



Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Veiledningsmaterieill

Publikasjonens tittel: Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.
Veiledningsmaterieill

Utgitt: 02/ 2012 - utarbeidet av Helsedirektoratet og KS
01/ 2013 - utarbeidet av Helsedirektoratet og KS
02/ 2014 - utarbeidet av Helsedirektoratet og KS
04/ 2016 - utarbeidet av Helsedirektoratet og KS

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling omsorgstjenester
Avdeling psykisk helse og rus
Avdeling allmennhelse

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Ansvarlig: Kristin Mehre, avdelingsdirektør, avd. omsorgstjenester

Ansvarlig for 04/ 2016: Kristin Mehre, avdelingsdirektør, avd. omsorgstjenester
Anette Mjelde, avdelingsdirektør, avd. psykisk helse og rus
Rolf Windspoll, avdelingsdirektør, avd allmennhelse

INNHold

INNHold	2
INNLEDNING	5
1. BAKGRUNN	7
1.1 Særskilt om bakgrunnen for innføring av plikten innen psykisk helse og rus	9
1.1.1 Dagens situasjon og nasjonale føringer.	10
2. PLANLEGGING OG FORBEREDELSE	11
2.1 Forberedelser	11
2.2 Kartlegging av dagens situasjon, vurdere, analysere og avklare framtidens behov	12
2.3 Lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommune og helseforetak	14
2.4 Organisering	15
2.5 Endringer av tilbudene	15
2.6 Andre momenter	16
2.6.1 Samhandling mellom kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold og den øvrige akuttmedisinske kjede	16
2.6.2 Spesielt om ambulansetjenesten	17
2.6.3 Kommunikasjon	17
2.6.4 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	18
3. FAGLIG FORSVARLIGHET OG KVALITET PÅ TILBUDET	18

3.1	Pasienter som er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold	18
3.2	Aktuelle pasienter innen somatikk	19
1.	Stabile pasienter med avklart diagnose hvor hovedproblemet er:	19
2.	Stabile pasienter med uavklart diagnose, som trenger observasjon og utredning, men som ikke oppfattes som alvorlig syk	20
3.3	Pasienter som ikke er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen somatikk	20
3.4	Særskilt om pasientgrupper innen psykisk helse og rus	20
3.4.1	Pasienter som er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold	20
3.4.2	Pasienter som ikke er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig døgnopphold innen psykisk helse og rus	21
3.5	Innleggelse i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud	22
3.6	Personellbehov og tilgjengelighet	22
3.6.1	Tilgjengelighet til medisinsk faglig kompetanse	23
3.6.2	Tilgjengelighet til øvrige personellgrupper	24
3.6.3	Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt	24
3.7	Kompetanse	24
3.8	Støttefunksjoner og utstørsbehov	25
3.9	Dokumentasjon og dokumentasjonssystemer	26
3.10	Internkontroll	26
3.11	Saksbehandlingsregler	27
3.12	Rapportering og registrering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud	27
4.	KUNNSKAP OG ERFARING	28
5.	FINANSIERING	33
5.1	Finansiering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen somatikk	33
5.2	Finansiering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen psykisk helse og rus	33
5.3	Finansiering av støttefunksjoner	33
5.4	Tilskudd fra Husbanken til etablering av øyeblikkelig hjelp plasser	34

5.5	Finansiering av medisinsk behandling utenfor sykehus	34
5.6	Oppholdsbetaling	34
5.7	Transportkostnader	34
6.	VEDLEGG 1	36
	RISIKO OG SÅRBARHETSANALYSE FOR KOMMUNALT ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNOPPHOLD	36
	Eksempler på hendelser:	36
7.	REFERANSER	41

INNLEDNING

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp og plikten trådte i kraft 1. januar 2016 for pasienter med somatisk sykdom. Fra 1. januar 2017 skal denne plikten også gjelde for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer.

Plikten følger av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd:

”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.”

Helse- og omsorgstjenesteloven omfatter alle pasientgrupper, herunder pasienter med psykiske helseproblemer/lidelser og rusmiddelproblemer, som skal sikres likeverdig tilgang til tjenester, også kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 annet ledd.

De aller fleste kommuner har, etter at plikten trådte i kraft, opprettet et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud til pasienter med somatisk sykdom. Samtidig vil de aller fleste kommunene starte arbeidet med å planlegge hvordan tilbudet til pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer skal ivaretas.

Formålet med å ta inn personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer er å gi et likeverdig tilbud til disse pasientgruppene innenfor det tilbudet som allerede er etablert for somatiske pasienter.

Hensikten med tilbudet er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering. Etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud til personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer gir en større mulighet til å komme tidligere til og om mulig unngå behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Tilbudet til somatiske pasienter har blitt innfaset gjennom fire år og blitt finansiert gjennom overføring av midler fra de regionale helseforetakenes basisbevigninger. Fra 2016 er disse midlene lagt inn i rammen til kommunene.

Når det gjelder tilbudet til voksne pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer, legges det til grunn et meget begrenset omfang av liggedøgn som kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Innføring av plikt til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen fagområdene psykisk helse og rus kan derfor ikke anses som en tilsvarende oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen slik tilfellet er innenfor somatikken. Det vil hverken være god samfunnsøkonomi eller ønsket faglig utvikling at kommunene bygger opp egne og kostnadskrevene døgninstitusjoner for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer når plikten innføres fra 2017. Tilbudet til nye pasientgrupper bør derfor bygge på de eksisterende døgntilbudene som er etablert for somatiske pasienter. Når det gjelder finansieringen av plassene vil de økonomiske rammene komme i de ordinære budsjettprosessene.

Beregningene omfatter ikke omfang av liggedøgn i det psykiske helsevernet for barn og unge. Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen vil i utgangspunktet ikke være et faglig relevant tilbud for barn og unge med akutte psykiske helseproblemer og/ eller rusmiddelproblemer.

Kommunene står fritt i hvordan de velger å organisere tilbudet om kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Innretning, omfang og kvaliteten på tilbudet vil være avgjørende for hvilke pasienter som er aktuelle for tilbudet.

Tilbudet bør planlegges, etableres og utvikles gjennom et samarbeid mellom kommuner og helseforetak/distriktpsykiatriske sentre (DPS). Samarbeidet med psykisk helsevern ved DPS og relevante aktører i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er viktig for det samlede tilbudet til pasienter med psykiske helseproblemer/lidelser og rusmiddelproblemer. Kommunene og spesialisthelsetjenesten bør vurdere hvordan det eksisterende døgntilbudet om kommunal øyeblikkelig hjelp også kan omfatte tilbud til et bredere spekter av pasientgrupper enn det hittil har gjort, og inkludere pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.

Den lovpålagte samarbeidsavtalen mellom kommune og helseforetak skal beskrive kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold og er et overordnet virkemiddel for samarbeidet om dette tilbudet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 6. Avtalen må også omfatte tilbudet som skal gis til pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.

Veiledningsmateriellet har som formål å bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av øyeblikkelige hjelp døgnopphold i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Veiledningsmateriellet henvender seg til både kommune og helseforetak og er et

grunnlagsdokument for den samarbeidsavtalen partene skal utarbeide. Avtalen skal som et minimum beskrive kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold, retningslinjer for utskrivning og innskrivning av pasienter og gjensidig kunnskapsoverføring. Avtalen bør også beskrive helseforetakenes samlede akuttilbud, også innen psykisk helse- og rusområdet. Veiledningsmateriellet har til hensikt å bidra med faglige innspill til planleggings-, etablerings- og driftsfase av dette tilbudet. Målgruppene for dette dokumentet er beslutningstakere, ledere og fagpersoner i kommunenes helse- og omsorgstjeneste og i helseforetakene.

Denne tredje reviderte utgaven av veiledningsmateriellet viser til kunnskap og erfaringer som kommuner, helseforetak og helsemyndighetene har tilegnet seg om det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet gjennom innfasingsperioden fra 2012 til 2015. I tillegg reflekterer veiledningsmateriellet at plikten også skal gjelde for personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer fra 2017. Der vi har funnet det hensiktsmessig er områdene psykisk helse og rus omtalt i egne avsnitt.

Denne reviderte utgaven erstatter tidligere utgaver av veiledningsmateriellet. Revideringen er gjennomført i samarbeid med KS.

1. BAKGRUNN

Samhandlingsreformen er en retningsreform. Reformens tankesett, intensjoner og samfunnsperspektiv må utvikles og bygges inn som verdigrunnlag i både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det må etableres og videreutvikles kultur for gjensidig respekt og målforståelse mellom de ulike aktørene i helse- og omsorgssektoren.

Et sentralt mål i samhandlingsreformen er å bedre pasientforløp og å gi tjenester nærmere der pasienten bor. Realiseringen av reformen bygger på et bredt sett av virkemidler, og det vil være variasjoner i hvordan reformen gjennomføres lokalt. I 2015 har regjeringen lagt fram flere nye stortingsmeldinger som Folkehelsemeldingen¹, Omsorg 2020 - regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020, Primærhelsetjenestemeldingen² og Nasjonal helse- og sykehusplan³. Disse meldingene beskriver virkemidler som skal bidra til å realisere pasientenes helsetjeneste, med økt brukermedvirkning og sammenhengende og koordinerte tjenester- i overensstemmelse med målene i samhandlingsreformen⁴. I 2016 kom regjeringen med en femårig

¹ Meld.St. 19 (2014 – 2015): Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter

² Meld.St. 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.

³ Meld. St. 11 (2015 – 2016): Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019)

⁴ Tor Åm (2015): Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen. Råd for vegen videre. Sluttrapport.

opptrappingsplan for rusfeltet (Prop. 15 S (2015-2016)). Styrking av kommunens tjenester rettet mot personer med rusmiddelrelaterte helseutfordringer er ett av flere satsingsområder i planen⁵.

Et viktig virkemiddel i samhandlingsreformen er etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5 pålegger kommunene et ansvar for øyeblikkelig hjelp. 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. Rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første ledd⁶.

Som et ledd i samhandlingsreformen er kommunenes ansvar for øyeblikkelig hjelp utvidet til også å omfatte kommunalt tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Denne bestemmelsen trådte i kraft 1.januar 2016 og omfatter pasienter med somatisk sykdom. Det vises også til *Forskrift om kommunenes plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp døgntilbud*, fastsatt november 2015. Plikten til øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer inngår fra 2017.

Kommunens plikt til å ha tilbud om kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold er en ny oppgave for kommunene. Tilbudet som etableres skal være bedre eller like godt for pasientene som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten.

Kommunens plikt til å ha tilbud om øyeblikkelig hjelp innebærer en plikt til å kunne yte hjelp som ikke er planlagt, men som i konkrete situasjoner er påtrengende nødvendig for en pasient eller bruker og som det er forsvarlig at kommunen yter. Behandling av disse pasientene i kommunene underbygger målene med samhandlingsreformen som er å gi pasientene gode forløp og tilbud nærmere der de bor. Det er presisert i forarbeidene at det er opp til kommunene å bestemme omfanget og innholdet av tjenestene.

Med døgnopphold for øyeblikkelig hjelp menes det i forarbeidene til loven: «*innleggelse av pasienter med behov for hjelp som er påtrengende nødvendig, og hvor innleggelsen ikke er planlagt på forhånd.*» Kommunens plikt gjelder bare pasienter og brukere som det er forsvarlig at kommunen gir øyeblikkelig hjelp til. Kommunen vil i praksis kunne påta seg ansvar for utredning, behandling og omsorg ved de mindre alvorlige tilfellene av øyeblikkelig hjelp, forutsatt at de har den nødvendige infrastrukturen og kompetansen. Tilbudet skal være et supplement til kommunens øvrige tjenestetilbud og ikke erstatte allerede etablerte tilbud. Det

⁵ Prop. 15 S. (2015–2016): Proposisjon til Stortinget. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)

⁶ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

må innfortolkes en grense mot de tilstandene som forutsetter utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Grensen vil ikke være entydig for alle kommuner, men vil avhenge av lokale variasjoner i helsetilbudet.

Etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud kan på denne bakgrunn handle om å komme tidligere inn i sykdomsforløpet for å redusere behovet for innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Dette vil også gjelde pasientgrupper med psykisk helse- og rusmiddelproblemer i kommunens øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Innholdet i øyeblikkelig hjelp begrepet kan også tolkes i lys av formålet om å få til en oppgavefordeling, i samsvar med samhandlingsreformens intensjoner: en oppgaveoverføring til kommunene, der kommunene overtar oppgaver de kan utføre forsvarlig. For gruppen med psykisk helse- og rusmiddelproblemer innebærer dette ikke plikt til å bygge ut et eget institusjonstilbud.

Det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet skal også bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Disse 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. Personer med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer vil i en akutt situasjon kunne ha behov for observasjon, trygghet, omsorg og psykososial støtte.

1.1 Særskilt om bakgrunnen for innføring av plikten innen psykisk helse og rus

Innføring av kommunal plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold for psykisk helse- og rusfeltet er ett av flere virkemidler og tiltak for å styrke det samlede tilbudet i kommunen. For pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det et betydelig potensial for å unngå innleggelser gjennom etablering av gode kommunale tilbud, egnede boliger og tjenester, også for å forebygge kriser og akutt sykdom⁷. Å holde psykisk helse- og rusfeltet utenfor når plikten om kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud trer i kraft, vil kunne bidra til at tjenestene til disse brukergruppene prioriteres ned⁸. Det er videre en risiko for at pasienter med samtidige psykiske helseproblemer/lidelser eller rusmiddelproblemer og somatiske sykdommer ikke får nytte av et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud, fordi de primært vurderes å ha et psykisk helseproblem eller et rusmiddelproblem og dermed ikke har rett til et slikt tilbud. Regjeringen varslet derfor i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, at plikten til å ha kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp også skal omfatte mennesker med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Brukere med slike

⁷ Ose, S. O., Slettbak, R. (2013): Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter- Omfang og kjennetegn ved pasientene. SINTEF, rapport A25247.

⁸ Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet 2015. Helse- og omsorgsdepartementet.

helseutfordringer skal ikke skal diskrimineres, men ha lik rett til et kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

I den somatiske helse- og omsorgstjenesten har ordningen blitt faset inn i siden 2012. For å gi kommunene noe tid til å inkludere personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer innføres plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold for disse gruppene først fra 2017.

1.1.1 Dagens situasjon og nasjonale føringer

Psykisk helse- og rusfeltet har en annen innretning, organisering og faglig tilnærming enn den somatiske helse- og omsorgstjenesten. Innen psykisk helsevern er det bygget opp en bred desentralisert spesialisthelsetjeneste gjennom etablering av distriktpsykiatriske sentre (DPS) rundt om i landet. Det er et overordnet mål å redusere behovet for innleggelses i døgnavdeling og redusere behovet for bruk av tvang gjennom å tilby hjelp nærmere der pasienten bor og på et tidligere tidspunkt i forløpet. DPS har ansvar for å tilby tilgjengelige akuttjenester for vurdering og akuttbehandling gjennom døgnet. Dette kan skje i samarbeid med andre enheter i spesialisthelsetjenesten der lokale forhold gjør det nødvendig, men det bør være ett telefonnummer for alle akutthenvendelser. DPS kan organisere akuttjenestene i egne ambulante akutteam, men kan også velge andre modeller for akuttjenestene⁹. Kravet til forsvarlige tjenester innebærer at det må kunne gis et tilbud til pasienter innenfor rimelig tid.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble en del av spesialisthelsetjenesten med rusreformen i 2004 og er en sektor under oppbygging og utvikling, og dette gjelder også tilbudet om øyeblikkelig hjelp/akutt rusbehandling. Det er per 2015 etablert rusakutt tilbud i syv helseforetak, andre steder ivaretas øyeblikkelig hjelp-ansvaret av enheter i psykisk helsevern eller i somatiske avdelinger¹⁰. Akutt tilbudet til pasienter med psykiske helseproblemer/lidelser og rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten skal fortsatt styrkes og videreutvikles, og innføring av plikt til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold kan ikke anses som en tilsvarende oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene når det gjelder fagområdene psykisk helse og rus. Det vil bli viktig å se etablering av plassene i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i sammenheng med eksisterende tjenestetilbud og det samlede akutt tilbudet.

Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) ble det bygget opp et bredt spekter av tjenester og boliger i kommunene. Målet med tjenestetilbudet var å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv i lokalsamfunnet. I tråd med føringene i Opptappingsplanen har kommunene i svært liten grad etablert døgninstitusjoner innen psykisk

⁹ Helsedirektoratet (2014): Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsykiatriske sentre (DPS). Rapport IS-2156

¹⁰ Helsedirektoratet (2016): Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. IS-2211

helsefeltet, og i liten grad innen rusfeltet. Årsverkinnsatsen innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er hovedsakelig knyttet til boliger med fast personell på døgnet og dag, og andre behandlings- og oppfølgingstjenester i hjemmet¹¹. Det vil hverken være god samfunnsøkonomi eller ønsket faglig utvikling at kommunene bygger opp egne og kostnadskrevede døgninstitusjoner for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer når plikten innføres fra 2017. Kommunene kan derfor etablere tilbudet til de nye pasientgruppene i det eksisterende kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i somatikken, og videreutvikle tilbudet slik at det kan romme de ulike pasientgruppene.

Øyeblikkelig hjelp døgnplassene som etableres vil bidra til en videreutvikling av kommunens tjenester til personer med psykisk helse- og rusmiddelproblemer. Det at kommunen disponerer plassene og har mulighet til å tilby pasienten et kortvarig døgnopphold, vil kunne bidra til å redusere både akutte og elektive innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

2. PLANLEGGING OG FORBEREDELSE

2.1 Forberedelser

Kommunen står fritt i hvordan de velger å organisere tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold, innenfor de grensene som settes av blant annet forsvarlighetskravet og helselovgivningen for øvrig. Innretning, omfang og kvaliteten på tilbudet vil være avgjørende for hvilke pasienter som er aktuelle. Kommunenes tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal beskrives i lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Samarbeidsavtalene er et virkemiddel for samarbeidet mellom partene. Partene er likeverdige og har ulike roller og ansvar.

Det vil være nødvendig å avklare hva som finnes av tjenester både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, hva som ønskes etablert og hvordan prosessen skal være for å etablere et bedre og mer helhetlige tilbud. Vi viser til punkt 2.2 med ulike forhold som må tas inn i planleggingen.

¹¹ Kaspersen, S.L, Ose,O.O.(2015): Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015. Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. SINTEF, rapport A27362

Det er kommunen som fastsetter dimensjonering og innholdet i det kommunale tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold innenfor gjeldende lovverk, men uavhengig hvilken løsning det planlegges for, må relevante aktører delta i planleggingsprosessen. Dette vil være faglig og administrativ ledelse på ulike nivåer. Erfaringer viser at helsefaglig eierskap og forankring har vært den viktigste suksessfaktoren i de kommunene som har etablert et godt fungerende tilbud. Det er derfor viktig at de aktuelle fagpersonene som blir berørt får bidratt inn i planleggingsprosessen. Dette gjelder spesielt representanter for pleie- og omsorgstjenestene, kommunelege, legevakt- og fastlegene og fagpersoner fra akuttmottak, ambulansetjenesten og andre relevante avdelinger i sykehus. Ved planlegging av tilbud som gjelder områdene psykisk helse og rus er det i tillegg viktig å ha med ansatte i kommunens psykisk helse- og rustjenester og DPS, TSB-ansatte og andre relevante aktører.

Både kommuner og spesialisthelsetjenesten har lovpålagte plikter om å samarbeide for å skape helhetlige tjenester, uavhengig av nivå, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 annet ledd som lyder:

«Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat, slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.»

og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e, som lyder:

«Det regionale helseforetakets ansvar etter § 2-1 a første ledd innebærer også en plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid mellom ulike helseforetak innad i det regionale helseforetaket, med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven.»

Pasientenes og brukernes organisasjoner skal medvirke i avtaleprosessen. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 tredje ledd pålegger avtalepartene en særlig plikt til å sørge for at pasienters og brukeres erfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalene. Samarbeidsavtalen omtales mer utfyllende i punkt 2.3.

De ansattes organisasjoner skal involveres i den grad hovedtariffavtalen og hovedavtalen for det aktuelle området stiller krav om dette, jf. Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler, pkt. 4.1.

2.2 Kartlegging av dagens situasjon, vurdere, analysere og avklare framtidens behov

Det er flere hensyn som bør drøftes opp mot hverandre i planleggingsfasen. Det er viktig at kommunen og helseforetaket drøfter hvordan organiseringen og øvrig innretning på tilbudet kan bidra til å understøtte intensjonene med samhandlingsreformen. Kommunens forutsetninger og begge parters forventninger til tilbudet er viktig å avklare i en slik diskusjon. Viktige spørsmål i en slik drøfting kan være i hvor stor grad tilbudet faktisk bidrar til mer behandling lokalt, om brukerne opplever større nærhet til tilbudet og om de opplever at tjenestene i sin kommune er mer helhetlige og koordinerte.

Kommunen bør også reflektere rundt hvordan man kan organisere tilbudet slik at det kan integreres på en god og sømløs måte i de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene og gi gode muligheter for tjeneste- og kompetanseutvikling og effektiv utnyttelse av ressurser på tvers.

Under er det foreslått områder som er viktige å avklare mellom partene. Listen er ikke uttømmende:

- Demografiske forhold og befolkningens helsetilstand. Befolkningens alderssammensetning og sosioøkonomiske forhold er utslagsgivende for befolkningens helsetilstand. (www.fhi.no)
- Geografiske forhold. Befolkningstetthet vurdert i forhold til avstand til helseforetak, DPS/TSB, legevakt, ambulansestasjon og eventuelt til interkommunale løsninger
- Økonomiske rammebetingelser for hvor mange døgnplasser som skal omfattes av tilbudet
- Eksisterende tjenestetilbud, og hvordan det kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbudet kan ses i sammenheng med et kommunalt tilbud før, istedenfor og etter døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten, herunder bruk av sykehjem, lokalmedisinsk senter, psykisk helse- og rustjenester, oppsøkende behandlingsteam, legevakt og ambulansetjeneste
- Tilbudet må også sees i sammenheng med øyeblikkelig hjelp/akutttilbudet i spesialisthelsetjenesten, slik som f.eks. ambulante akutteam ved DPS som også tilbyr korttids hjemmebehandling.
- Organisering av det kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbudet: Beliggenhet, lokalisasjon, interkommunalt samarbeid, forpliktende samarbeid med helseforetak
- Aktuelle pasienter: Praksis knyttet til innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Erfaringer og eventuell statistikk på hvilke pasienter som legges inn i helseforetaket og hvilke hovedgrupper pasienter som kan være aktuelle for øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen.
- Samarbeid knyttet til personell og kompetanse, både generell og spesialkompetanse og døgnkontinuerlig mulighet for dialog
- Samarbeid, knyttet til medisinsk utstyr, laboratoriemessig utstyr og IKT- systemer, etc.
- Gode dokumentasjonssystemer og hvordan disse følger gjeldende lovkrav til journalføring og internkontroll og legger grunnlag for relevant statistikk og styringsdata
- Avklare type transport og hvem som dekker transportkostnader

I planleggingsfasen er det helt nødvendig å foreta en risiko og sårbarhetsanalyse (ROS- analyse) for å kartlegge sannsynlighet og konsekvenser av uønskede hendelser knyttet til etablering og drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Gjennom en ROS-analyse vil det være mulig å planlegge tiltak for å forhindre eller redusere konsekvensen av slike hendelser. I henhold til internkontrollforskriften § 4 bokstav f) skal kommunen: «*skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav.*».¹²

¹² <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2002-12-20-1731?q=internkontroll>

2.3 Lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommune og helseforetak

Formålet med samarbeidsavtalen er å fremme samhandlingen mellom kommuner og helseforetak ved å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom partene. Den overordnede hensikten med avtalen er å bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet og av god kvalitet, og at det alltid er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2, pkt. 4 at samarbeidsavtalen skal inneholde et eget punkt som beskriver kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp. Avtalen må beskrive hvordan pasientene sikres en fullverdig tjeneste mens tilbudet bygges opp i kommunen. På den måten oppfordres partene til å se øyeblikkelig hjelp tilbudene sine i sammenheng, og bli enige om løsninger som er hensiktsmessige både for pasientene, kommunene og helseforetakene. I noen tilfeller vil det kunne være uklart om pasienter som er i behov for øyeblikkelig hjelp er kommunens eller spesialisthelsetjenestens ansvar. Samarbeidsavtalen bør omhandle rutiner som beskriver hvem som har ansvar i situasjoner der innlagte pasienter blir oppfattet å være for syke for et kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud.

Ved uenighet kan spørsmålet om ansvar i henhold til gjeldende lovverk bringes inn til den nasjonale tvisteløsningsnemda for rådgivende uttalelse.

Øyeblikkelig hjelp/akuttilbudet i TSB og psykisk helsevern ved DPS skal fortsatt styrkes og videreutvikles i tråd med gjeldende helsepolitiske føringer. Innen psykisk helse- og rusfeltet er det mange aktører som har ansvar i akutte situasjoner, og det samlede tilbudet bør derfor beskrives i avtalen.

Partene må sørge for at avtalen er i samsvar med gjeldende lovverk. Partene kan ikke avtale seg bort fra pliktene de har etter lov og forskrift. Avtalene kan konkretisere nærmere hvilket ansvar partene har og hvordan de skal oppfylle pliktene de har. Avtalen forplikter kommuner og regionale helseforetak/helseforetak og har som konsekvens at en av partene kan kreve at den andre parten oppfyller sine forpliktelser etter avtalen. Partene kan bli enige om å ta inn annet innhold i avtalen i tillegg til det loven pålegger som et minimum. Når samarbeidsavtalen er inngått, har partene bundet seg til å oppfylle dem i samsvar med innholdet i avtalen.

Samarbeidsavtalen bør inneholde avklaringer om implementering, oppfølging, avvikshåndtering og korrigerende avtaler og tiltak.

Det står presisert i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 siste ledd:

”Når det avtales samarbeidstiltak, må avtalen klargjøre ansvarsforholdene, herunder må arbeidsgiveransvaret avklares. Videre må det avtales hvordan samarbeidstiltaket skal organiseres og finansieres.”

Tidspunkt for evaluering av tilbudet bør inngå i samarbeidsavtalen. Partene må også vurdere behovet for revidering av eksisterende inngåtte avtaler.

2.4 Organisering

Når kommunene skal planlegge for hvordan tilbudet om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal integreres i de øvrige tjenestetilbudene, må det tenkes langsiktig og helhetlig. En av helse- og omsorgstjenestenes største utfordringer er at pasientenes behov for koordinerte og helhetlige tjenester ikke besvares godt nok og tjenestene oppfattes som fragmenterte. Øyeblikkelig hjelp døgntilbudet må ikke organiseres slik at det bidrar til en økende fragmentering av primærhelsetjenesten eller akuttilbudet utenfor sykehus.

Erfaringer så langt kan tyde på at noen kommunale tilbud blir organisert som en ny virksomhet og i en viss grad frikoblet fra de øvrige kommunale tjenestene. Det er derfor viktig at kommunen har et bevisst forhold til hvordan dette tilbudet skal integreres på en god og sømløs måte i de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette vil være viktig for å besvare pasientens behov for koordinerte og helhetlige tjenester. Samtidig vil det gi muligheter for tjeneste- og kompetanseutvikling og effektiv utnyttelse av ressurser på tvers. De nye oppgavene og den nye kompetansen som tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilfører kommunene bør organiseres slik at det har positiv synergieffekt inn i de øvrige tjenestene lokalt.

Kommunale øyeblikkelig døgnopphold skal være forbeholdt akutte innleggelser og for å få til dette må det være en viss sirkulasjon av plassene. Kommunene må derfor ha nødvendig kapasitet, kompetanse og kvalitet både på sine tjenester, enten det er sykehjems plasser, korttidsplasser, hjemmetjenester eller ulike tjenester innen psykisk helse- og rusfeltet. Mange kommuner har opprettet andre typer tjenester som kan være komplementære til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Viktige komplementære tilbud kan være en utbygd hjemmetjeneste, ulike samhandlings- og oppfølgingsteam innen psykisk helse og rusfeltet, aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT/FACT-team) og en forsterket tjeneste i pasientens hjem. Ressursteam/innsatsteam i hjemmetjenesten kan være et eksempel på forsterket hjemmetjeneste.

Hjelpespørsmål til organiseringen og øvrig innretning på tilbudet:

- Planlegges tilbudet på «riktig» nivå basert på de rammebetingelser for etablering av døgntilbudet som er gitt med tanke på at dette skal være et tilbud i kommunene og bidra til å komme tidligere inn i sykdomsforløpet, forhindre og avlaste akutte innleggelser i spesialisthelsetjenesten?
- Er forventninger mellom partene avklart?
- Opplever brukerne at tjenestene er mer helhetlige og koordinerte?
- Opplever brukerne nærhet til tilbudet?
- Hvordan kan tilbudet organiseres slik at det kan integreres på en god måte i de øvrige kommunale- helse og omsorgstjenestene og gi gode muligheter for tjeneste- og kompetanseutvikling og effektiv utnyttelse av ressurser ?

2.5 Endringer av tilbudene

Når samarbeidsavtalene er inngått, har partene bundet seg til å oppfylle dem i samsvar med innholdet i avtalen.

Etter hvert som kommunene har fått erfaring med øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbudet, er det flere kommuner som ønsker å gjøre endringer og tilpasninger i tilbudet, for eksempel tilpasninger i dimensjonering, organisering og lokalisering. Det er også eksempler på at kommuner ønsker å trekke seg ut av eller gå inn i interkommunalt samarbeid.

Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 skal samarbeidsavtalen gjennomgås årlig med sikte på nødvendige oppdateringer eller utvidelser. Partene bør gjennomgå avtalen på nytt for å sikre innholdet i de nye plassene, når tilbudet fra 2017 også skal omfatte fagområdene psykisk helse og rus.

Hvis en kommune ønsker å endre tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold slik at det ikke lenger er i tråd med samarbeidsavtalen som er inngått, må avtalen oppdateres. Det kan være nødvendig å lage en helt ny avtale hvis det er snakk om store endringer.

2.6 Andre momenter

2.6.1 Samhandling mellom kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold og den øvrige akuttmedisinske kjede

Øyeblikkelig hjelp døgnopphold vil inngå som et ledd i den akuttmedisinske kjede og bør beskrives i den lovpålagte samarbeidsavtalen som omhandler omforent beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 pkt. 11. «Den akuttmedisinske kjeden» er en fellesbetegnelse på samfunnets samlede beredskap for akutte situasjoner, som omfatter både spesialisthelsetjenestens og den kommunale helsetjenestens tiltak.

Samarbeidsavtalene må bygge på en samlet gjennomgang av den akuttmedisinske beredskapen i helseforetakenes og kommunenes ansvarsområder. Lokalisering og dimensjonering av legevaktstjenesten og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud. Samarbeidsavtalene må derfor konkretiseres slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy. Dette innebærer også at det må være dialog mellom helseforetak og kommuner om eventuelle endringer i tilbudet.

Etablering av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser vil ha betydning både for legevakt- og legevaktsentraler, rusakutttilbud, akuttfunksjonen ved DPS/helseforetak, AMK – sentraler og ambulansetjenesten, ved at flere pasienter som tidligere ble vurdert å ha behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten nå kan behandles i kommunen. En viktig forutsetning for dette er at tjenestetilbudet i kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser er kjent for de ulike aktørene. Blant annet må det utarbeides entydige kriterier for bruk og innleggelse ved de kommunale døgnplassene.

I 2015 la Akuttutvalget fram NOU 2015:17 Først og fremst. Formålet med denne utredningen er å beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt

sykdom og skade. Utvalget redegjør for øyeblikkelig hjelp tilbudet i kommunene, og foreslår ulike tiltak for et mer helhetlig akuttmedisinsk tilbud i kommunene¹³.

2.6.2 Spesielt om ambulansetjenesten

Endringer når det gjelder etablering av interkommunale legevaktløsninger og kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold vil få konsekvenser for ambulansetjeneste og annen pasienttransport som både er drevet og finansiert av spesialisthelsetjenesten. Konsekvensene vil blant annet gjelde behandling på stedet, transportbehandling og om pasientene skal til det kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbudet - eller til spesialisthelsetjenesten. Ambulansetjenesten må inkluderes i samarbeidsavtalen mellom kommune og helseforetak.

Etablering av nye og endrede tilbud i kommunene kan føre til at det blir flere, men kortere turer til- og mellom kommunale institusjoner slik at det kan bli stilt endrede krav til logistikk. Det er derfor viktig å se nærmere på ambulansespersonellet kompetanse, ambulansetjenestens organisering og lokalisering opp mot det kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbudet, legevakt, sykehjem og lokalmedisinske senter. Det anbefales at det opprettes egne samarbeidsfora mellom AMK/ ambulansetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten jf akuttmedisinforskriften §4¹⁴.

2.6.3 Kommunikasjon

For å sikre at befolkningen og tjenesteyterne mottar og gir videre korrekt informasjon om det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet bør partene utarbeide en felles kommunikasjonsplan. Kommunikasjonsplanen bør blant annet inneholde hvordan ulike grupper, som innbyggere og ansatte, fastleger og andre samarbeidspartnere, skal informeres om det nye tilbudet. Kommunikasjonsplanen bør beskrives i samarbeidsavtalen.

Det er helt avgjørende av alle parter, ikke minst innleggende leger og pasienter, har tiltro til at tilbudet i det kommunale øyeblikkelig hjelp døgnoppholdet er forsvarlig og like godt eller bedre enn innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og at pasienter blir sendt til spesialisthelsetjenesten når helsetilstanden tilsier at det er nødvendig.

For riktig bruk av det kommunale tilbudet har fastlegene og legevaktslegene en nøkkelrolle. Det er viktig å ha en god kommunikasjon med legene og at de har oppdatert og god informasjon om inklusjonskriteriene for innleggelse i kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbudet, og det samlede akutttilbudet lokalt innen både somatikk, psykisk helse- og rusfeltet. Flere kommuner viser til at det er blitt etablert ulike typer legeforum for informasjons- og fagutveksling.

Kommuner som har etablert tilbudet beskriver at det er et kontinuerlig informasjonsbehov og kommunen bør løpende informere innbyggerne og ansatte i kommunen. De fleste kommunene

¹³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/?ch=1&q>

¹⁴ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231?q=akuttmedisinforskriften>

opplever en økning i belegget når tilbudet har blitt mer kjent og mer etablert (Deloitte 2014b: 11).

2.6.4 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a. Systematisk overvåking og gjennomgang av tilbudet er en del av internkontrollen og skal sikre at det fungerer som forutsatt og vil bidra til kontinuerlig forbedring i virksomheten. Det anbefales at det jevnlig gjøres ROS-analyser for å kvalitetssikre tilbudet, jf. internkontrollforskriften §4 bokstav f. Ved å avdekke risikoområder kan partene igangsette kompensierende tiltak basert på muligheter og ressurser som finnes i virksomhetene og eventuelt i samarbeid med andre.

3. FAGLIG FORSVARLIGHET OG KVALITET PÅ TILBUDET

3.1 Pasienter som er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Ved utformingen av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold må kommunene sikre at tjenesten som tilbys eller ytes er forsvarlig, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Det følger av § 3-5 tredje ledd i samme lov at kommunenes plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold kun gjelder de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 annet ledd. Heller ikke lovens § 3-5 tredje ledd legger føringer med hensyn til hvilke pasientgrupper det kommunale tilbudet skal opprettes for. Det avgjørende er hvilke pasienter det kan gis et faglig forsvarlig tilbud til.

Det er den helhetlige medisinske og psykososiale vurderingen som er bestemmende for hva slags helsehjelp en pasient skal ha og hvor denne helsehjelpen skal ytes. Det må derfor gjøres en vurdering av om pasienten trenger øyeblikkelig hjelp og om kommunen har et relevant tilbud og forutsetninger for å yte hjelpen eller om pasienten må henvises videre til spesialisthelsetjenesten. I tvilstilfelle bør pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten.

En vurdering av funksjon, alvorlighet og allmenntilstand, rusmiddelbruk og psykososiale forhold samt pasientens tidligere sykehistorie og psykiske og kognitive tilstand vil avklare om det er forsvarlig å legge pasienten inn i et kommunalt tilbud eller om pasienten trenger innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Enkelte ganger vil muligheten for en kortvarig observasjon av pasienten over noen timer/døgn i institusjon kunne avklare om dette er en tilstand som trenger oppfølging og behandling, eller om pasienten kan reise hjem og ved behov følges opp av egen fastlege, ansatte i kommunens psykisk helse- og rustjeneste, ved DPS/TSB og/eller hjemmesykepleien.

Tilbudet om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal være forbeholdt innleggelse som er i tråd med formålet og de forutsetninger som er gitt for å etablere tilbudet. I tidligere versjoner av veiledningsmateriellet har det vært beskrevet veiledende antall timer / døgn liggetid i tilbudet. Det har kommet tilbakemeldinger om at enkelte kommuner har oppfattet dette som normerende. Det vil være pasientens tilstand og/eller psykososiale forhold rundt pasienten som er avgjørende for om det er forsvarlig å skrive pasienten ut av tilbudet.

3.2 Aktuelle pasienter innen somatikk

Innenfor somatikken vil eksempelvis pasienter med forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/KOLS, diabetes eller pasienter med behov for medikamentjusteringer være aktuelle. Pasienter med mer akutte, men avklarte lidelser som infeksjoner i lunger og urinveier, steinsmerter, fall og hjernerystelse vil også kunne ha nytte av kommunale døgnopphold.

For at tilbudet for pasienten skal bli like godt eller bedre enn et sykehusopphold er det viktig å vurdere mulighetene som ligger i det kommunale tilbudet. Det å komme tidlig inn med observasjon og behandling ved forverring av en kronisk sykdom, kan bidra til bedre pasientforløp og redusere behovet for akuttinnleggelse i spesialisthelsetjenesten.

I startfasen var det kun avklarte pasienter med kjent diagnose som var anbefalt inn i kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold, men erfaringer har vist at det er mulig å utvide dette til å gjelde følgende hovedgrupper av pasienter:

1. Stabile pasienter med avklart diagnose hvor hovedproblemet er:

- akutt sykdom som kan undersøkes og behandles etter vanlige allmenntilstandsmetoder
- forverring av kjent kronisk sykdom med behov for innleggelse og behandling

Dette er pasienter med en avklart diagnose som har behov for observasjon og behandling i institusjon eller pasienter med en forverring av en kjent tilstand. Pasienten må kunne diagnostiseres med allmenntilstandsmetoder og hjelpemidler og pasientens tilstand må være slik at det er liten risiko for akutt livstruende forverring. Det etableres klare kriterier for innleggelse i det kommunale tilbudet som både innleggende lege og øvrig helsepersonell er godt kjent med.

2. Stabile pasienter med uavklart diagnose, som trenger observasjon og utredning, men som ikke oppfattes som alvorlig syk

Det kan også være aktuelt å legge inn pasienter som trenger observasjon og utredning av uavklarte tilstander. Det kan også gjelde andre tilstander hvor det etter konferering med lege eller relevant bakvakt i/spesialisthelsetjenesten, ikke anses for nødvendig med innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Hvis det skulle tilkomme en forverring under pågående observasjon, vil dette kreve rask vurdering av lege eller overføring til spesialisthelsetjenesten. Behandling av denne pasientkategorien forutsetter enten nærhet til /spesialisthelsetjenesten rent geografisk, eller muligheter for legetilsyn innen rimelig og forsvarlig tid. Dette er pasienter med uavklarte symptomer som kan representere alvorlig sykdom, og det må tas høyde for dette når man planlegger hvilken kompetanse og hvilket medisinsk utstyr som må være tilgjengelig.

3.3 Pasienter som ikke er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen somatikk

Pasientgrupper som har en akutt forverring av kjent kronisk sykdom og der en vurdering av alvorlighetsgrad, komorbiditet og funksjonssvikt tilsier at et kommunalt døgnopphold ikke vil være tilstrekkelig dimensjonert for å ivareta pasienten, skal henvises tilspesialisthelsetjenesten. Dette vil også gjelde akutt funksjonssvikt hos eldre hvor det kan være vanskelig å finne årsaksforhold og hvor det er fare for rask forverring. Pasienter med allerede etablerte og definerte pasientforløp som akutte hjerneslag og hjerteinfarkt samt traumer med uavklart alvorlighetsgrad skal alltid henvises til spesialisthelsetjenesten.

3.4 Særskilt om pasientgrupper innen psykisk helse og rus

3.4.1 Pasienter som er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold

Pasienter som er i målgruppen for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold vil være personer med lettere og moderate psykiske helseproblemer og/ eller rusmiddelproblemer, ofte også i kombinasjon med somatisk sykdom/plager.

Det kan også være pasienter med avklart tilstand og/eller diagnose som får tilbakefall/forverring av (kjent) psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem, ofte med akutt funksjonsnedsettelse på ulike livsområder og der innleggelse er nødvendig for å roe/avhjelpe en vanskelig livssituasjon. Det kan være flere årsaker til opplevd psykisk krise og/eller funksjonsnedsettelse, dette kan også skyldes ulike belastninger, slik som hjemmeforhold, konflikter, stress, eller andre psykososiale forhold rundt pasienten.

Pasienten kan ha behov for observasjon og miljøterapeutisk behandling og oppfølging med omsorg, struktur og støtte. Andre pasienter kan ha behov for hjelp til å ivareta egenomsorg, støtte og hjelp til å mobilisere egne ressurser i en vanskelig livssituasjon, hjelp til å opprettholde nære relasjoner til pårørende/andre i en psykisk krise eller ved tilbakefall til skadelig

rusmiddelbruk. Pasienter med rusmiddelproblematikk kan ha behov for kortvarig innleggelse i et trygt miljø der fokus er motiverende tiltak/samtaler, for eksempel i påvente av oppstart av døgnbehandling i TSB. Andre kan ha behov for et kortvarig observasjonsopphold. For pasienter med behov for kortvarig og ukomplisert avrusning vil det være behov for tilgang til medisinsk-faglig kompetanse.

3.4.2 Pasienter som ikke er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig døgnopphold innen psykisk helse og rus

Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen psykisk helse og rus skal etableres med den allmenntilgjengelige kompetansen som finnes i kommunen. Det kommunale døgntilbudet vil ha andre faglige, rettslige og beredskapsmessige rammer enn øyeblikkelig hjelp innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Personer med psykisk helse- og rusmiddelproblematikk legges inn som øyeblikkelig hjelp både i somatiske avdelinger, i tverrfaglig spesialisert rusbehandling og i akuttpsykiatriske avdelinger i psykisk helsevern og ved noen DPS. Personer med alvorlig problematikk og/eller uavklarte tilstander skal fortsatt vurderes for øyeblikkelig hjelp/ akuttbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det forventes at DPS-ene har etablert tverrfaglige ambulante akutteam/annen akuttfunksjon som kan gi akutt hjemme-/behandling i en krisesituasjon i sitt opptaksområde.

Innen fagområdene psykisk helse og rus bør det inngås avtaler med helseforetakene om mulighet for konsultasjon, dialog og veiledning fra personell som innehar psykologisk-, psykiatrisk- og rusfaglig kompetanse. Det er lokalt DPS/HF som har akuttansvar og som må kontaktes i situasjoner der spesialisthelsetjenesten bør bidra i vurderingen. Det forventes at flere helseforetak også etablerer egne rusakutttilbud i TSB med akuttansvar.

Pasienter med tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten er ikke aktuelle for innleggelse i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. I forskrift om psykisk helsevern § 1 utdypes plikten til å yte øyeblikkelig hjelp. Tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp omfatter blant annet:

- psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse
- psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre
- delirøse tilstander der avrusning ikke er en hovedsak
- psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig

Utover dette bør det også avgrenses mot innleggelse av pasienter med andre alvorlige og/eller uavklarte tilstander, som f.eks.:

- innleggelser der tvang er nødvendig
- selvmordsproblematikk og alvorlig selvskading
- pasienter med tidligere alvorlig utagerings-/ voldsproblematikk
- pasienter med utagerende atferd, redusert impuls kontroll

- ved vold eller trusler om vold
- pasienter med stor uro eller irritabilitet, forvirringstilstander
- pasienter med akutt- og uavklart rusmiddelforgiftning
- pasienter med uavklart påvirkning av rusmidler og/eller legemidler

Ved akutt somatisk sykdom skal pasientens behandlingsbehov i somatisk sykehus vurderes selv om tilstanden skyldes bruk av rusmidler.

For en nærmere beskrivelse av kriterier for akutt rusbehandling/øyeblikkelig hjelp i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) av pasienter som bruker rusmidler vises det til Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler¹⁵.

3.5 Innleggelse i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

En pasient skal være vurdert av lege i kommunen forut for en innleggelse. Det er normalt fastlege eller legevaktslege som foretar den konkrete vurderingen av hvor pasienten bør få behandling og som også henviser pasienten til sykehus og kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnoophold. Leger i ulike andre behandlingsteam i kommunen har samme mulighet.

Fastlegene har i relativt liten grad tatt i bruk øyeblikkelig hjelp døgntilbudet, og de står for kun 25 % av innleggelsene¹⁶. Fastlegene har, gjennom sin medisinskfaglige koordineringsrolle og samarbeid med andre behandlende team rundt pasienten, en sentral rolle når det vurderes om dette tilbudet vil være det riktige tilbudet for pasienten. Behandlende team, oppfølgingsteam og andre relevante tjenesteytere vil bidra med nødvendige og oppdaterte opplysninger om pasienten.

I en del tilfeller vil pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten avklares i akuttmottaket. Selv om en innleggelse i spesialisthelsetjenesten ikke er aktuell, kan det for noen pasienter være forhold ved helsetilstanden og/ eller hjemmesituasjonen som tilsier at en videre oppfølging i et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnoophold kan være gunstig. I slike situasjoner bør det være mulig for en lege i akuttmottaket å henvise videre til behandling av pasienten i det kommunale tilbudet.

3.6 Personellbehov og tilgjengelighet

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at personell som utfører tjenester blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og i tillegg utvikle og iverksette prosedyrer og systemer og rutiner for å forebygge overtredelse av lovgivningen, jf helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstav c) og internkontrollforskriften § 4 bokstav g).

¹⁵ Helsedirektoratet (2016): Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. Nasjonale faglige retningslinjer IS-2211.

¹⁶ Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

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. Bruk av ulike typer vurderingsskjemaer vil være nyttige verktøy i vurderingen av pasientens tilstand og funksjonsnivå og ikke minst i kommunikasjonen mellom sykepleier og lege om den aktuelle pasient.

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.

3.6.1 Tilgjengelighet til medisinskfaglig kompetanse

Hvor omfattende utredning det er nødvendig å foreta ved innleggelsen må vurderes individuelt, da dette vil variere betydelig. I organiseringen av legetjenesten må det tas høyde for at akutte situasjoner og endringer i pasienters tilstand kan forekomme og dette åpner for å stille visse krav til responstid.

Uavhengig av hvordan tilbudet er organisert må det være avklart hvilken lege som til enhver tid har det medisinsk-faglige ansvaret for pasienten. Tilgang til lege i det kommunale tilbudet utenom den faste legens daglige tilstedetid kan dekkes gjennom avtaler med fast tilsatte leger, sykehjemslege, fastlege eller legevakt så sant nødvendig kompetanse og responstid er sikret.

Erfaringer viser at det i mange kommuner er legevakten som gis det medisinsk faglige ansvaret for pasientene i øyeblikkelig hjelp døgnopphold på kveld, natt og i helg og høytider. Ved inngåelse av avtalen bør forhold som geografisk avstand til legevakt, legens responstid og konfereringsmuligheter for sykepleier vurderes. Kommuner som deltar i interkommunalt legevaktsamarbeid med en stasjonær legevakt som ligger langt unna, bør for eksempel vurdere en lokal bakvaktsordning som kan sikre kortere tilkallingstid på lege. I et kommunalt tilbud som omfatter observasjon og utredning av pasienter med uavklarte tilstander må det være tilstedeværelse eller mulighet for rask tilkalling av lege 24 timer i døgnet.

Tall fra rapporteringene i 2014 viser at 26% av innleggelsene er initiert fra fastlegene. Tungvinte innleggelsesrutiner og manglende tillitt er trukket frem som noe av årsaken til den lave henvisningsraten fra fastlegene. Ved å bygge opp den medisinske kompetansen i de kommunale øyeblikkelig hjelptilbudene, vil det være mulig å forenkle innleggelsesrutinene og bygge opp tillit slik at de kommunale øyeblikkelig hjelp sengene er et reelt alternativ til sykehusinnleggelse.

Organisering og dimensjonering av legetjenesten vil naturlig inngå som en del av en ROS-analyse av mulige uønskede hendelser. Ett eksempel på en ROS-analyse finnes i vedlegg 1

3.6.2 Tilgjengelighet til øvrige personellgrupper

Tilgjengelighet til øvrige helsepersonellgrupper må vurderes opp mot de pasientene som skal observeres, utredes og behandles. Det bør også foreligge avtale om mulighet for dialog og konferering med kontaktpersoner i spesialisthelsetjenesten enten med lege i bakvakt, sykepleier eller gjennom avtalte videomøter på dagtid. Se også pkt. 3.4.2 om mulighet for tilgang til spesialisert kompetanse fra psykisk helsevern og TSB.

Ansatte i kommunens psykisk helse- og rustjeneste er naturlige samarbeidspartnere internt i kommunen. Flere personellgrupper i kommunen med helse- og sosialfaglig bakgrunn har videre- og etterutdanning innen psykisk helse- og rusarbeid.

3.6.3 Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt

I spesialisthelsetjenesteloven er det nedfelt plikt til rådgivning og veiledning overfor kommunene, både generelt og i enkeltsaker, og dette gjelder også kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold. I § 6-3 sier loven at

«helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner skal gi den kommunale helse- og omsorgstjeneste råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.»

Denne veiledningsplikten medfører ikke endringer i den gjeldende ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Det blir spesielt viktig å ha avklarte ansvarsforhold mellom foretak og den enkelte kommune; ikke minst med tanke på hvilken kompetanse spesialisthelsetjenesten skal stille til rådighet for å ivareta de ulike pasientgruppene og hvilken kompetanse de ansatte i helse- og omsorgstjenesten må inneha for å sikre at pasientene får forsvarlige helsetjenester. Noen steder i landet er det til dels små fagmiljøer innen psykisk helse- og rus, og akuttjenestene utenom kontortid er ikke utbygd i tilstrekkelig grad. Kommunen og helseforetaket bør sammen se på løsninger som kan gi mer robuste fagmiljøer lokalt.

3.7 Kompetanse

For å ivareta kravet til forsvarlighet skal kommunene tilrettelegge tjenestene slik at tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene er sikret, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 bokstav d). Hva som anses som forsvarlig fagkompetanse vil avhenge av hvilke pasienter som skal få tilbud om kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Avtalen mellom helseforetak og kommune må ta utgangspunkt i dette.

Et faglig forsvarlig øyeblikkelig hjelp døgnopphold krever blant annet at personellet har observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse. Det vil være nødvendig å styrke generalistkompetansen for alle faggrupper i behandling og oppfølging av de aktuelle pasientgruppene som tilbudet skal favne. I tillegg vil det være krav til prosedyrekunnskap for eksempel hjerte/lunge redning (HLR) og nødvendig bruk av medisinsk utstyr. Eksempler på dette kan være bruk av EKG og pulsoksymeter, O2- behandling, blodprøvetaking, kateterisering, administrering av intravenøs væske- og legemiddelbehandling, fortrinnsvis antibiotika.

Personellet bør ha god relasjonskompetanse og ferdigheter i å ivareta personer i en psykisk krise/ vanskelig livssituasjon. Miljøterapeutisk kompetanse med vekt på omsorg, struktur og støtte er her helt sentralt.

Kommunen og helseforetaket må sørge for nødvendig opplæring av personell, og ha planer og rutiner for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening.

Hjelpespørsmål knyttet til kompetanse:

- Hvilken kompetanse krever det tilbudet det planlegges for?
- Hvordan sikre økt kompetanse hos alle aktuelle faggrupper gjennom kompetanseplaner?
- Hvordan skal helseforetaket bidra med kompetanseheving jf.§ 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven og Rundskriv I-3/2013 Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet)¹⁷
- Hvordan skal kompetanse i helseforetaket være tilgjengelig for tilbudet? For eksempel tilgjengelighet til og konsultasjonsmuligheter med spesialister, ambulerende virksomhet,
- Hvordan etablere gode ordninger for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening?
- Hvordan kan partene legge til rette for en fleksibel og gjensidig kompetanseutvikling- og utveksling ?

3.8 Støttefunksjoner og utstyrsbehov

For å etablere et faglig forsvarlig øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilbud kan det være utfordringer knyttet til investeringer og drifting av utstyr. For å kunne oppnå stordriftsfordeler knyttet til sambruk, vil det være hensiktsmessig å vurdere om tilbudet om øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal lokaliseres sammen med andre kommunale tjenester, eventuelt i et interkommunalt samarbeid, eller helseforetaket ved DPS/ annet. Hva som velges av utstyr og støttefunksjoner må samsvare med de valgte pasientkategoriene.

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd nr. 9 at samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket skal inneholde samarbeid om IKT-løsninger lokalt, dette IKT-samarbeidet bør også omfatte kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

Hjelpespørsmål knyttet til støttefunksjoner og utstyrsbehov:

¹⁷ https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_кта/dokumenter/rundskriv_i-3_2013.pdf

- Hva kreves av støttefunksjoner og utstyr for å ivareta et forsvarlig tilbud?
- Hvordan kan partene samarbeide om bruk av utstyr og støttefunksjoner?
- Hvordan kan støttefunksjoner og utstyrsbehov sees i sammenheng med et helhetlig kommunalt tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold?
- Hvordan kan elektronisk samhandling og meldingsutveksling benyttes?
- Hvordan kan bruk av telekommunikasjon benyttes i etablering og drift av tilbudet, for eksempel visitter, fortolkning av røntgen, etc.?
- Hvordan skal partene planlegge for bruk av Nødnett?

3.9 Dokumentasjon og dokumentasjonssystemer

Kommunen, og virksomhet som har avtale med kommunen, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 5-10.

Alt helsepersonell som yter helsehjelp skal føre journal for den enkelte pasient som mottar helsehjelp, jf. helsepersonelloven § 39. Ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes innleggende eller henvisende helsepersonell, til det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging og til pasientens faste lege, jf. helsepersonelloven § 45 a. Epikrisen skal skrives samtidig med utskrivning, eller innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet. Av dette følger bl.a. at det må skrives inkomstnotat, og epikrise med justert medikamentliste til fastlege og eventuelt hjemmesykepleie ved utskrivning fra døgnopphold.

I kravet om forsvarlige journalsystemer ligger at virksomhetene må sørge for at pasientopplysninger er tilgjengelige for rett person til rett tid, samtidig som sensitive pasient- og brukerdata har den nødvendige beskyttelse slik at taushetsplikt ivaretas. I planleggingen av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp må det blant annet lages rutiner for tilgang til pasientjournalssystemet, og rutiner for utlevering av helseopplysninger til helsepersonell i andre virksomheter.

3.10 Internkontroll

Det følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd at kommunen har «(...) plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kongen kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om pliktens innhold.» Med hjemmel i denne bestemmelsen må alle kommunale tjenester ha et internkontrollsystem¹⁸. I et slikt system skal ansvarlig for virksomheten blant annet beskrive organisering av virksomheten og fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet. Videre skal den ansvarlige blant annet utvikle prosedyrer, instruksjoner og rutiner som er nødvendige for forsvarlig drift, og iverksette disse blant annet gjennom å lære opp de ansatte.

¹⁸ <https://lovdata.no/forskrift/2002-12-20-1731>

Internkontroll skal også bidra til kontinuerlig forbedring av virksomheten, og evaluering av prosedyrer og rutiner er en viktig del av arbeidet.

Det er viktig at kommuner som samarbeider om legevakt, øyeblikkelig hjelp døgnopphold og tilsvarende ordninger har så like prosedyrer som mulig for å forenkle samarbeid og forebygge misforståelser. Det bør lages rutiner for hvordan samarbeidsinstanser skal bli fortløpende og gjensidig oppdatert på tjenestetilbudet, retningslinjer, telefonnumre, adresser og nøkkelpersonell.

3.11 Saksbehandlingsregler

Ved tildeling av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser gjelder ikke forvaltningslovens regler om enkeltvedtak, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 første ledd. For øvrig gjelder reglene i pasient- og brukerrettighetsloven.

3.12 Rapportering og registrering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Kommunene på ressursbruk gjennom KOSTRA. Det er etablert en egen, årlig rapportering til Helsedirektoratet om aktiviteten i tilbudene.

4. KUNNSKAP OG ERFARING

I perioden 2012-2015 har kommunene hatt anledning til å etablere kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen den somatiske helse- og omsorgstjenesten med øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet og midler fra samarbeidende helseforetak.

Fra 2016 innlemmes alle midlene i rammetilskuddet til kommunene. 365 kommuner har benyttet seg av denne muligheten til å komme tidlig i gang. 3 av 4 kommuner har valgt å organisere tilbudet gjennom et interkommunalt samarbeid. Samarbeidene omfatter alt fra 2 til 12 kommuner. 60 prosent av tilbudene er etablert i tilknytning til sykehjem, 18 prosent i tilknytning til eksisterende distriktsmedisinske sentra, 13 prosent i tilknytning til legevakt. 9 prosent har valgt en annen organisering. Tilbudene varierer i størrelse, fra 1 seng til 72 senger.

Over halvparten av innlagte pasienter er over 80 år. 24 prosent av pasientene er under 67 år. Så langt viser statistikken at 63 prosent av pasientene henvises fra legevaktslege, 26 prosent fra fastlegen. Gjennomsnittlig liggetid i tilbudet er 2,6 døgn¹⁹. Det er for tidlig å si noe om hvorvidt tilbudene bidrar til å avlaste sykehusinnleggelse, men foreløpig resultater fra følgeevalueringen av Samhandlingsreformen kan tyde på at man ser en lite nedgang i medisinske innleggelse for pasienter over 80 år i de kommunene som etablert et øyeblikkelig hjelp døgnoppholdstilbud²⁰.

Våren 2015 kartla Fylkesmennene status for de 63 kommunene som ikke hadde søkt om tilskudd innen 2015. De aller fleste hadde planer om å komme i gang i 2016. En kartlegging fra 2014 (Deloitte)²¹ viser at de største utfordringene kommunene møter, og som fører til forsinkelser i etableringen, er knyttet til tilgang på egnede lokaler/bygging av lokaler, samarbeid med andre kommuner, finansiering, samarbeid med andre helsetjenester i kommunene og helseforetak, politisk behandling/vedtak og tilgang til nødvendig helsepersonell/bemanning/kompetanse.

Helsedirektoratet har i perioden 2012 – 2015 gjennomført seks utredningsoppdrag av ulike problemstillinger som har framkommet etter hvert som kommunene og helseforetakene har fått erfaring med kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. Norges forskningsråd har gjennomført følgeforskning av Samhandlingsreformen i denne perioden. Senter for omsorgsforskning, øst, har

¹⁹ Helsedirektoratet: Samhandlingsstatistikk 2014-2015.

²⁰ Hagen, T.P: Prosessevalueringen av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner.

²¹ Deloitte (2014): Spørreundersøkelse om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Kartlegging av status for kommuner som ikke har søkt om tilskudd til etablering og drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold per 01.03.2014.

gjort en samlet oppsummering av kunnskap og erfaringer som er ervervet gjennom etableringsfasen for øyeblikkelig hjelp døgnopphold i perioden 2012-2015²².

Samarbeid

Det er en særskilt utfordring med bruken av plassene i interkommunale samarbeid, der tilbudet i hovedsak blir brukt av vertskommunen og i mindre grad av de samarbeidende kommunene. (Rambøll 2015)²³. Rambølls rapport gir samtidig eksempler på suksesskriterier, blant annet:

- Deltagelse fra alle kommuner i planprosessen
- Tilstrekkelig informasjonsarbeid
- Involvering av eksterne aktører, spesielt fastleger og helseforetak

I rapporten fra Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 13/2015 beskrives følgende: «*Det er ingen betydningsfulle forskjeller når det gjelder samarbeid i kommuner av forskjellig størrelse. I både små (<5000), mellomstore (5000-19 999) og større kommuner (>20 000) samarbeider om lag 7 av 10 om øyeblikkelig hjelp døgntilbud (Skinner 2015a: 136). Derimot varierer motivasjonen for å samarbeide. Økonomiske forhold er en begrunnelse for både små og store kommuner for å inngå interkommunalt samarbeid, men kommunene har forskjellige utgangspunkt for den økonomiske motivasjonen. Mens de store kommunene på sin side opplever interkommunalt samarbeid som en fordel med tanke på stordriftsfordeler, opplever de minste kommunene samarbeid som en nødvendighet (Zeiner og Tjerbo 2015). I sin rapport setter Zeiner og Tjerbo (2015) fokus på fire forhold som er av særlig relevans for interkommunalt samarbeid: Økonomiske forhold, demokrati, fagmiljø og kvalitet.*»

De lovpålagte samarbeidsavtalene vil være et viktig verktøy for videre utvikling av gode øyeblikkelig hjelp døgntilbud og akuttmedisinske tilbud i kommunene og i helseforetakene. I flere regioner er det etablert samarbeidsorgan mellom helseforetak og kommuner for oppfølging av samhandlingsreformene generelt og for øyeblikkelig hjelp døgnopphold og akuttinnleggelse i sykehus spesielt. Rapporter og utredninger som er gjort gjennom etableringsfasen viser at mange kommuner og helseforetak samarbeider godt og finner fram til rutiner for å sikre kvalitet og forsvarlighet på det samlede tilbudet.

Beleggsprosent og forankring hos fastlegene

Beleggsprosenten øker jo lenger tilbudet har vært i drift, men ligger samlet sett på mellom 30 og 50 prosent. Flere kommuner har samlokalisert øyeblikkelig hjelp døgntilbudet med plasser til andre formål. Dette gir mulighet til fleksibel bruk av sengene. Variasjonen i beleggsprosent er mellom 0 og 300 prosent, noe som reflekterer nettopp dette (Senter for omsorgsforskning,

²² Marianne Sundlisæter Skinner: Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 13/2015.

²³ Rambøll (2015): Øyeblikkelig hjelp døgntilbud – bruk av plassene ved interkommunalt samarbeid.

rapportserie nr. 13/2015). Videre oppsummeres denne problemstillingen: *Den lave beleggsprosenten i de kommunale ø-hjelpstilbudene har vært mye omdiskutert fordi den indikerer at sengene blir lite brukt og at de dermed ikke oppfyller intensjonen om å avlaste sykehusene (se f.eks. Meld. St. 26 2014-15: 157). Det er fremmet mange forklaringer på hvorfor sengene i stor grad står tomme. Forklaringen som har fått hovedfokus i de fleste utredningene om temaet er legenes manglende kjennskap og tillit til tilbudet. Enten så vet legene rett og slett ikke at tilbudet finnes og har dermed ingen forutsetninger for å henvise pasienter til sengene, eller så har de ikke tro på at de som jobber ved ø-hjelpstilbudet kan ivareta pasienten(e) deres godt nok. Det førstnevnte problemet er særlig utbredt blant turnus- og vikarleger som det ikke er like lett å systematisk informere om at tilbudet finnes. Legenes lave tillit er i stor grad sett på som en effekt av deres mangel på kunnskap om tilbudet og om hva slags utstyr og kompetanse som finnes der. I en av Deloitte's rapporter fremsettes det også at mangel på døgnkontinuerlig legebemannings og mangel på tilstrekkelig legevisitt ved tilbudet har en negativ innvirkning på legenes tiltro til pasientsikkerheten på tilbudet (Deloitte 2014b: 17).*

Også ulik tradisjon og organisering av akuttbehandling i sykehjem før etablering av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er pekt på som forklaring til variasjon i beleggsprosent og bruk av tilbudet (Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 13/2015).

Flere vellykkede tiltak for å øke beleggsprosenten er trukket frem i flere rapporter om temaet. Deloitte's rapport²⁴ trekker blant annet frem følgende:

- Å samarbeide om innleggelseskriteriene og rutinene med kommuner man har legevakt sammen med selv om man har eget ø-hjelpstilbud. Dette er for å sikre at legevaktslegene har god kjennskap til samtlige tilbud i regionen og gode forutsetninger for å bruke tilbudet uansett hvilken kommune pasienten hører til.
- Spredning av informasjon om tilbudet til både leger og befolkningen, for eksempel gjennom jevnlig møter, oppslag i media og oppfordring av pasienter til å skrive leserinnlegg.
- Tilbud til turnusleger og vikarer å besøke ø-hjelpstilbudet for å gi dem kjennskap og tillit til tilbudet.
- Informering og opplæring av sykepleiere ved legevakt om tilbudet, så de kan effektivt informere og assistere legevaktslegene i innleggelsesprosessen.
- Bedret tilgang til informasjon på tvers av ø-hjelpstilbudets og fastlegenes/legevaktens elektroniske journalsystemer.
- Bruk av scorings-/triageringsverktøy som også brukes av andre helsetjenester. Verktøyet brukes til prioritering og systematisk oppfølging av pasienter, og forenkler kommunikasjon på tvers av helsetjenestene og oppfølgingen av pasienten.

²⁴ Deloitte (2014): Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Erfaringer fra kommuner med etablerte tilbud.

- Bruk av maler for behandlingsplan for tilstander og diagnoser som hyppig innlegges i det kommunale tilbudet.
- Kompetansekartlegginger. Disse bidrar til mer effektiv utnyttelse av kompetansen i kommunen og forenkler oppfølgingen av sykepleiere som ønsker kompetanseheving og mengdetrening.
- Bruk av simulering for å sikre tilstrekkelig mengdetrening for ansatte ved tilbudet.

Innleggelsesrutiner

Tungvinte innleggelsesrutiner trekkes av flere fram som en utfordring. Helsedirektoratets veiledningsmaterieell gir kun noen overordnede føringer om dette og etablerte kriterier for henvisning til og innleggelse i et øyeblikkelig hjelp døgntilbud er i hovedsak utarbeidet lokalt. Den Norske Legeforening ga i 2014 ut «Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser KAD». Her anbefaler de «å avklare og diskutere behandlingsplan og oppfølgingsplan etter at pasienten har kommet til avdelingen. Om dette ikke er mulig skal henvisningen inneholde en behandlings- og observasjonsplan frem til pasienten tilses av lege ved KAD».

I rapporten fra Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 13/2015 beskrives de opplevde utfordringene slik: «En annen legerelatert forklaring er at fastlegene og legevaktslegene av forskjellige årsaker ikke ønsker ekstraarbeidet eller det ekstra ansvaret som en henvisning til ø-hjelpstilbudet medfører. Mange kommuner stiller krav til innleggende lege om diagnose og behandlingsplan ved innleggelse i det kommunale ø-hjelpstilbudet (Deloitte 2014b, 2014c; Frantzen et al. 2014; Skinner 2015c; Rambøll 2015). Dette betyr merarbeid for den enkelte fastlege og legevaktslege sammenliknet med innleggelse i sykehus, der legen verken trenger å stille diagnose eller planlegge videre behandling. I noen tilfeller har også innleggende lege ansvar for pasienten etter innleggelse i en ø-hjelpsseng, ofte i mange timer frem til neste legevisitt ved tilbudet. Dette kan også medføre en ekstra belastning for innleggende lege og motforestillinger mot å bruke tilbudet på grunn av usikkerheten det medfører for pasienten. Flere undersøkelser antyder at leger som legger inn pasienter til seg selv på det kommunale ø-hjelpstilbudet kan savne en «second opinion» fra en annen lege og oppleve tilbudet som mindre trygt (Deloitte 2014b: 15; se også Frantzen, Arianson, Stensland og Iden 2014)».

Ved å bygge opp den medisinske kompetansen i de kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudene, vil det være mulig å forenkle innleggelsesrutinene og bygge opp tillit slik at de kommunale øyeblikkelig hjelp sengene er et reelt alternativ til sykehusinnleggelse.

Videre behov for kunnskap om tilbudet

Det er behov for mer kunnskap om det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. I rapporten fra Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 13/2015 sies det følgende:

«Kunnskapsgrunnlaget for etablering og utvikling av ø-hjelpssengene er forholdsvis smalt. Fokus

har vært rettet mot organisering, legenes rolle, bruk av tilbudet, samarbeidsformer og effekter på sykehusinnleggelser. Alle andre forhold som har hatt betydning for dagens situasjon har ikke blitt løftet frem og diskutert. Dette gjelder særlig de faglige (kliniske) og organisatoriske forholdene knyttet både innskriving og utskrivning av pasienter i sengene. Heller ikke sykepleiernes erfaringer og arbeidsoppgaver i forbindelse med utvikling og drift av ø-hjelpssengene er blitt belyst. Tilgjengelige sykepleie-ressurser med rett kompetanse er essensielt for blant annet at sengene skal kunne brukes». Videre sies det: «I studier av andre forhold som vil supplere kunnskapen som foreligger og dermed bidra til bedre forståelse for dagens situasjon, bør det knyttes an til forskningstradisjoner som for eksempel har politisk styring av offentlig sektor og tjenesteutvikling som tema. Andre tilnærminger som kan brukes er innovasjon i offentlig tjenesteyting eller institusjonell etnografi.»

Lovbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven §3-5 er vid og åpner for at kommunene står relativt fritt i hvordan de vil organisere og dimensjonere tilbudet og hvilke pasientkategorier som inkluderes. En vurdering av hvorvidt kommunene oppfyller den lovpålagte plikten vil dermed framover primært være en tilsynsoppgave, på samme måte som for de øvrige tjenestene etter helse- og omsorgstjenesteloven.

5. FINANSIERING

5.1 Finansiering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen somatikk

Den lovpålagte plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med somatiske sykdommer trådte i kraft 1.1.2016. I perioden 2012-2015 har kommunene fått øremerkede midler fra det året de har etablert et tilbud. Fra 2016 er disse midlene, totalt 1 206,644 mill kroner, innlemmet i rammetilskuddet til kommunene. Se mer informasjon i budsjettproposisjonene for 2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet, samt i Grønt hefte for 2016.

5.2 Finansiering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen psykisk helse og rus

For psykisk helsevern og TSB er omfanget av oppholdsdøgn som kan legges til grunn for en overføring til kommunene svært begrenset, og langt lavere enn i somatikken. Psykisk helsevern for barn og unge inngår ikke i beregningsgrunnlaget. De økonomiske rammene for etablering av de nye døgnplassene vil komme i de ordinære budsjettprosessene.

5.3 Finansiering av støttefunksjoner

Polikliniske røntgenundersøkelser av pasienter ved kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold finansieres som en ordinær poliklinisk røntgenundersøkelse, dvs. gjennom rammetilskudd, egenandel og refusjon jf. forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak²⁵. Det er en forutsetning for refusjon at forskriftens vilkår for øvrig er oppfylt. Det samme vil gjelde for laboratorieundersøkelser.

²⁵ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-12-19-1761>

5.4 Tilskudd fra Husbanken til etablering av øyeblikkelig hjelp plasser

Investeringskostnader knyttet til øyeblikkelig hjelp-plikten håndteres innenfor ordningen til heldøgns omsorgsplasser. Tilskuddsordningen kan benyttes av kommuner som ønsker å bygge ut sin kapasitet av heldøgns plasser for øyeblikkelig-hjelp så lenge prosjektene for øvrig er i samsvar med ordningens krav, som for eksempel universell utforming, tilpasset mennesker med demens og kognitiv svikt mv.

Det understrekes at det ikke er gjort endringer i regelverket for investeringstilskuddet i forhold til øyeblikkelig hjelp døgnoppholdsplasser. I prinsippet kan Husbanken også gi tilskudd til å etablere øyeblikkelig hjelp plasser relatert til for eksempel legevakt, så sant de er eiet av en kommune. Plassene må imidlertid tilfredsstillende Husbankens veileder for universell utforming.

Hvis en kommune har spørsmål vedrørende offentlige anskaffelser eller videretildeling, bør kommunen i henhold til Husbankens veileder, avklare disse med jurist i kommunen eller med DIFI eller KS.

5.5 Finansiering av medisinsk behandling utenfor sykehus

Øyeblikkelig hjelp tilbudet som skal etableres i kommunene vil være institusjonsbasert. Utgifter til legemidler og medisinsk utstyr som benyttes under et opphold blir en del av driftskostnadene til institusjonen, og faller inn under kommunens finansieringsansvar.

5.6 Oppholdsbetaling

I forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester presiseres det at kommunen ikke kan kreve egenandel for opphold i kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp, jf. § 1 andre ledd b).

5.7 Transportkostnader

Det er ikke gitt spesielle regler for dekning av utgifter til transport til og fra behandling i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Gjeldende regler for utgiftsdekning og kostnadsfordeling gjelder så langt de passer.

Pasienter har krav på å få dekket utgifter til reise til og fra behandling. De regionale helseforetakene dekker reiseutgifter etter nærmere regler i syketransportforskriften. Reise i forbindelse med helsetjenester som ytes i spesialisthelsetjenesten og reise i forbindelse med helsetjenester som er omfattet av folketrygdloven kapittel 5 blir dekket, jf. syketransportforskriften § 3 bokstav a og b.

Når en pasient reiser til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud er reisen i utgangspunktet ikke omfattet av syketransportforskriften, fordi det verken er spesialisthelsetjeneste eller er omfattet av folketrygdloven kapittel 5. Men syketransportforskriften gir rett til dekning av reiseutgifter når den som yter helsetjenesten er ansatt i kommunen, forutsatt at den aktuelle tjenesten er nevnt i folketrygdloven kapittel 5, for eksempel undersøkelse og behandling hos lege. Innholdet i døgntilbudet kan derfor ha betydning for om syketransportforskriften likevel gjelder slik at det regionale helseforetaket dekker utgiftene til pasientreisen.

Ambulansetransport er regulert i akuttmedisinsforskriften og er en tjeneste som inngår i regionale helseforetaks akuttmedisinske beredskap ved behov for øyeblikkelig hjelp. Kostnadene til ambulansetransport dekkes av helseforetakene. Hvis det er tale om en reise som gjennomføres i ambulanse kun fordi pasienten må transporteres på bære og ikke fordi pasienten har behov for helsehjelp under reisen, kan utgiftene dekkes etter de vanlige reglene i syketransportforskriften forutsatt at forskriftens øvrige vilkår er oppfylt.

De regionale helseforetakene kan velge å dekke transportkostnader ut over det som følger av syketransportforskriften. Døgnplassene er i utgangspunktet et tilbud som kommer i stedet for innleggelse i spesialisthelsetjenesten, og ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten ville reiseutgifter bli dekket etter syketransportforskriftens regler.

6. VEDLEGG 1

RISIKO OG SÅRBARHETSANALYSE FOR KOMMUNALT ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNOPPHOLD

Eksempler på hendelser:

A. Innlagte pasient oppleves å være sykere enn forutsatt i inklusjonskriteriene
B. Pasientens tilstand forverrer seg og det tar lang tid før lege vurderer pasienten
C. Pasienter blir sykere under hele oppholdet og overføres i dårlig tilstand til sykehus

Konsekvenser:

Konsekvensområde	Ubetydelig	Lav	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
Pasient	Ingen konsekvenser for behandlingen av pasienten	Lett forverring av symptomer	Pasientens tilstand forverres, men responderer på behandling	Pasientens tilstand forverres alvorlig	Pasienten dør
Omdømme	Ingen konsekvenser	Sannsynlig liten påvirkning på omdømme	Noen av kommunens innbygger og leger er mer negative til tilbudet	Kommunens innbyggere og leger har mindre tillitt til dette tilbudet som et alternativ til sykehusinnleggelse	Kommunens innbyggere og leger har ikke tillitt til tilbudet

Kontinuitet/produksjon	Ingen reduksjon	Liten reduksjon	Lett reduksjon av innleggelser/ og mindre tillitt hos pasienter/pårørende i tilbudet	Færre pasienter innlegges fordi legene foretrekker å henvise pasienter til sykehuset. Flere pasienter/pårørende er kritiske til innleggelse i tilbudet	Pasienter henvises ikke til tilbudet
-------------------------------	-----------------	-----------------	--	---	--------------------------------------

Sannsynlighetstabell:

Lite sannsynlig	Hendelse som inntreffer sjeldnere enn en gang årlig
Mindre	Hendelse som inntreffer e en gang året
Sannsynlig	Hendelse som inntreffer flere ganger i året
Meget sannsynlig	Hendelse som inntreffer minst en gang i måneden
Svært sannsynlig	Hendelse som inntreffer ukentlig

Risikodiagram

		Konsekvens				
		Ubetydelig	Liten	Moderat	Alvorlig	Svært alvorlig
Sannsynlighet	Svært sannsynlig	5	10	15	20	25
	Meget sannsynlig	4	8	12	16	20
	Sannsynlig	3	6	9	12	15
	Mindre sannsynlig	2	4	6	8	10
	Lite sannsynlig	1	2	3	4	5

Grønn sone 1-4: Hendelser som ligger i grønne felter kan aksepteres og gir ikke grunn til å iverksette tiltak som kan redusere risikoen.

Gul sone 5-10: Hendelser som ligger i gule felter vil kunne aksepteres dersom det ikke finnes enkle forebyggende eller skadebegrensende tiltak

Rød sone 12-25: Hendelser som ligger i røde felter er hendelser som det er sterkt ønskelig å redusere risikoen for da de skjer relativt ofte og kan ha svært alvorlige konsekvenser.

Analyse av uønskede hendelser

A. Innlagte pasienter oppleves å være sykere enn forutsatt i inklusjonskriteriene

Årsaker	Sannsynlighetsgrad	Tiltak
<p>Inklusjonskriteriene for innleggelse er ikke godt nok kjent blant kommunens egne leger.</p> <p>Kommunen bruker mye innleide vikarer til legevakt som i mange tilfeller ikke kjenner inklusjonskriteriene.</p> <p>Det er sjelden kontakt mellom innleggende lege og lege tilknyttet tilbudet.</p> <p>Innleggende lege har tatt inn en pasient som oppleves for syk for det kommunale tilbudet og som spesialisthelsetjenesten vurderer ikke å ha behov for sykehusinnleggelse.</p>	Svært sannsynlig	<p>Samarbeidsavtalen omhandler rutiner som beskriver hvem som har ansvar i situasjoner der pasienten blir oppfattet å være for syk for et kommunalt tilbud.</p> <p>Informasjon om tilbudet og inklusjonskriteriene på fastlegekontorene, i allmennlegeutvalget og for legene som deltar på legevakt.</p> <p>Vurdering av legedekningen som oppjusteres. Innleggesrutinene gjennomgås og endres</p>
Konsekvenser (ved analysestart)	Konsekvensgradering	
<p>Bemanning og utstyr er dimensjonert i henhold til de pasientkategorier som er avtalt med helseforetaket. Når det legges inn sykere pasienter enn forutsatt er det en stor risiko for at behandling og oppfølging blir av dårligere enn hvis pasienten ble innlagt på sykehus</p> <p>Sykepleier på vakt står alene med dårlige pasienter og opplever dette som utrygt. Mer krevende pasienter enn forutsatt fører også til mindre oppfølging av øvrige pasienter. Det er risiko for at forverringer hos andre</p>	Svært alvorlig	<p>Fastlege/ kommunelege deltar når avtalen med HF skal revideres/ evalueres.</p>

pasienter ikke oppdages/ følges opp.		
--------------------------------------	--	--

	Før tiltak	Etter tiltak
Sannsynlighetsgrad	Svært sannsynlig	Mindre sannsynlig
Konsekvens	Svært alvorlig	Moderat
Plassering i risikodiagram		

Score før tiltak: 25 poeng

Score etter tiltak: 6 poeng

B. Pasientens tilstand forverrer seg og det tar lang tid før lege vurderer pasienten

Årsaker	Sannsynlighetsgrad	Tiltak
<p>Øyeblikkelig hjelp enheten har to timer legetilsyn på hverdagene. I helgene brukes interkommunal legevaksordning. Hvis pasientene er innlagt i helgene, når det også er stort trykk på legevakt, kan det ta tid før pasienten vurderes av lege</p> <p>Det kan være utfordrende å dekke opp med erfarne sykepleiere i helgene og ikke alle vikar-sykepleierne har tilstrekkelig vurderingskompetanse. Det kan derfor ta tid før sykepleier kontakter legevakt.</p>	Sannsynlig	<p>Det organiseres en lokal «bakvaksordning» i helgene, med leger som kan kontaktes av sykepleier ved behov. Det legges inn planlagt legetilsyn også i helgene.</p> <p>Det etableres et obligatorisk opplæringsprogram for alle sykepleiere som skal jobbe i tilbudet.</p>
Konsekvenser (ved analysestart)	Konsekvensgradering	
<p>Pasientens tilstand kan forverres og medføre alvorligere sykdom eller lengre og mer krevende behandling.</p> <p>Sykepleier blir stående alene med ansvaret, noe som vil være en belastning.</p>	Svært alvorlig	
	Før tiltak	Etter tiltak
Sannsynlighetsgrad	Sannsynlig	Mindre sannsynlig
Konsekvens	Svært alvorlig	Liten
Plassering i risikodiagram		

Score før tiltak: 15 poeng
 Score etter tiltak: 4 poeng

C. Pasient blir stadig sykere under oppholdet og overføres i svært dårlig tilstand til sykehus.

Årsaker	Sannsynlighetsgrad	Tiltak
<p>Øyeblikkelig hjelp enheten bruker legevakt til konferering og tilsyn. Det har vært forskjellige leger og sykepleiere på vakt, og all informasjon har ikke blitt notert i pasientjournal eller videreformidlet.</p> <p>Ikke alt personell har fått opplæring i riktig blodprøvetaking.</p>	Sannsynlig	<p>Det innføres et obligatorisk vurderingsskjema i samarbeid med legevakt. Rutiner og system for journalføring gjennomgås.</p> <p>I samarbeid med NOKLUS gjennomgås laboratoriefunksjonen</p>
Konsekvenser	Konsekvensgradering	
<p>Tegn på alvorlig forverrelse, som skulle tilsi at pasienten ble overført til sykehus tidligere, er ikke blitt fanget opp. Pasienten ligger på hjerteovervåkingen</p>	Svært alvorlig	

	Før tiltak	Etter tiltak
Sannsynlighetsgrad	Sannsynlig	Mindre sannsynlig
Konsekvens	Svært alvorlig	Ubetydelig
Plassering i risikodiagram		

Score før tiltak: 15 poeng
 Score etter tiltak: 2 poeng

7. REFERANSER

Deloitte (2013): Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud - Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen. Oslo: Deloitte/KS FoU.

Deloitte (2014): Spørreundersøkelse om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene: Kartlegging av status for kommuner som ikke har søkt om tilskudd til etablering og drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold per 01.03.2014. Oslo: Deloitte/Helsedirektoratet.

Deloitte (2014):. Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene: Erfaringer fra kommuner med etablerte tilbud. Oslo: Deloitte/Helsedirektoratet.

Deloitte 2014): Undersøkelse om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Januar, Oslo: Deloitte/Helsedirektoratet.

Deloitte (2015): Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene: Helseforetakenes erfaringer. Deloitte på oppdrag fra Helsedirektoratet, september. Oslo.

Den norske legeforening & Ks 2014. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Rapport fra Den norske legeforening og KS.

Helsedirektoratet (2016): Nasjonal faglig retningslinje for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler. IS-2211

Helsedirektoratet:Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for forbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005.

Helsedirektoratet (2014): Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre (DPS). Rapport IS-2156

Helse- og omsorgsdepartementet:

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=>
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=>
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=>
- Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (pasientjournalloven)
<https://lovdata.no/lov/2014-06-20-42>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q>

- Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister (Norsk pasientregisterforskriften)
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2007-12-07-1389?q>
- Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231?q>
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792?q>
- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127?q>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Meld.St. 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Samhandlingsreformen: lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder (2011).
- Prop. 15 S. (2015–2016). Proposisjon til Stortinget. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)

Kaspersen, S.L, Ose, S. O.(2015): Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015. Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. SINTEF, rapport A27362

Ose, S. O., Slettbak, R. (2013): Unødvendige innleggelse, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter- Omfang og kjennetegn ved pasientene. SINTEF, rapport A25247.

Rambøll (2015): Øyeblikkelig hjelp døgntilbud – bruk av plassene ved interkommunalt samarbeid. Rapport. Oslo: Rambøll.

Skinner, M.S (2015): Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oppsummering av kunnskap og erfaringer fra de første fire årene med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Senter for omsorgsforskning, øst. Rapportserie nr 13/2015.



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no