



Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Rapport fra Den norske legeforening og KS

Mai 2014



Innhold

| | |
|---|----------|
| RAPPORT OM KOMMUNALT ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNTILBUD | 3 |
| BAKGRUNN..... | 3 |
| Partssammensatt arbeidsgruppe | 3 |
| HVA MENER LEGEFORENINGEN OG KS ER VIKTIG VED ETABLERING AV TILBUDET 4 | 4 |
| Aktiv deltakelse av leger ved planlegging av tilbudet | 4 |
| Lokale behov bør styre organiseringen av tilbudet | 4 |
| Pasienter som kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil kunne omfatte..... | 4 |
| Observasjonssenger | 5 |
| LEGENES DELTAKELSE I TILBUDET..... | 6 |
| Bemanning av planlagt tilsyn..... | 6 |
| Beredskap for utrykning ved akutt behov | 6 |
| Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud – prosedyrer og kapasitet på tilbudet | 7 |
| OPPSUMMERING | 8 |

Deltakere i arbeidsgruppen:

Legeforeningen: Hanne Riise-Hanssen, Gorm Are Grammeltvedt, Lars Duvaland, Kari Sollien, Barbro Kvaal, Petter Brelin

KS: Rune Hallingstad, Anders Grimsmo, Vegard Vige, Kari Rolstad, Anne Tøndevold, Torun Risnes

Rapport om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Bakgrunn

I 2016 får kommunene i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5, plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Tilbudet fases inn i alle landets kommuner i løpet av de fire årene 2012-2015, jf. Prop. 91 L (2010-2011) og Innst. 424 L (2010-2011). Med døgnopphold for øyeblikkelig hjelp menes et kommunalt tilbud av helse- og omsorgstjenester til personer som har et behov for hjelp som er påtrengende nødvendig og som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Kommunenes utgifter til øyeblikkelig hjelp døgntilbudet fullfinansieres. I innfasingsperioden vil kommunene få midlene etter hvert som tilbudene etableres. Halvparten av midlene gis som øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet, og resten som overføring fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Kravet for å utløse tilskuddet er at kommunen har inngått samarbeidsavtale med helseforetaket. Avtalen må inneholde forpliktende og konkrete planer om etablering av tilbudet i det året det søkes midler for. Det er kun i etableringsåret kommunene søker om midler. Fra 2016 tas det sikte på at midlene i sin helhet innlemmes i rammetilskuddet til kommunene.

Helsedirektoratet har gitt ut veiledningsmateriell som beskriver tilbudet nærmere.

Veiledningsmaterialet henvender seg til både kommuner og helseforetak. Det gir veiledning og faglige innspill til planlegging, etablering og drift, samt til utarbeidelse av samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetakene

Erfaringene så langt viser at det er uklarheter om organisering av legetjenesten i forbindelse med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud og at det er enkelte utfordringer med å komme frem til hensiktsmessig organisering av legetjenesten. Dette har ført til at det er store variasjoner ute i kommunene. Det er ikke mulig, eller ønskelig, at alle landets kommuner organiserer kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud helt likt. Kvaliteten på tilbudet som gis i det kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet bør imidlertid ikke variere for mye, og det er derfor behov for å beskrive noe sentrale utgangspunkt nærmere i denne rapporten.

Partssammensatt arbeidsgruppe

KS og Legeforeningen var enige om å nedsette en partssammensatt arbeidsgruppe som skulle se på organisering av legetjenesten for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Arbeidsgruppen legger frem en kortfattet rapport som oppsummering av arbeidet. Rapporten er ikke ment å være en uttømmende. Den viser imidlertid hvordan partene i felleskap vurderer en del sentrale forhold ved ordningen.

Hva mener legeforeningen og KS er viktig ved etablering av tilbudet

Aktiv deltakelse av leger ved planlegging av tilbudet

Fastlegen, legevaktlegen og poliklinikklegen har nøkkelroller i styring av pasientstrømmene, blant annet når bruk av kommunale tilbud eller innleggelse på sykehus skal vurderes. Fastlegens/legevaktlegens kunnskaper om kommunens tilbud er viktig for legens vurdering av hva som er et adekvat og forsvarlig tjenestetilbud. Tidlige erfaringer tyder på at kommuner som organiserer sitt tilbud i samarbeid med kommunens leger, lykkes i å etablere gode tilbud som blir brukt av legene. Samarbeid mellom legene og kommunen er derfor svært viktig, særlig i planleggingsfasen, men også i driftsfasen. Her bør lokale samarbeidsutvalg (LSU) spille en sentral rolle.

Lokale behov bør styre organiseringen av tilbudet

Det vil være stor variasjon i hvordan kommunene organiserer kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud herunder hvilket behov for legebemanning som er nødvendig. Kommunestørrelse, geografi og nærhet til sykehus og andre helsetilbud er noen av elementene som har betydning for hvordan tilbudet bør organiseres og dimensjoneres. Uavhengig av organisering må det klare målet for alle tilbudene være å unngå sykehusinnleggelser der dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en medisinskfaglig vurdering.

Hvordan tilbudet organiseres er avgjørende for hvilke grupper pasienter det er forsvarlig å legge inn i øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. Et sentralt mål i samhandlingsreformen er å gi tjenester nærmere der pasienten bor. Det nye kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbudet må derfor ikke organiseres slik at det fører til økt fragmentering av tjenestene. I etableringsfasen er det viktig å tenke langsiktig og helhetlig og lære av de erfaringer som gjøres underveis.

Pasienter som kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil kunne omfatte

Hvilke pasienter som forsvarlig og godt kan få tilbud i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil variere avhengig av hvordan tilbudet er organisert og av lokale forhold. Det må være et samsvar mellom nivået på bemanning, kompetanse, og utstyr og hvilke pasientgrupper det gis tilbud til.

Det vil dels dreie seg om *stabile pasienter med avklart diagnose* som kan undersøkes og behandles etter vanlige allmennmedisinske prinsipper og prosedyrer, men hvor det foreligger en funksjonsnedsettelse pga. aktuell sykdom. Dette gjør at pasienten ikke greier seg selv og må ha døgntilbud og tilsyn og hjelp, enten i sykehjem eller hjemme i en begrenset periode. For mange i denne gruppen vil transport og skifte av omgivelser representere en stor belastning med en risiko for forverring eller forlengelse av sykdomsforløpet. Dette gjelder oftest skrøpelige eldre og noen ganger pasienter med langt kommet kronisk sykdom. Dette er en pasientgruppe som i hovedsak har behov for akutte pleie- og omsorgstjenester.

Dette er et tilbud som har fungert lenge i mange kommuner, og tilsvarer det tilbudet mange sykestuer har representert. Kommunene Steigen, Saltdal og Meløy har etablert et øyeblikkelig hjelp døgntilbud i sykehjem¹.

Mange kommuner har imidlertid ikke hatt et lokalt døgntilbud for gruppen pasienter det her er tale om. De er blitt innlagt i sykehus. Et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil i mange kommuner bety et tilbud nærmere hjemmet. Det faglige tilbudet og tjenester ved sykehjem varierer stort slik at selv for denne kategorien pasienter vil det kunne kreve et betydelig løft i en del kommuner, mens for andre blir det liten endring. Uavhengig av organisering må det klare målet for alle tilbudene være å unngå sykehusinnleggelse der dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en medisinskfaglig vurdering.

Det vil også dreie seg om *stabile pasienter hvor diagnose ikke er helt avklart*, men hvor mistanken om alvorlig sykdom og akutt livstruende forverring er vurdert som liten. Dette er pasienter hvor observasjon en kortere tid regnes som forsvarlig og med stor sannsynlighet vil kunne avklare behovet for helsehjelp. Fordi det gjelder personer med uavklart diagnose, bør det være tilgang til diagnostisk utstyr som er noe mer enn ved et vanlig sykehjem og hvor det er mulig å tilkalle lege på kort varsel. Det bør understrekes at spesialisthelsetjenesten er pliktig til å gi veiledning til kommunenes tilbud. Hva dette skal omfatte bør formaliseres i samarbeidsavtalen med sykehuset.

Om pasienten er aktuell for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud må avgjøres mellom innleggende lege og den som overtar ansvaret. Der en annen lege overtar det medisinske ansvaret skal innleggende lege ta kontakt med vedkommende, hvis det er hensiktsmessig. Øyeblikkelig hjelp døgntilbudet må ikke være til hinder for at de pasientene som trenger sykehusinnleggelse blir innlagt sykehus. Hvilke pasientgrupper som er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil avgjøres av kommunens tilbud, men en enkel diagnoseliste kan bidra til å gjøre innleggingsvalget lettere.

Det er viktig at pasientene som blir innlagt i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud føler seg trygge og ivaretatt og at behandling skjer i henhold til tydelige prosedyrer. At pasienter og pårørende føler seg ivaretatt er avgjørende for at tilbudet skal fungere etter intensjonen.

Observasjonssenger

Det finnes erfaring med observasjonsplasser i tilknytning til felles akuttmottak² og DMS. Hallingdal sjukestue³ og Fosen DMS⁴ er gode eksempler på det siste. Det kan også være

¹ Skodvin KD, Aaraas JI, Forshei AK, Jonsbu M. Øyeblikkelig hjelp-oppgaver for sykehjem i små kommuner. Tidsskr Nor Legeforen 2012;132(7):792-4. Available from: <http://tidsskriftet.no/article/2246301>.

² Thybo NK, Rønning K. Felles Akutt Mottak - Visjonen om én gang ett sted - et uopnåelig mål? Oslo: Institutt for helseledelse og helseøkonomi, UIO; 2010. Available from: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/30222/Master-Thybo-ronning.pdf?sequence=1>

³ Lappegard Ø, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital: Experiences from Hallingdal sjukestugu. Scand J Public Health 2012 June 1, 2012;40(4):309-15. Available from: <http://sjp.sagepub.com/content/40/4/309.abstract>

aktuelt knyttet til større stasjonære legevakter bemannet og utstyrt for formålet og som ligger i nærheten av sykehus. Om lag 20 % av legevaktene i Norge har observasjonssenger⁵. Det er sjelden aktuelt at pasienten skal observeres mere enn noen timer. Observasjonstiden kan føre til at pasienten sendes hjem, legges inn i sykehus eller får innleggelse i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Hva som er riktig avgjøres av pasientens tilstand og det tilgjengelige medisinske tilbudet. Det bør være avtalt lett tilgang til konferanse mellom legen som har ansvar for det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet og spesialisthelsetjenesten.

Legenes deltakelse i tilbudet

Bemanning av planlagt tilsyn

Kommunene har ansvar for å sørge for forsvarlige tjenester etter helse- og omsorgsloven. Dette omfatter også ansvar for å sikre tilstrekkelige legetjenester i samband med det kommunale øyeblikkelige hjelp døgntilbudet. Kommunen inngår arbeidsavtaler med leger om bemanning av tjenesten på vanlig måte. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold er en annen allmenne oppgave etter fastlegeforskriften § 12. Det betyr at på dagtid (kl 8-16 på hverdager) kan det inngås avtaler med fastleger om å delta i bemanningen av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud innenfor forpliktelsen på 7,5 timer per uke. I dette ligger at dersom man ikke lykkes i å inngå frivillige avtaler, kan legene tilpliktes slikt arbeid.

For å sikre gode tjenester bør det søkes å finne løsninger som sikrer kontinuitet i pasientarbeidet. Færre, men større stillinger, vil derfor være å foretrekke fremfor mange leger i små stillinger.

Beredskap for utrykning ved akutt behov

Vaktberedskap og tilsynsordning i tilknytning til et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud er avhengig av hvilke medisinske behov pasientpopulasjonen det aktuelle kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud har.

Stabile pasienter med *avklart diagnose* som kan undersøkes og behandles etter vanlige allmenne medisinske prinsipper og prosedyrer, vil ofte være skrøpelige eldre med en funksjonssvikt. Det er i dag flere av dem som bor hjemme enn i sykehjem. Det har vist seg at de ikke er vesentlig annerledes enn pasienter som bor på sykehjem og som blir dårligere. Forskjellen til nå har vært at mens sykehjemspasientene får undersøkelse og behandling på sykehjemmet har de hjemmeboende blitt lagt inn på sykehus.

Oppretting av et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i sykehjem for hjemmeboende pasienter krever derfor ikke beredskap på et høyere medisinsk nivå enn det som sykehjemmet

⁴ Olsen MS, Håland E. En evaluering av Fosen DMS som kompetanseaktør. Trondheim: Samfunnsforskning AS, NTNU; 2013. Available from: <http://samforsk.no/Sider/Publikasjoner/En-evaluering-av-Fosen-DMS-som-kompetanseakt%C3%B8r.aspx>

⁵ Zakariassen E, Nieber T, Hansen E, Bondevik G, Hunskaar S, Blinkenberg J, et al. Organisering av legevakt. Tidsskr Nor Lægeforen 2007;127:1335-8. Available from: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1531218

ordinært har for sykehjemspasienter som blir dårligere. En forutsetning er imidlertid at den legen som rekvirerer øyeblikkelig hjelp innleggelse i sykehjemmet, skriver en fullverdig henvisning som også inneholder en plan for behandling og hva som skal observeres. I de kommunene som har opprettet et slikt tilbud, vurderer tilsynslegen situasjonen til pasienten ved første anledning og bestemmer når pasienten kan utskrives. Opprettelse av et slikt nytt tilbud vil føre til at flere og sykere pasienter behandles i kommunene. Dimensjonering av legetjenesten ved kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud må ses i sammenheng med de øvrige legetjenestene i kommunen. Dette bør vurderes lokalt.

Dersom belastningen på legevakten blir for stor på grunn av etableringen av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud, kan kommunen vurdere å styrke bemanningen av den ordinære legevakten. Dersom dette ikke er mulig, kan det være nødvendig å etablere en egen beredskapsordning. Det er viktig at det foretas en løpende vurdering av om bemanning, vaktberedskap, fasiliteter og utstyr til enhver tid er riktig og forsvarlig.

Når det gjelder pasienter med *uavklart diagnose* kreves det lege tilstede eller tilgjengelig for oppmøte straks. Dette er som regel tilfelle ved stasjonære legevakter med observasjonssenger og ved DMS. Flere kommuner har også sett seg tjent med å organisere øyeblikkelig hjelp sammen med andre tjenester i sykehjem (korttidsplasser, rehabilitering, intermedieropphold, palliativ behandling) for å styrke den faglige bemanningen og øke fleksibiliteten. Som grunnlag for hvordan vaktordninger bør bemannes vil en risiko-sårbarhetsanalyse kunne gi et godt grunnlag for beslutninger. I analysen må man i tillegg til den ordinære legevakttjenesten også ta med ambulanse og AMK.

Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud – prosedyrer og kapasitet på tilbudet

Kommunenes bruk av sykehustjenester varierer betydelig. Dette kan ikke forklares med variasjon i sykdomsforekomst. Bruk av sykehustjenester er størst for de kommunene som ligger nærmest sykehusene. Kommunenes behov for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud er ulikt.

Hva som må etableres for å ivareta kapasitetskravet, varierer betydelig. Erfaringstall fra de etablerte tilbudene så langt viser at mange kommuner sliter med å få utnyttet dette tilbudet, og har lav beleggsandel på sine plasser, helt ned mot 20-30 %.

Det er grunn til å anta, hvilket også støttes av de foreløpige erfaringer blant annet fra Østfold, at utnyttelsesgraden vil øke med økende faglig tjenestenivå, særlig tilstedeværelse av legetjeneste. Hva kommunene kan forvente å oppnå av utnyttelsesgrad vil derfor avhenge av hvor mye som legges inn i tilbudet av tilgjengelig helsepersonell, behandlings- og overvåkingmuligheter, tilgang til laboratorietjenester og billeddiagnostikk. Det er en erfaring fra etablerte kommunale ordninger at ved for krevende innleggelsesprosedyrer, vil legene heller velge innleggelse i sykehus, spesielt når det blir travelt.

Oppsummering

- Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud er en ny lovmessig tjeneste.
- Faglig forsvarlighet må ligge til grunn for etableringen av virksomheten
- Ulike modeller og løsninger for etableringene er mulig, avhengig av lokale behov og lokale muligheter
- Kommunens leger bør delta i planleggingen av etablering av virksomheten
- Det er behov for klare skriftlige prosedyrer for virksomheten.
- Det er behov for tydelig avklarte ansvarsforhold for hele pasientforløpet
- Det må være sammenheng mellom hvordan tilbudet organiseres og hvilke behandlingstilbud som kan gis og hvilke pasienter som kan behandles
- Det er sammenheng mellom hvor mye legetjeneste tilbudet disponerer og hvilken reell kapasitet som kan hentes ut
- Det bør foreligge prosedyrer som gjør det enkelt for leger å legge inn pasienter i tilbudet. Det må fremgå klart om innleggende lege må forordne behandling og ta ansvaret for oppfølgingen, eller om det er lege i tilbudet som tar imot pasienten og overtar ansvaret ved innleggelse.
- Store enheter anbefales å dekke det meste av legebehovet ved egne dedikerte leger tilknyttet virksomheten
- I legevakter med marginal kapasitet vil etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud utløse behov for styrket bemanning ved legevakten, eventuelt opprettelse av egen beredskapsordning.