting av ny 20% legestilling, lønnsutgifter inkl. sosiale utg.	300		Ein føresetnad for at ein styrka legevakt kan føre tilsyn med ØH-døgnopphald etter ordinær arbeidstid er at alt grunnleggande legearbeid (utskrivning, arbeid med oppfølging i kommunane, kontakt med spesialisthelsetenesta, oppfølgjande diagnostikk, adm. etc) blir gjort av eigne legar med ansvar for ØH-døgnopphald
Diverse utgifter i tilknytning til ny 20% legestilling (kontorutg., tlf., data m.v.)	60		
Utviding av legeårsverk på natt med 2 timar alle dagar i året	900		Det er her lagt til grunn ei betaling pr.time på kr. 1 200
Stipulerte utgifter til arealleige, straum, reinhald – ØH-senger	350		Mellombels leige, inntil eventuelt helsehus.
Auka utgifter til etablering av 4 ØH-senger	400		Stipulerte utgifter til medisinske forbruksvarar, telefon, data
Kjøp av kjøkkentenester – ØH senger	220		(Kjøkkentenester: 150 kr x 4 pas. 365 d) = kr. 250
Kjøp av vaskeritenester – ØH-senger	80		vask av tøy
Diagnostisk utstyr – ØH senger	300		
Statleg tilskott til etablering og drift av 4 ØH-senger		- 6 685	(4 330 kr. x 365d x 4,23 plassar)
Sum	10 910	- 6 685	

Netto årleg meirutgift 4 ØH-senger for 7 kommunar: 4.225 millionar kroner

Alternativ 2: Etablering og drift av 5,65 ØH- senger

Denne modellen byggjer på at Gulen og Osterøy kommunar er med i legevaksordninga i tillegg til eksisterande kommunemedlemmer.

Årlege meirutg/meirinnt. ved etablering og drift – 1 000 kroner

Føresetnad for etablering og drift av ØH-senger: Styrking av legevakta	5 250		Jfr. pkt. 6.2
Etablering av sjukepleiarstillingar tilsvarende 5 årsverk – lønnsutgifter inkl. sosiale utgifter	3 500		Sikrar 1 ekstra sjukepleiar på vakt – heilkontinuerleg.
Etablering av legestilling på dagvakt morgon, kvardagar – tilsvarende 2.5 t/dag	400		Kan kombinerast med fastlegestilling/tilsynslege/kommuneoverlegestilling.
Oppretting av ny 20% legestilling, lønnsutgifter inkl. sosiale utg.	300		Ein føresetnad for at ein styrka legevakt kan føre tilsyn med ØH-døgnopphald etter ordinær arbeidstid er at alt grunnleggande legearbeid (utskrivning, arbeid med oppfølging i kommunane, kontakt med spesialisthelsetenesta, oppfølgjande diagnostikk, adm. etc) blir gjort av eigne legar med ansvar for ØH-døgnopphald
Diverse utgifter i tilknytning til ny 20% legestilling (kontorutg., tlf., data m.v.)	60		
Utviding av legeårsverk på natt med 2 timar alle dagar i året	900		Det er her lagt til grunn ei betaling pr.time på kr. 1 200
Stipulerte utgifter til arealleige, straum, reinhald – ØH-senger	350		Mellombels leige, inntil eventuelt helsehus.
Auka utgifter til etablering av 5 ØH-senger	500		Stipulerte utgifter til medisinske forbruksvarar, telefon, data
Kjøp av kjøkkentenester – ØH senger	280		(Kjøkkentenester: 150 kr x 5 pas. 365 d) = kr. 250
Kjøp av vaskeritenester – ØH-senger	100		vask av tøy
Diagnostisk utstyr – ØH senger	300		
Ekstra tilskott frå Gulen og Osterøy kommunar*		- 400	Gulen: - 100 Osterøy: - 300
Statleg tilskott til etablering og drift av 5 ØH-senger		- 8.918	(4 330 kr. x 365d x 5.64 plassar). NB! Dette alternativ tilseier større tilskott enn det medlemskommunane NLV vil få i 2016.
Sum	11 940	- 9 318	

*Ein føresetnad for etablering av ØH-plassar er styrking av legevakta. Fordi Gulen og Osterøy kommunar ikkje er tekne med som fullt ut betalande medlemmer NLV, er det berekna ei ekstra avgift for desse kommunane.

Netto årleg meirutgift – 5 ØH-senger for 9 kommunar : 2.622 millionar kroner

8.0 Endra betalingsmodell for kommunane etter styrking av legevakta og etablering og drift av ØH-døgnplassar

I dette avsnittet vil vi sjå på kva einiskild kommune må betale under følgjande alternativ:

- Alternativ 1: Styrking av legevakta, gitt eksisterande sju medlemskommunar
- Alternativ 2: Styrking av legevakta, gitt eksisterande sju medlemskommunar – samt Gulen og Osterøy kommunar
- Alternativ 3: Styrking av legevakta og etablering av ØH-døgnplassar, gitt eksisterande sju medlemskommunar NLV
- Alternativ 4 Styrking av legevakta og etablering av ØH-døgnplassar, gitt eksisterande sju medlemskommunar – samt Gulen og Osterøy kommunar.

I staden for ei fast deltakaravgift i kroner, f.t. 267 000 kroner pr. medlemskommune, er deltakaravgifta i desse alternativ berekna som fast prosent av sum utgifter til fordeling blant kommunane. I dag er denne prosentsatsen på 17.4%. Denne prosentsatsen er også lagt til grunn i dei fire betalingsmodellane.

Alternativ 1: Styrking av legevakta, gitt eksisterande sju medlemskommunar

1 000 kroner

Samla utgifter: 12 813 + 5 300 =	18 113
Inntekter, sal, brukarbetaling: - 1 240	
Refusjon moms: - 220	
Refusjon: - 580	
Auka ref. HELFO: - 900:	- 2 940
Til fordeling	15 173

1 000 kroner – 2012 tal

Framlegg til betaling etter styrking av legevakta – 7 eksisterande medlemskommunar

Kommune	Årleg deltakaravgift tilsvarande 17.4% av dei samla utgiftene	Folketal i %	Betaling etter folketal	Samla betaling	Samla betaling ifølgje vedteke budsjett 2012	Framleggets meir-utgifter i forhold til vedteke budsjett 2012
Austrheim	377	8.77	1 099	1 476	1 048	428
Fedje	377	1.84	231	608	430	178
Lindås	377	45.72	5 730	6 107	4 337	1 770
Masfjorden	377	5.30	664	1 041	738	303
Meland	377	21.75	2 726	3 103	2 203	900
Modalen	377	1.20	150	527	373	154
Radøy	377	15.43	1 934	2 311	1 640	671
Kontroll	2 639	100.00	12 534	15 173	10 769	4 404

Alternativ 2: Styrking av legevakta, gitt eksisterande sju medlemskommunar – samt Gulen og Osterøy kommunar

1 000 kroner

Samla utgifter: 12 813 + 9 150		21 963
Inntekter, sal, brukarbetaling:	- 1 240	
Refusjon moms:	- 220	
Refusjon:	- 580	
Auka ref. HELFO:	- 900	
Samla medlemsavgift Gulen og Osterøy	- 3 000	- 5940
Til fordeling		16 023

Framlegg til betaling etter styrking av legevakta – 7 eksisterande medlemskommunar, Gulen og Osterøy kommunar

<i>Kommune</i>	<i>Årleg deltakar-avgift tilsvarande 17.4% av dei samla utgiftene</i>	<i>Folketal i %</i>	<i>Betaling etter folketal</i>	<i>Samla betaling</i>	<i>Samla betaling ifølgje vedteke budsjett 2012</i>	<i>Framleggets meir-utgifter i forhold til vedteke budsjett 2012</i>
Austrheim	324	8.77	943	1 267	1 048	219
Fedje	324	1.84	198	522	430	92
Lindås	324	45.72	4 917	5 241	4 337	904
Masfjorden	324	5.30	570	894	738	156
Meland	324	21.75	2 339	2 663	2 203	460
Modalen	324	1.20	129	453	373	80
Radøy	324	15.43	1 659	1 983	1 640	343
Gulen				700		700
Osterøy				2 300		2 300
Kontroll	2 268	100.00	10 755	16 023	10 769	5 254

Alternativ 3: Styrking av legevakta og etablering av 4.23 ØH-døgnplassar, gitt eksisterande sju medlemskommunar NLV

1 000 kroner – 2012 tal

<i>Kommune</i>	<i>Samla betaling NLV – inkl. styrking, jfr. alt. 1 ovanfor</i>	<i>% dekning av meirutg. ØH-plassar</i>	<i>Meirutgifter ØH-plassar</i>	<i>Meirinntekter ØH-plassar*</i>	<i>Samla utgifter til styrking av legevakta og etablering av ØH-plassar</i>	<i>Samla betaling ifølgje vedteke budsjett 2012 NLV</i>	<i>Meirutg. ved styrking av legevakta og etabl. av ØH-plassar i forhold til vedteke budsjett NLV 2012</i>
Austrheim	1 476	9	586	- 612	1 450	1 048	402
Fedje	608	2	130	- 164	574	430	144
Lindås	6 107	46	2 994	- 3 012	6 089	4 337	1 752
Masfjorden	1 041	7	456	- 438	1 059	738	321
Meland	3 103	19	1 237	- 1 283	3 057	2 203	854
Modalen	527	1	65	- 81	511	373	138
Radøy	2 311	16	1 042	- 1 094	2 259	1 640	619
Kontroll	15 173	100	6 510	- 6 684	14 999	10 769	4 230

*** Beløp identisk med det som kommunane får i 2016 til føremålet, jfr. vedlegg**

Alternativ 4: Styrking av legevakta og etablering av 5,54 ØH-døgnplassar, gitt eksisterande sju medlemskommunar – samt Gulen og Osterøy kommunar.

1 000 kroner – 2012 tal

<i>Kommune</i>	<i>Samla betaling NLV – inkl. styrking, jfr. alt. 2 ovanfor</i>	<i>% dekn- ing av meirutg. ØH- plassar</i>	<i>Meir- utgift er ØH- plass- ar</i>	<i>Meir- inntekt- er ØH- plassar *</i>	<i>Samla utgifter til styrk- ing av lege- vakta og etable- ing av ØH- plassar</i>	<i>Samla betal- ing ifølgje vedteke budsjett 2012 NLV</i>	<i>Meirutg. ved styrking av legevakta og etabl. av ØH-plassar i forhold til vedteke budsjett NLV 2012</i>
Austrheim	1 267	7	467	- 612	1 122	1 048	74
Fedje	522	2	134	- 164	492	430	62
Lindås	5 241	34	2 274	- 3 012	4 503	4 337	166
Masfjorden	894	5	335	- 438	791	738	53
Meland	2 663	14	936	- 1 283	2 316	2 203	113
Modalen	453	1	67	- 81	439	373	66
Radøy	1 983	12	802	- 1 094	1 691	1 640	51
Gulen**	700	6	404 100	- 569	635		635
Osterøy**	2 300	19	1 271 300	- 1 665	2 206		2 206
Kontroll	16 023	100	7 090	- 8 918	14 195	10 769	3 426

* Beløp identisk med det som kommunane får i 2016 til føremålet, jfr. vedlegg

** Ein føresetnad for oppretting av ØH-døgnplassar er ei styrking av legevakta. Fordi Osterøy og Gulen kommunar betalar forholdsvis mindre for styrking av legevakta enn dei andre medlemskommunane, må dei kompensere økonomisk med henholdsvis 300 000 kroner og 100 000 kroner ekstra for å kunne samarbeide om ØH-døgnplassane

Arbeidsgruppe

Legevaktssjef Grethe Fosse, driftsleiar Erna Inger Fosse ved Nordhordland legevakt, samhandlingskoordinator Anne Hildegunn Færøy, Nordhordland Utviklingsselskap IKS og rådgjevar Terje Sætre, Lindås kommune har utarbeidd framlegget i denne saka.

Tilleggsopplysningar

Helsedirektoratets tilskottsordning til etablering og drift av ØH-døgnplassar i kommunane
Kommunane vil frå og med 2016 ha plikt til å etablere ØH-døgnplassar. I innfasingsperioden 2012 – 2015 vil kommunar få overført midlar etter kvart som tilboda blir etablert. Frå 2016 skal desse midlane i sin heilskap bli innlemma i rammetilskottet til kommunane.

For kommunar i vår region er dette tilskottet som følgjer, basert på historiske tal for liggjedøgn a kr. 4 330:

Osterøy kommune:	1.665 millionar kroner
Meland kommune:	1.283 millionar kroner
Radøy kommune:	1.094 millionar kroner
Lindås kommune:	3.012 millionar kroner
Austrheim kommune:	0.612 millionar kroner
Masfjorden kommune:	0.438 millionar kroner
Fedje kommune:	0.164 millionar kroner
Modalen kommune:	0.081 millionar kroner
Gulen kommune:	0.569 millionar kroner
Sum	8.918 millionar kroner

Sum ni kommunar:	8 918 millionar kroner
- Osterøy kommune:	-1.665 mill.kr.
- Gulen kommune:	- 0.569 mill.kr.
Sum kommunar, ekskl. Osterøy og Gulen	6 684 millionar kroner

Befolkningsgrunlaget for Osterøy og Gulen er høvesvis 7 521 og 2 310.

Vedlegg til saka:

- Rapport av 23.04.12 frå arbeidsgruppe, oppnemnd av administrativ nemnd v/NLV: "Fremtidig legevakt i Nordhordland"



Fremtidig legevakt i
Nordhordland.doc

- Brev til kommunane frå Helsedirektoratet 30.11.11 - "Etablering av Nasjonalt legevaktnummer 116117 og legevaktundersøkinga 2011"



Vedlegg til sak om
legevakt_Etablering a

- Brev til kommunane frå Helsedirektoratet 18.07.12 - "Legevaktsentral i døgndrift i samsvar med forskrift"



Vedlegg til
sak_Legevaktsentral

- Referat frå møte i Administrativ nemnd 18.06.12



Ref møte i adm
nemnd180612.doc

- ["Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill."](#) Rapport 02/2012
Helsedirektoratet.

Haraldsplass Diakonale Sykehus AS
Postboks 6165
5892 BERGEN

Referanser:

Dykkar:

Vår: 17/1934 - 18/11200

Saksbehandlar:

Ørjan Raknes Forthun

orjan.raknes.forthun@lindas.kommune.no

Dato:

06.04.2018

Revisjon av samarbeidsavtale etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-2 pkt. 4 om skildring av kommunen sitt tilbud om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp (ØHD)

Bakgrunn

I 2012 var det eit krav i Lov om kommunale helse og omsorgstenester om å inngå ein samarbeidsavtale mellom kommune og helseføretak. Lova var ny frå 1.1.2012, men tredje ledd i § 3-5 Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp; «tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til», tok ikkje til å gjelde før 1.1.2016.

Helsedirektoratet stilte krav om avtale for dei som starta opp før 2016

Plikta for kommunane til å etablere og drifte eit døgntilbod for øyeblikkeleg hjelp eksisterte ikkje i 2012. Likevel kunne ein søkje Helsedirektoratet om å få finansiering til å etable døgnplassar for øyeblikkeleg hjelp i kommunane. Ein føresetnad for å kunne fremje ein slik søknad, var at det vart utforma ein forpliktande avtale mellom kommune og helseføretak. Utbetalinga frå Helsedirektoratet (HOD) skulle kome når avtala var inngått, og frå helseføretaket når tilbodet var starta opp. «Tenesteavtale 4» (www.saman.no) gjer og greie for korleis utbeling frå spesialisthelsetenesta til kommunen skal skje i tråd med føringane som vart gitt frå HOD den gongen.

Lovkrav om samarbeidsavtale

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-1 stiller krav om samarbeidsavtale mellom kommune og helseføretak, og § 6-2 lister opp i 11 punkt kva som minimum skal omfattast av ein avtale. I punkt 4 står det at avtalen skal omfatte «beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd»

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5 tredje ledd, som gjeld frå 1.1.2016, seier at «Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.»

Post

postmotak@lindas.kommune.no
Dokumentsenteret
Kvernhusmyrane 20, 5914 Isdalstø

Kontakt

www.lindas.kommune.no
Telefon +47 56 37 50 00
Telefaks +47 56 37 50 01

Konto 1503 22 54567
Org.nr. 935 084 733

DER DRAUMAR BLIR RØYNDOM



Kommunane har ansvar for å etablere og drifte det kommunale tilbodet om øyeblikkeleg hjelp døgnplassar. Kommunane står fritt i korleis dei vil organisere tilbodet, og skal sørge for at det er forsvarleg, jamfør Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Spesialisthelsetenesta skal gi råd og rettleiing i samsvar med Spesialisthelsetenestelova § 6-3.

Avtalestruktur

For å oppfylle krava om å inngå samarbeidsavtale etter Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 6-1 og Lov om Spesialisthelsetjenester § 2-1-e, har kommunane og spesialisthelsetenesta i vårt område blitt samde om ein avtalestruktur med ein overordna samarbeidsavtale og tenesteavtalar knytt til punkta 1-11 i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 6-2. Omgrepet «avtale» omfattar både overordna samarbeidsavtale og tenesteavtalar i denne avtalestrukturen.

«Når partane i denne samarbeidsavtalen bruker uttrykket “avtale” omfattar det både denne overordna samarbeidsavtalen og tenesteavtalar som omtalt i kap. 5. Tenesteavtalene skal inngå som vedlegg til den overordna samarbeidsavtalen, og er på same måte som samarbeidsavtalen rettsleg bindande mellom partane, med mindre anna går fram» (Overordna samarbeidsavtale www.saman.no)

Spesielle høve knytt til «Tenesteavtale 4. Beskriving av kommunen sitt tilbod om døgnoophald for øyeblikkeleg hjelp etter § 3-5 tredje ledd.»

Krav til avtale om Øyeblikkeleg hjelp døgntilbod ved oppstart av felles prosjekt

Tenesteavtale 4 vart inngått i 2012. Det var då eit krav om ein avtale for å kunne søkje om finansiering frå Helseidirektoratet for å kunne etablere eit slik tilbod, og avtalen regulerte mellom anna Helseføretaket si betaling til kommunen for dette døgntilbodet. Det var ingen lovpålagt plikt om kommunalt tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgntilbod før 1.1.2016.

I Samarbeidsutvala har det vore semje om at tenesteavtale 4 skulle reviderast, og merksemda mot revideringa av tenesteavtale 4 kom etter at kommunane fikk plikt til å ha eit tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgnplassar til personar med psykiske lidingar og rusproblem frå 1.1.2017, i tillegg til dei med somatiske lidingar . Samarbeidsutvala var ikkje mersame på at kravet om en eigen avtale om øyeblikkeleg hjelp døgnplassar hadde falt bort.

Revisjon av tenesteavtale 4 inneber bortfall av tenesteavtalen etter lovendring

Overordna samarbeidsavtale seier at tenesteavtalene er på same måte som samarbeidsavtalen rettsleg bindande mellom partane, med mindre anna går fram. Vi er av den oppfatning at kravet i lovteksten om at kommunen skal skildre sitt tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgnplassar, er dekkja av formuleringa «med mindre anna går fram»; altså det går fram av loven at det ikkje skal vere ein rettsleg bindande avtale om kva innretning av tilbodet kommunen vel, men kommunen skal sjølv skildre sitt tilbod.

«Tenestavtale 4» sitt punkt 13 om «Varigheit, revisjon og oppseiing» seier at kvar av partane kan krevje at avtalen vert revidert dersom vesentlege føresetnader for avtalen vert endra. Dette ligg og i «Overordna samarbeidsavtale».

Vesentlege føresetnader som er endra er mellom anna at det etter 1.1.2016 vart eit lovkrav til kommunane om å ha eit tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgnplassar, og samtidig opphørte kravet om ein avtale med

helseføretaket om korleis eit slikt tilbod skulle organiserast og driftast i ein forsøksfase. Frå same tidspunkt har heller ikkje kommunen fått overført midlar frå helseføretaket, slik avtalen skildrar i punkt 7., om økonomi.

Revisjonen av «Tenesteavtale 4» inneber derfor at ein eigen avtale på dette punktet fell bort etter ei lovendring; nemleg iverksetting av lovkravet til kommunane 1.1.2016, jf. Lov om kommunale helse og omsorgstjenester §3-5.

Krav om eigen avtale er erstatta av krav om skildring av kommunalt tilbod

Plikta til å gje tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgnoophald er heimla i § 3-5. «Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp» som gjer greie for det ansvaret kommunen har for å yte øyeblikkeleg hjelp. Dette er et reint kommunalt ansvar på linje med anna øyeblikkeleg hjelp som kommunen har ansvar for, og andre kommunale tenester som sjukeheim, heimeteneste, fastlegar og anna. Kommunen skal skildre eige tilbod om øyeblikkeleg hjelp døgnplassar, som ein del av samarbeidsavtalen etter Lov om helse og omsorgstjenester § 6-1.

Frå 1.1.2016, blei midlane til finansiering av dette tilbodet innlemma i rammetilskotet til kommunane, og finansieringa vart ikkje lenger avhengig av ein eigen avtale med spesialisthelsetenesta.

Vurdering

«Tenesteavtale 4» har vore ein del av den lovpålagde avtalen mellom kommune og helseføretak etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-1. Dette var ein hensiktsmessig innretning i byrjinga fordi det i 2012 var krav om ein samarbeidsavtale etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Det var samtidig eit krav frå Helsedirektoratet om ein spesifikk avtale om innretninga av ein øyeblikkeleg hjelp døgntilbod for å få godkjenning av oppstart som grunnlag for finansiering.

Det er naturleg å tilpasse samarbeidsavtalen i 2018 etter Lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 6-1, til teksten i § 6-2 som seier kva avtalen skal omhandle, nemleg at kommunen skal skildre sitt «tilbud om døgnoophold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd», som er «tilbud om døgnoophold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til».

Skildring av kommunens sitt tilbod om døgnoophald for øyeblikkeleg hjelp, er ein del av samarbeidsavtalen etter § 6-1 i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som fortsett gjeld. Ein revisjon av samarbeidsavtalen etter § 6-1 inneber derfor at kommunen sjølv skildrar eige tilbod om døgnoophald for øyeblikkeleg hjelp.

Konklusjon

På vegne av samarbeidande kommunar i Nordhordland legg Lindås kommune ved «Skildring av kommunen sitt tilbod om døgnoophald for øyeblikkeleg hjelp. Jamfør Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-2 pkt. 4.»

Vi ser dette som ein revisjon av samarbeidsavtalen. Tenesteavtala har gått ut på dato på grunn av lovendring, føresetnadene er endra (opphavleg føremål var samarbeid om etablering av eit nytt frivillig tilbod, og det er inga krav om avtale no etter at det vart lovpålagt) og dels fordi øyremerka tilskott har falt

bort og kommunen sitt tilbud finansierast gjennom rammetilskott, som dei fleste andre kommunale tilbud. Dei kommunale forpliktingane overfor spesialisthelsetenesta var knytt til det øyremerka tilskottet.

Dersom spesialisthelsetenesta bestrider at føresetnadene for avtala er endra, og også bestrider at dette er ein revisjon i tråd med gjeldande lovverk og overordna samarbeidsavtale, kan dette dokumentet sjåast som ein oppseiing av Tenesteavtale 4 frå og med dagens dato.

Med helsing

Ørjan Raknes Forthun
rådmann

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har difor ingen signatur.

Vedlegg:

Skildring av kommunen sitt tilbud om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp Jamfør Lov om kommunale helse og omsorgstenester § 6-2 pkt. 4

Kopi til:

Austrheim kommune	Sætremarka 2	5943	AUSTRHEIM
Fedje kommune	Stormarkvegen 49	5947	FEDJE
Gulen kommune	Eivindvikvegen 1119	5966	EIVINDVIK
Masfjorden kommune	Austfjordvegen 2724	5981	MASFJORDNES
Meland kommune	Postboks 79	5906	FREKHAUG
Modalen kommune	Postboks 44	5732	MODALEN
Osterøy kommune	RÅDHUSET	5282	LONEVÅG
Radøy kommune	Radøyvegen 1690	5936	MANGER

Mottakarar:

Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	Postboks 6165	5892	BERGEN
Helse Bergen Hf	Postboks 1400	5021	BERGEN

Skildring av kommunen sitt tilbod om døgnopphald for øyeblikkeleg hjelp Jamfør Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-2 pkt. 4.

Austrheim, Fedje, Gulen, Lindås, Masfjorden, Meland, Modalen, Osterøy og Radøy

Dette er ikkje ein juridisk bindande avtale, jamfør Overordna samarbeidsavtale pkt 5, men ei skildring av det ansvaret kommunen har etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-5 tredje ledd om døgnopphold for øyeblikkeleg hjelp. Denne plikta trådte i kraft 1.1.2016. Etter den same lova si § 6-2 pkt 4, skal kommunen sitt tilbod skildrast, og dette dokumentet er eit vedlegg til Overordna samarbeidsavtale.

Dokumentet erstatter tidlegare «Tenesteavtale 4».

Oppdatert april 2018

Innhald

1. Bakgrunn.....	3
2. Ansvar	3
3. Skildring av kommunalt øyeblikkeleg hjelp døgnoophald for innbyggjarane i Gulen kommune og kommunane i Nordhordland.....	3
3.1 Lokalisering.....	3
3.2 Leiing.....	3
3.3 Kapasitet og bemanning.....	3
3.4 Innlegging i kommunale øyeblikkeleg hjelp døgnplassar.....	3
3.4 Avgrensing	4
3.5 Evaluering av tilbodet.....	4
3.6 Oppdatering av skildringa.....	4
4. Referansar:	4

1. Bakgrunn

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5 tredje ledd, som gjeld frå 1.1.2016, seier at «Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.»

Frå 1.1.2016, blei midlane til finansiering av dette tilbudet innlemma i rammetilskotet til kommunane, og finansieringa vart ikkje lenger betinga av ein eigen avtale med spesialisthelsetenesta.

Lovkravet er at kommunane skal skildre eige tilbod jamfør Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-2 pkt. 4.

2. Ansvar

Kommunane har ansvar for å etablere og drifte det kommunale tilbudet om øyeblikkeleg hjelp døgnplassar. Kommunane står fritt i korleis dei vil organisere tilbudet, og skal sørge for at det er forsvarleg, jamfør Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Spesialisthelsetenesta skal gje råd og rettleiing i samsvar med Spesialisthelsetenestelova § 6-3.

3. Skildring av kommunalt øyeblikkeleg hjelp døgnopphald for innbyggerane i Gulen kommune og kommunane i Nordhordland.

Det er etablert eit interkommunalt øyeblikkeleg hjelp døgntilbud (ØHD) for kommunane Austrheim, Fedje, Gulen, Lindås, Masfjorden, Meland, Modalen, Osterøy og Radøy.

Lindås kommune er vertskommune for samarbeidet, etter Kommuneloven § 28 a.

3.1 Lokalisering

ØHD-tilbudet for samarbeidskommunane er lokalisert til Knarvik, og er organisert under Nordhordland legevakt som ein sengepost i etasjen over legevakta.

3.2 Leiing

Rådmannen i Lindås kommune har det overordna ansvaret.

Legevaktsjefen er ansvarleg for den daglege drifta.

3.3 Kapasitet og bemanning

Det er for tida 6 sengeplassar ved ØHD. Sengeplassane er bemanna med sjukepleiarar og legar som også jobbar ved Nordhordland legevakt. Det er eit tett samarbeid mellom sengeposten og legevakta. Det er utarbeidd prosedyrar for arbeidet ved sengeposten, for samarbeid med legevakta og med spesialisthelsetenesta.

3.4 Innlegging i kommunale øyeblikkeleg hjelp døgnplassar

Tilbudet gjeld for dei pasientar som kommunen har muligheit til å utrede, behandle eller yte omsorg til, jamfør Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5, tredje ledd.

Legar i kommunehelsetenesta kan tilvise pasientar til ØHD, og det er legen ved sengeposten som tar avgjerd om pasienten kan takast imot i ein øyeblikkeleg hjelp døgnplass. Dersom lege i kommunehelsetenesta vurderer det som tenleg, kan han/ho be om ein poliklinisk

undersøking/vurdering i spesialisthelsetenesta før kommunal lege tar endeleg avgjerd om innlegging i ØHD.

3.4 Avgrensing

Øyeblikkeleg hjelp døgntilbod for kommunane Austrheim, Fedje, Gulen, Lindås, Masfjorden, Meland, Modalen, Osterøy og Radøy skal ikkje ta imot «utskrivingsklare pasientar» jamfør Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter.

3.5 Evaluering av tilbodet

Lindås kommune har ansvar for å evaluere og tilpasse tilbodet i samsvar med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, og anna lovverk.

3.6 Oppdatering av skildringa

Dersom det blir gjort vesentlege endringar av det kommunale øyeblikkeleg hjelp døgntilbodet, skal denne skildringa oppdaterast. Nødvendige tidsavgrensa endringar av drifta knytt til bemanning ved sjukdom, vakansar og ferieavvikling, fører ikkje til at denne skildringa blir endra.

4. Referansar:

- [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#)
- [Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud](#)
- [Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter](#)
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#)
- [Spesialisthelsetenestelova](#)
- [Pasient- og brukarrettslova](#)
- [Helsepersonellova](#)
- www.saman.no
 - [Overordna samarbeidsavtale](#)
 - [Grunnlagsdokument](#)
- [Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold . Veiledningsmaterieil](#)
(Helsedirektoratet)

Vedlegg 6

2.3 Vaktteam

Består av lege 1 og lege 2. Tidvis også lege 3

Arbeidsbeskrivelse lege i legevakt og øyeblikkeleg hjelp døgntilbod (ØHD), utenom dagtid ukedag.

Dato: 26. februar 2016
Revidert: 16.01.18

Utarbeidd av: Våge
Revidert: Erna Fosse

Godkjent av: Simonsen
Revidert: Dag Brochmann Legevaktsjef

	Lege 1	Lege 2	Lege 3
Hovudansvar (fagleg ansvar)	Legevakt	ØHD	Legevakt
Naudnett²	Skal bere radio merka «Lege 1»	Skal bere radio merka «Lege 2» Under kvilande vakt kan eining stå til lading i legevaktsentral	Radio merka «Lege 3»
Utrykking¹	Ambulanse Raud respons (Avstand (t.d. Osterøy) er irrelevant! Fagleg vurdering avgjer utrykking)	Sjukeheim Heimebesøk Raud respons når lege 1 ikkje er fysisk på legevakt	Primært ta unna pasientar på legevakt.
Særleg om utrykking	Avgjerd om å ikkje rykke ut skal dokumenterast i journal	Avgjerd om å ikkje rykke ut skal dokumenterast i journal	Avgjerd om å ikkje rykke ut skal dokumenterast
Ved vaktstart	Legevakt	(Pre)Visitt ØHD, inkludert dokumentasjon	Legevakt
Tilkalling lege 2 frå ØHD til legevakt		Hovudansvaret til lege 2 er ØHD, og ein skal difor gjere seg ferdig her før ein går i legevakt. Tilkalling berre ved akutt hjelp (lang kø er ikkje akutt).	
Aktiv vakt	24/7	Måndag - torsdag: 17-01 Fredag: 16-01 Helg/høgtid: 11-01	24/7
Kvilande vakt	Når situasjonen tillèt det kan lege 1 kvile.	Kvardag: 01-08 Helg/høgtid: 01-08	

	Lege 1	Lege 2	Lege 3
Vekking av lege 2	Lege 1 kan vekke lege 2 ved behov.	Sjukepleiar ØHD kan alltid vekke lege 2. Sjukepleiar legevakt skal ta kontakt via lege 1, altså ikkje direkte .	
Innlegging ØHD ved kvilande vakt		Skal alltid vekkast for å ta stilling til innlegging	
Bakvaksordning	Kontaktar lege 2	Kontakter legevaktsjef/ØHD overlege ved behov etter liste.	Kontaktar lege 2

¹Ved behov kan lege 2 vurdere om det er hans/hennes kompetansen (td: anestesi, erfaring) som bør prioriteras på aktuell uttrykking. Skal vere tydeleg kommunikasjon mellom legar og sjukepleiar om dette.

²Når lege 1 ikkje er vaktkompetent, skal lege 2 ved utalarmering gå i same talegruppe som lege 1 får oppgitt. Mellom kl. 01 – 08 må lege 1 ringe lege 2 på kvilerommet ved behov for hjelp.

Vedlegg 7

Lege 2: Oversikt over spesialisering og hovudarbeidsgjevar pr. 1.3.2019

MERKNAD	Arbeidsgiver
LEGE 2 - lis indremedisin / genetikk	HUS
LEGE 2 - anesthesi	HUS
LEGE 2 - anesthesi	HUS
LEGE 2 - anesthesi	HUS
LEGE 2 - anesthesi	HUS
LEGE 2 - onkologi	HUS
LEGE 2 - lis onkologi	HUS
LEGE 2 - sykehjemslege Bergen	Bergen kommune
LEGE 2 - rus og avhengighetsmedisin	HUS
LEGE 2 - lis nevrologi	HUS
Lege 2 - lis allmenntmedisin	Lindås kommune
LEGE 2 - lis mottaksmedisin	HUS
LEGE 2 - lis onkologi	HUS
Lege 2 - ALIS	Masforden kommune
LEGE 2 - anesthesi	HUS
LEGE 2 - lis anesthesi	HUS
LEGE 2 - legemiddelindustri	MSD

Legg inn på ØHD på 1-2-3

- 1 Finn frem full pasientinformasjon med personnummer og adresse
- 2 Forbered kort fremstilling av
 - aktuell årsak til innleggelse (kriterier nedenfor)
 - pasientens status innleggelsesdagen (punktene under høyre kolonne skal utelukkes)
 - tidligere sykkelhistorie
- 3 Oppdatert medisinsliste skal medfølge pasienten

Nordhordland ØHD vaktrom 056 35 77 64 / 409 12 683 Aktuelt for ØHD:

Listen er ikke uttømmende – spør ØHD-legen
ØHD skal erstatte sykehusinnleggelse

Muskel- og skjelett

Fallskader og akutt forverring av kroniske smerter med nedsatt mobilitet med behov for smerte-

behandling og hjelp til mobilisering

Kontusjoner og stabile frakturer som bekken-,

ribbenfrakturer, eller kompresjonsfrakturer i rygg

Poliklinisk behandlede frakturer med behov for

hilettelegging som ved humerus-, radius- eller

ankelfraktur.

Akutte ryggsmarter

Akutt lumbago og isjias med behov for

smertebehandling og mobilisering

Hodetraume

Commoito med negativ CT og/eller konferert med

nevrokirurg, med behov for innleggelse eller

obsessasjon

Neurologi

Utredet migrene, klasehodepine eller spenningshode

syndromer som ikke kureres med pasientens faste

analtisbehandling

Akutt sterk svimmelhet av type perifer vertigo slik

som BPPV, med akutt behov for behandling og

pleieomsorg.

Øre-nese-hals

Halsinfeksjoner, streptokokkionsittitt eller

mononukleose, med behov for iv antibiotika og iv

væske

ØHD passer ikke:

Vurder sykkel eller andre tiltak
ØHD skal ikke forsinke nødvendig

sykehusbehandling

Høyenergitraumer

Skader som trenger innleggelse for ortopedisk

operasjon/behandling

Komplikasjoner etter brudd, blødning, cerebral

skade, pneumothorax

Bakentforliggende årsak til fall må avklares

Neurologisk «røde flagg», blære- eller

strikteparese, rdebukseseanestesi. Økende

muskelparese: Ryggsmarter eller skadar som

trenger akutt MRC/CT.

Ikke tatt CT

Ikke utredet hodopine.

Nyoppstått migrene, nye neurologiske symptomer

eller endret symptomtildeling ved kjent hodopine.

Mistanke om encefalitt/meningitt

Mistanke om akutt sykdom i sentralnervesystemet,

cerebral hjernebløtning, hjerneinfarkt, -blødning eller

infeksjon.

Sepsis

Peritonisiller abscess

Truende luftveisobstruksjon

Mistanke om akutt koronar iskemisk årsak

Akutt hjertesvikt

Sirkulatorisk og respiratorisk ustabil pasient

Klinisk DVT på dagtid. Konferer med Haraldsplass

for poliklinisk vurdering samme dag

Brystmarter

Akutt uspesifikk brystmerte eller smerte etter traume, costafakturer eller kontusjons-skader uten behov for maling av tropomier (ikke tilgjengelig på ØHD)

Luftveier

Nedre luftveisinfeksjoner, lungebetennelse, bronkitt eller influensa med behov for innleggelse og antibiotikabehandling

KOL/Spastma med forverring

ØHD kan følge arteriell syrelbase status

Mage- og tarm

Behov for innleggelse for hjelp til tømning. Se også palliasjon.

Mage- tarminfeksjoner eller annen årsak til oppkast og diare med behov for rehydrering

Utredet divertikulitt med klinisk ny divertikulitt med behov for behandling og observasjon.

Diabetes

Diabetes ved behov for døgntkontinuerlig oppfølging av diabetesbehandling

Urinveier

Med behov for innleggelse og/eller iv antibiotikabehandling og rehydrering

Urinretensjon

Behov for oppfølging, observasjon og/eller oppfølging kryllet til tømning og skifte av kateter/urinsyr eller Rik

Gravide

Slukt svangerskapskvalme med behov for iv væskebehandling, kvalmestillende behandling, og skjerming

Infeksjoner og erysipelas

Med behov for innleggelse og/eller iv antibiotikabehandling og rehydrering

Infiserte sår

Legg- og trykksår som krever stell ut over det som helsemessig/pleien klarer å håndtere.

Funksjonssvikt med avklart årsak

Palliasjon
Kjent sykdom i palliativ behandlingsfase med behov for innleggelse for tilpassning av smertebehandling, eller ved forverring av grunntilstand og behov for oppfølging av væske- og næringsinntak

Mistenkt akutt koronar iskemisk årsak eller lungeemboli skal legges inn i sykehus

Behov for respirasjonsstøtte utover O2-behandling på nesekateter/maske

Behov for CPAP- eller BIPAP-behandling

Subileus/ileus

Akutt abdomen/peritonitt/sepsis

Svært medlett pasient med ustabil sirkulasjon

Påvirket sirkulasjon og respirasjon

Ketoacidose med påvirket allmenntilstand

Sepsis

Obs hydronefrose

Indikasjon for suprapubiskateter

Ved mistanke om

svangerskapskomplikasjoner henvises til spesialisthelsetjenesten

Sepsis

Sår som krever rask kirurgisk revisjon

Akutt funksjonssvikt, akutt forverring og akutt dølltår årsak skal vurderes i spesialisthelsetjenesten

Respiratorisk og sirkulatorisk ustabil pasient

Alvorlige komplikasjoner av malign sykdom må avklares i spesialisthelsetjenesten

Versjon 4.januar 2016