



**Deloitte.**

KS FoU-prosjekt nr. 134018:

# Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene

- Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen



**Tittel:** Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud - Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen

**Forfattere:** Matthias Baaske  
Kristin Horn Bringedal  
Hein Enger Halvorsen  
Helge Torgersen

**Dato:** November 2013

**Finansiering:** KS (Kommunesektorens organisasjon)

**Prosjekt:** Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene

**Prosjektleder:** Matthias Baaske

**Kvalitetsansvarlig:** Helge Torgersen

**Emneord:** Samhandlingsreformen  
Øyeblikkelig hjelp

# Forord

Denne rapporten er et resultat av et FoU-prosjekt utført av Deloitte AS for KS (kommunesektorens organisasjon) i perioden mai til september 2013.

Samhandlingsreformen er den siste store velferdsreformen i Norge. I tillegg til å være en velferdsreform er den også en forvaltningsreform grunnet overføring av helsetjenester fra staten til kommunene. I praksis innebærer dette at kommunene skal påta seg flere oppgaver innenfor en pasients behandlingsforløp.

I tillegg til ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én og kommunal medfinansiering, skal kommunen innen 1. januar 2016 ha etablert et øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen som dekker behovet for kommunens innbyggere. Kommunenes utgifter til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud er beregnet til 1 048 millioner kroner årlig fra 2016 (2012-kroner). Tilbudet fullfinansieres gjennom overføring av midler fra helseforetakenes driftsrammer til kommunene. Budsjettmessig forutsettes det at en fjerdedel av kommunene etablerer et tilbud hvert år i perioden 2012-2015. Kommunene som starter opp i løpet av denne fireårsperioden får halvparten som tilskudd fra Helsedirektoratet, og den andre halvparten fra helseforetaket når tilbudet er etablert. Fra 2016 tas det sikte på at midlene i sin helhet innlemmes i rammetilskuddet til kommunene.

Arbeidet er utført av Deloitte AS ved Kristin Horn Bringedal, Hein Enger Halvorsen og Matthias Baaske, med sistnevnte som prosjektleder og Helge Torgersen som prosjektansvarlig partner.

Torun Risnes har vært prosjektansvarlig på vegne av KS. Rådmannsutvalget i Aust-Agder har vært referansegruppe i prosjektet.

Deloitte vil takke KS for et spennende og faglig krevende oppdrag, samt inspirerende diskusjoner. Vi vil også takke alle kommunene som har svart på spørreundersøkelsen, informantene som stilte opp til intervju, kommunalt øyeblikkelig døgnopphold i Oslo kommune for besøk og omvisning, og forskningsmiljøet ved Høgskolen i Gjøvik ved Marianne Skinner for godt samarbeid.

Videre håper vi at arbeidet gir nytteverdi til diskusjonene rundt samhandlingsreformen og etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Oslo, 7. november 2013

Deloitte AS



Helge Torgersen  
prosjektansvarlig  
partner, Deloitte AS



Matthias Baaske  
prosjektleder  
senior manager, Deloitte AS

# Sammendrag

Denne studien har hatt som formål å kartlegge status for etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Det har blitt gjennomført en spørreundersøkelse for alle landets kommuner der 79 % av kommunene svarte. I tillegg ble det utført dybdeintervju med 15 kommuner.

Hovedfunnene i studien er beskrevet nedenfor:

## **Over halvparten av kommunene er godt i gang med etableringen av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud**

198 kommuner (58 % av respondentene) har enten åpnet et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud, eller er i ferd med å etablere et slikt tilbud. Hovedvekten av kommunene som per i dag ikke har etablert et tilbud er i en prosess for å få det etablert, der ulike alternativer utredes. Andelen kommuner som ikke har søkt om tilskudd ennå, er størst blant små kommuner

## **3 av 4 kommuner har inngått interkommunale samarbeid**

Både blant små og store kommuner, er det mest vanlig å inngå samarbeid med én eller flere nabokommuner. Likevel er slike interkommunale samarbeid mest vanlig blant de små kommunene. Hovedsakelig samarbeider mindre kommuner på grunn av økonomiske og ressursmessige årsaker, i tillegg til et ønske om et mer robust tilbud med styrket faglighet. Blant større kommuner vektlegges ikke disse hensynene like mye, ettersom de har i større grad har forutsetninger for å drive alene.

## **De fleste kommunene har etablert tilbudet i tilknytning til legevakt eller sykehjem**

Majoriteten av kommunene har organisert tilbudet i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og de fleste tilbudene er også fysisk plassert i tilknytning til kommunale enheter. Blant kommunene som inngår i interkommunale samarbeid, er det mest utbredt å etablere tilbudet i tilknytning til legevakt. Kommunene som ikke samarbeider har i større grad etablert tilbudet i tilknytning til sykehjem.

## **Samhandling med legene er den viktigste suksessfaktoren**

Svært mange kommuner trekker fram samhandlingen med legene som helt avgjørende for etablering og bruk av tilbudet. Det er tydelig at legenes samarbeid, samt kjennskap til tilbudet er av stor betydning, gitt tilbakemeldingene fra de åpne kommentarene i undersøkelsen samt intervjuene. En suksessfaktor som nevnes hyppig er å involvere legene i hele prosessen, slik at de får eierskap til tilbudet og dermed tar det i bruk ved å legge pasienter inn. Hvor stor andel utgjør disse mange? Hvis dette er hentet de fra 15 dybdeintervjuene, er det uheldig å generalisere.

### **Dette er kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud:**

- Etableringen av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud er et ledd i samhandlingsreformen, der mer av ansvaret for pasientforløpene overføres til kommunene
- Tilbudet skal rettes mot pasienter som har behov for medisinsk behandling, men hvor sykehusinnleggelse ikke er nødvendig
- Alle kommuner må etablere et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen 1.januar 2016

### **Tilbudet får positive tilbakemeldinger fra kommunene, pasienter og ansatte**

Tilbakemeldingene fra ansatte og pasienter er i følge kommunene positive så langt, og mange sykepleiere opplever arbeidshverdagen som mer faglig utfordrende og stimulerende. Kommuner som har hatt et tilsvarende tilbud over lenger tid har gode erfaringer med dette, og mener tilbudet treffer et behov i befolkningen. Blant kommunene som har åpnet et tilbud antyder flertallet at døgntilbudet har medført en reduksjon i antall sykehusinnleggelse.

### **Majoriteten av små kommuner har ikke et tilbud lokalisert i egen kommune**

Åtte av ti små kommuner inngår i interkommunale samarbeid. Blant kommunene som samarbeider oppgir 75 % av respondentene i spørreundersøkelsen at deres kommune ikke er vertskommune for tilbudet. Dette betyr at for de fleste små kommunene er tilbudet plassert i en nabokommune. Større kommuner er i langt høyere grad vertskommuner for tilbudene, ettersom det mest utbredte er med samarbeid mellom flere små kommuner og minst en stor, eller mellomstor kommune.

### **Det er variasjoner i kommunenes tilbud**

Det er gjennomgående en del variasjon i hvordan kommunene organiserer og drifter sitt øyeblikkelige hjelp døgntilbud, både mellom og på tvers av kommunestørrelse. I hvilken grad variasjon på de ulike områdene påvirker tilbudet og har konsekvenser for pasientbehandlingen er ikke kartlagt i denne studien, men er et viktig område å studere nærmere.

### **Det er for tidlig å trekke konklusjoner**

Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud er fortsatt i oppstartsfasen og kommunene har begrenset med erfaring på nåværende tidspunkt. Det er dermed vanskelig å trekke konklusjoner om hvordan tilbudet bør organiseres og driftes på et generelt grunnlag. Basert på tilbakemeldingene fra kommunene, er det en rekke faktorer som er av betydning for et velfungerende tilbud. Særlig legger kommunene vekt på samhandling og samarbeid mellom alle involverte parter.

## **Anbefalinger fra kommunene til etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud**

### Suksessfaktorer:

- Involvering av alle berørte parter i hele prosessen (planlegging, etablering og drift)
- Samhandling og dialog mellom alle involverte parter
- Sikre at alle berørte parter opplever eierskap til tilbudet
- Legge til rette for samhandling og dialog i form av felles møtearenaer
- Kompetanseheving blant sykepleiere, gjerne ved hospitering på sykehus

### Innspill og råd i forbindelse med etablering:

- Oppstart av tilbudet i småskala, både for å høste erfaringer underveis, men også fordi bruken ser ut til å øke etter hvert som tilbudet blir kjent i kommunen
- Inklusjonskriterier - både diagnose og funksjonsnivå hos pasienten er viktig
- Interkommunalt samarbeid for mindre kommuner som har knapphet på ressurser og/eller svært få pasienter
- Interkommunalt samarbeid gir et større fagmiljø, mer erfaring og et mer robust tilbud
- Å etablere tilbudet i egen kommune kan gi et tilbud som i større grad treffer kommunens behov og medfører større nærhet mellom pasient og behandler og kan forenkle samarbeidet mellom ulike involverte instanser
- Å legge tilbudet til eksisterende enheter medfører mindre ressursbruk
- Å legge tilbudet til legevakt, i stedet for sykehjem, kan medføre økt bruk (også flere yngre pasienter) ettersom flere leger og pasienter opplever det tryggere (ved bl.a. nærhet til lege døgnet rundt) og mer attraktivt å være tilknyttet legevakten
- Fysisk plassering av tilbudet påvirker også muligheter for samhandling, ettersom ansatte som befinner seg i nærheten av hverandre i større grad tar kontakt ved behov for dialog og samhandling

# Summary

The aim of this study was to survey the status of changes in the establishment of the “24 hours immediate help (IH24)” health care service in Norwegian municipalities.

The study was conducted as a national survey (electronic questionnaire) with a response rate of 79 %. Qualitative interviews were conducted in 15 of the municipalities.

## Main findings:

### **IH24 is well underway in more than half of the municipalities**

198 municipalities (58 % of the sample) have launched the service or are about to do so. The majority of the remaining municipalities are in a process where alternatives are surveyed and evaluated. The proportion of municipalities who have not already applied for funding is highest among the small municipalities (in terms of inhabitants).

### **3 of 4 municipalities are engaged in cooperation across municipalities**

Cooperation between the municipalities are common among big and small municipalities alike, though more typical in the small municipalities. This is largely explained by scarcity of resources (financially and otherwise), yet also by the wish to strengthen the quality of the provision. These concerns are less emphasized by the larger municipalities, as they have better conditions to run the service by themselves.

### **A majority of the municipalities establishes IH24 in connection to Emergency Rooms (ERs) or nursing homes**

IH24 is closely linked to the existing health and care provision in most municipalities, and frequently located together physically. Among the municipalities with formal inter municipal cooperation; IH24 is more frequently linked with the ERs, while it is more common to locate the provision together with nursing homes for the remaining municipalities.

### **Cooperation with the medical doctors is the most important success factor**

A large number of the respondents emphasize cooperation with medical doctors as decisive for the establishment and use of the new service. From the qualitative interviews, it seems fair to conclude that the doctors' willingness to cooperate, as well as their familiarity with IH24, are crucial factors. The doctors should be involved throughout the whole process of establishing this service, in order to increase their willingness to make use of it for their patients. A number of respondents emphasize the significance of individual doctors' attitudes and engagement in the efforts to establish the new service.

### **IH24 is positively met by the municipalities, the patients, and the health care professionals**

The feedbacks from patients and professionals are so far positive, according to the municipalities. A number of the nurses see their work as more professionally stimulating.

### **Immediate help – 24 hours service (IH24)**

- Part of the Coordination Reform which involves an increase in the municipalities' responsibilities for health care provision
- IH24 is an outpatient service, meant for patients without a clinical need for hospital care
- All municipalities are expected to establish IH24 by January 1. 2016

Municipalities with a longer experience with the service report positive experiences, and claim that it meets a demand in the population.

### **For a majority of the small municipalities, IH24 is located outside the municipality**

Eight out of ten small municipalities cooperates with others. Among the cooperating municipalities, 75 % are not the host municipality for IH 24. This means that for the majority of small municipalities IH 24 is located in a nearby municipality. Larger municipalities are to a much greater extent host municipality, since the most common cooperation organization are between several small municipalities and at least one medium or big municipality.

### **Relative large variations in organization of the service among municipalities**

The report describes a relatively large variation among municipalities in the way IH24 is organized and run. The report does not, however, analyze how such variation impact on the quality of the service in this study. This is an important task for further analysis.

### **Too early to draw conclusions**

Since IH24 is in its very beginning, the municipalities have limited experience and evidence. It is therefore premature to draw general conclusions about an optimal organization of the service. At the moment, all the municipalities put a particular emphasis on the value of cooperation between all stakeholders.

### **Recommendations from the municipalities**

#### Success factors:

- Involvement of all stakeholders at every stage (planning, establishment, implementation)
- Cooperation and dialogue among all stakeholders
- Ensure that all stakeholders have an ownership to the service
- Facilitate dialogue and cooperation in terms of common arenas
- Strengthen the professional competence of nurses, e.g. through internships in hospitals

#### Other recommendations:

- Establish the service for a smaller group of patients to begin with. Both in order to evaluate on the way and also to increase the service as it gets more well known in the municipality
- The municipalities emphasize the patient's diagnosis as well as the functional level as important criteria for the selection of patients for this type of service
- Inter-municipal cooperation is crucial for smaller municipalities for a more efficient provision
- Inter-municipal cooperation allows for more experiences, more professionals, and a more robust service.
- There are reasons to establish IH24 in one's own municipality: The service can be tailor made to demand; it involves a closer relation between patients and health care professionals; and may facilitate cooperation between stakeholders
- Establishment of IH24 in relation to existing health care facilities requires fewer resources
- IH24 located together with ERs is likely to involve more use of the service. Both patients and doctors seem to consider this as a safer service
- The physical location of IH24 influences the opportunity for cooperation, since physical proximity increases dialogue between professionals



# Innholdsfortegnelse

Forord .....	III
Sammendrag.....	IV
Summary.....	VII
1. Innledning.....	10
1.1 Om samhandlingsreformen og etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene ..	10
1.2 Øyeblikkelig hjelp døgntilbud .....	12
1.3 Lovverk og forskrifter knyttet til etableringen .....	12
1.4 Metode, datagrunnlag og avgrensninger i rapporten .....	13
2. Informasjonsinnsamling og dataanalyse .....	16
2.1 Utvikling av øyeblikkelig hjelp innleggelse på sykehus 2010-2013 (1. tertial).....	16
2.2 Søknader om tilskudd til Helsedirektoratet .....	18
3. Spørreundersøkelse .....	20
3.1 Oppsummering.....	20
3.2 Funn fordelt etter kommunestørrelse .....	22
3.3 Svarprosent fordelt etter utvalgte bakgrunnsvariabler .....	25
3.4 Overordnede funn .....	26
3.5 Tilskudd til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud .....	29
3.6 Organisering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud .....	35
3.7 Erfaringer fra kommuner som har åpnet øyeblikkelig hjelp døgntilbud.....	39
3.8 Database i tilknytning til spørreundersøkelsen .....	47
4. Intervju og casestudie .....	48
4.1 Overordnede funn .....	48
4.2 Prosess, organisering og bruk av tilbudet .....	49
4.3 Samhandling .....	51
4.4 Erfaringer fra Nordnorske sykestuer .....	53
4.5 Case studie – KAD i Oslo kommune.....	53
5. Vurdering og anbefaling .....	55
5.1 Vurdering av undersøkelsens hovedfunn.....	55
5.2 Anbefalinger knyttet til prosessen rundt etablering av tilbudet .....	55
5.3 Anbefalinger knyttet til organiseringen av tilbudet .....	56
5.4 Anbefalinger knyttet til bruken av tilbudet.....	57
5.5 Konkrete råd fra kommuner som har startet opp .....	57
6. Referanser.....	59
7. Appendiks.....	61

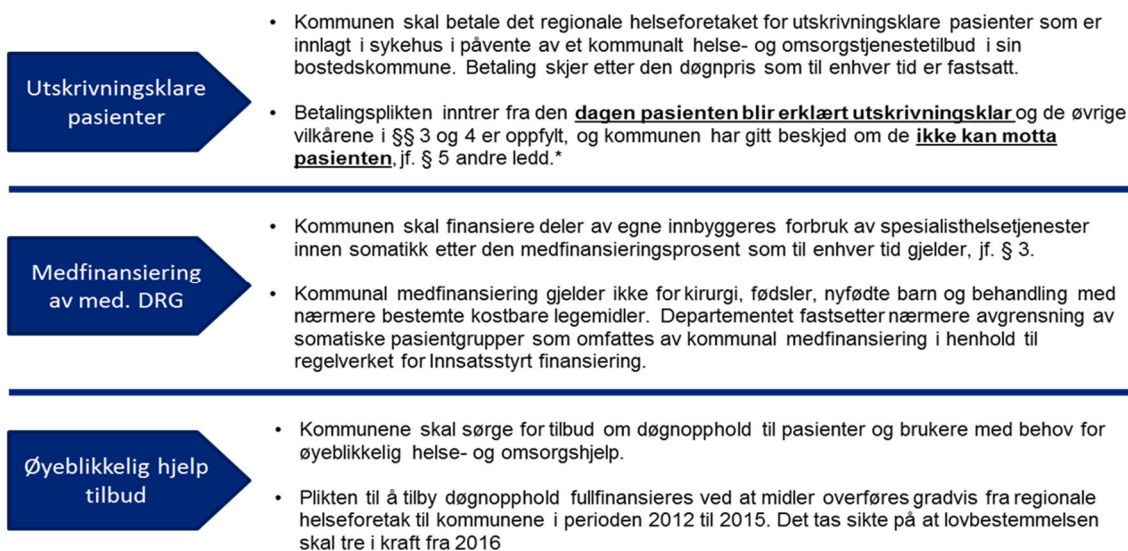
# 1. Innledning

## 1.1 Om samhandlingsreformen og etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene<sup>1</sup>

Samhandlingsreformen har virket fra 1. januar 2012, og reformen innføres gradvis over en periode på fire år. Med samhandlingsreformen legger regjeringen til rette for et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker for å sikre innbyggerne rett behandling på rett sted til rett tid. Reformen skal blant annet bidra til bedre forebygging og at det tas ansvar tidlig.

### Samhandlingsreformens økonomiske virkemidler<sup>2</sup>

Samhandlingsreformens økonomiske virkemidler



Figur 1: Samhandlingsreformens økonomiske virkemidler; Deloitte egen framstilling

Ved siden av de økonomiske virkemidlene skal lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus bidra til at pasienter og brukere opplever helhetlige, koordinerte og sammenhengende helsetjenester. Samarbeidsavtalene skal bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenestene er samordnet, og at det er klart hvem som skal yte de aktuelle tjenestene. Kommunene får videre et tydelig ansvar for befolkningens helse gjennom den

<sup>1</sup> Begrepet kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud er KS sitt foretrukne begrep på behandlingstilbudet denne rapporten omtaler. Betegnelser som benyttes om tilbudet i andre sammenhenger er kommunal akutt døgntilbud (KAD), ø-hjelp og øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

<sup>2</sup> DRG (Diagnose Relaterte Grupper) er et pasientklassifiseringssystem hvor man grupperer sammen pasienter som er tilnærmet like i medisinsk forstand og som krever tilnærmet like mye ressurser å behandle. DRG brukes ofte som grunnlag for aktivitetsbasert finansiering, som for ISF-ordningen i Norge.

nye folkehelseloven og fra 2016 innføres en ny kommunal plikt for å tilby døgnopphold til personer med behov for øyeblikkelig hjelp.

Samhandlingsreformen medfører at kommunene stilles overfor nye utfordringer. Hvordan kommunene håndterer lovendringene er viktig å kartlegge for å få informasjon om hvilke konsekvenser lovendringene har for kommunene, samt for å kunne tilrettelegge for en best mulig helsetjeneste for alle involverte parter. I forbindelse med innføringen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene, ønsket KS å kartlegge hvor langt kommunene har kommet, og er kommunene i rute i forhold til å ha etablert øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen 2016? Hvis ikke, hva er årsaken til at de ikke klarer å følge opp tidsplanen i reformen?

Da prosjektet ble i gang, hadde flere kommuner allerede etablert et øyeblikkelig hjelp døgntilbud eller var klare til å starte opp, mens mange ikke hadde startet planleggingen. Et viktig formål med prosjektet var dermed å dekke hele spekteret av etableringsfaser kommunene befant seg i, for å få et korrekt bilde av situasjonen/status. Samtidig var det ønskelig med et særlig fokus på kommuner som hadde etablert et tilbud, for å innhente relevant erfaring som andre kommuner kan ha nytte av framover.

Aktuelle problemstillinger i prosjektet var:

- Hvordan er kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgntilbudet organisert?
- Herunder: Hvilke variabler påvirker etablering av tilbudet?
- Hvilke kriterier anvendes for utvelgelse av pasientene som skal kunne benytte tilbudet?
- Mener kommunene at øyeblikkelig hjelp døgntilbud fører til reduksjon av innleggelse? Hvordan blir bruken av tilbudet registrert/dokumentert?
- Er tilskuddet fra Helsedirektoratet og helseforetaket tilstrekkelig til å finansiere øyeblikkelig hjelp døgntilbudet? Hva har opprettelsen kostet og hvor mye fikk kommunen bevilget?

I tillegg skulle prosjektet drøfte funnene og gi anbefalinger om kommunenes videre arbeid med etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

## 1.2 Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Kommunene kan tilby øyeblikkelig hjelp fra og med 2012 og fra 2016 blir det en lovfestet plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold for personer med behov for øyeblikkelig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Tilbudet vil være et alternativ til sykehusinnleggelse. Med døgnopphold for øyeblikkelig hjelp menes innleggelse av personer som har et behov for hjelp som er påtrengende nødvendig, men tilstanden må ikke være kritisk eller livstruende. Det kommunale tilbudet med øyeblikkelig hjelp døgntilbud skal være minst like godt som hva sykehuset kan tilby, og tilbudet skal bli til gjennom et samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tjenestene kan knyttes opp til allerede etablerte tilbud, slik som sykehjem eller interkommunal legevakt. For mange kommuner er det også hensiktsmessig å etablere interkommunale samarbeid for å kunne levere tjenester innen øyeblikkelig hjelp døgntilbud på en god måte.

Kommunenes utgifter til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp er beregnet til 1 048 millioner kroner årlig fra 2016. Kommunenes utgifter fullfinansieres gjennom overføring av midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. I innfasingsperioden vil kommunene få midlene etter hvert som tilbudene etableres. Halvparten av midlene gis som øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet. 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. De påfølgende år vil kommunene i utgangspunktet automatisk få videreført tilskuddsmidlene fram til tilskuddet innlemmes i rammetilskuddet fra 2016. Mange kommuner er allerede i gang. I 2012 mottok 111 kommuner tilskudd og i 2013 er det utbetalt tilskudd til 63 nye kommuner. Den økonomiske andelen som overføres kommunene fra de regionale helseforetakene, utløses når tilbudet er etablert dersom ikke annet er avtalt mellom partene.

## 1.3 Lovverk og forskrifter knyttet til etableringen

Etter at regjeringen la frem St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen har samhandlingsreformen blitt konkretisert gjennom Folkehelseloven (2010-2011), Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og stortingsmelding om nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) (Meld. St. 16, 2010-2011).

Kommunene får i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold fra 2016. 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). Plikten omfatter kun pasientgrupper som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg. En nærmere beskrivelse er gitt i eget veiledningsmaterieell utgitt av Helsedirektoratet. 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 om øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriellet har til hensikt å bidra med faglige innspill til planleggings-, etablerings- og driftsfase av dette tilbudet. Kommunens utgifter til etablering og drift av døgnplasser for øyeblikkelig hjelp finansieres av en egen tilskuddsordning. Kriterier for innvilgelse av tilskudd er beskrevet i et separat regelverk for tilskuddsordningen.

Hovedkriteriet for å utløse tilskuddet er at det foreligger en undertegnet samarbeidsavtale mellom kommunen og helseforetaket med konkret og forpliktende planer om etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen i søknadsåret. I henhold til regelverket må alle kommuner søke om tilskuddet i etableringsåret, også de som konverterer et eksisterende tilbud. Kommuner som inngår et formelt samarbeid om etablering av tilbud, og som inngår en felles avtale med helseforetaket, kan sende en samlet søknad til Helsedirektoratet. For perioden 2013-2015 er søknadsfristen 1. mars i det aktuelle året. Søknader som kommer inn etter fristen vil først bli behandlet det påfølgende året. I henhold til regelverket er det bare i etableringsåret at kommunene skal søke om midler. De påfølgende år vil kommunene automatisk få videreført tilskuddsmidlene fram til tilskuddet innlemmes i rammetilskuddet fra 2016.

## **1.4 Metode, datagrunnlag og avgrensninger i rapporten**

Innhenting av data har foregått ved hjelp av en tredelt metode bestående av dokumentstudie, spørreundersøkelse og intervju. I begynnelsen av prosjektet ble kommunenes søknader om tilskudd fra Helsedirektoratet tilsendt. Søknadene ble gjennomgått og sammen med annen bakgrunnsinformasjon samt prosjektets hovedanliggende, dannet det grunnlag for utarbeiding av et spørreskjema. I etterkant av spørreundersøkelsen ble det gjennomført telefonintervjuer for å få inngående informasjon rundt enkelte elementer knyttet til etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

I analysene av spørreundersøkelsen er det skilt mellom kommuner av ulik størrelse på enkelte områder. Små kommuner er definert som kommuner med færre enn 5 000 innbyggere, mellomstore med et innbyggertall mellom 5 000 og 50 000, og store som kommuner med flere enn 50 000 innbyggere. I rapportene henvises det til disse innbyggerintervallene i beskrivelsen av små-, mellomstore- og store kommuner.

### **1.4.1 Dokumentstudie**

Alle søknader om tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgntilbud ble i starten av prosjektet oversendt fra Helsedirektoratet. En grov gjennomgang av søknadene dannet utgangspunktet for spørreundersøkelsen. Dette, i tillegg til at søknadene ga en oversikt over antall kommuner som har søkt om midler, var hovedformålet med dokumentstudiene. Prosjektet har ikke hatt til hensikt å gjennomgå søknadene i detalj. I tillegg til søknadene har diverse annen dokumentasjon blitt gjennomgått og bidratt til utformingen av spørsmål og fokusområder i spørreundersøkelsen og telefonintervju. For en oversikt over gjennomgått litteratur henvises det til referanselisten.

### **1.4.2 Elektronisk spørreundersøkelse**

Hoveddelen av datamaterialet er innhentet gjennom en elektronisk spørreundersøkelse, ved bruk av verktøyet QuestBack. Spørreskjemaet bestod av maksimalt 60 spørsmål, antall spørsmål var avhengig av hvilken fase kommunen befant seg i<sup>3</sup>. Undersøkelsen ble sendt til alle kommuner 12. juni 2013 og svarperioden varte til 23. august. Mottakeren av eposten var postmottaket i kommunen, men med informasjon i oversendelsesepost om at undersøkelsen skulle videresendes til en som kunne uttale seg om øyeblikkelig hjelp døgntilbud, eller om

---

<sup>3</sup> En kopi av spørreskjemaet finnes i rapportens vedlegg.

samhandlingsformen generelt. Fire påminnelser ble sendt ut til kommuner som ikke svarte i løpet av perioden.

Totalt svarte 333 kommuner på undersøkelsen i QuestBack. To kommuner svarte på vegne av totalt fem andre kommuner, dette ble manuelt lagt inn i datagrunnlaget før analysene ble gjennomført. Fra 16 kommuner kom det to svar, disse ble sammenlignet for å se etter eventuelle forskjeller, og kun ett av svarene ble tatt med i datagrunnlaget. Totalt sett inneholder datamaterialet svar fra 338 kommuner, hvilket tilsvarer 79 % av landets kommuner.

<b>Datagrunnlag fra spørreundersøkelsen</b>	
Antall mottakere av undersøkelsen	428
Antall unike respondenter i QuestBack	334
Antall kommuner med fullstendige svar i QuestBack	333
Antall kommuner i analysegrunnlaget	338
Svarprosent	79 %

**Tabell 1: Datagrunnlag, elektronisk spørreundersøkelse**

Sammenstillingen av resultatene fra spørreundersøkelsen og analyser av datamaterialet ble gjort i Excel.

Når det gjelder begrensinger ved datamaterialet er det, tross høy svarprosent, viktig å påpeke at resultatene som gjengis er basert på subjektive vurderinger fra enkelte personer i kommunen. Det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet kommunen har etablert, eller planlegger å etablere, kan oppfattes ulikt av andre.

### **1.4.3 Telefonintervju**

I etterkant av spørreundersøkelsen ble det trukket et utvalg av kommuner (som alle hadde svart på undersøkelsen) til telefonintervju. Hensikten med utvalget var å dekke hele spekteret av etableringsfaser kommunene befant seg i, sikre geografisk spredning samt stille oppfølgingsspørsmål til respondenter som hadde trukket fram interessante elementer i de åpne kommentarfeltene i spørreundersøkelsen. Totalt ble 16 kommuner trukket ut som aktuelle kandidater, og alle bortsett fra én kommune hadde anledning til å delta. Intervjuene ble gjennomført over telefon med én eller to intervjuere/konsulenter. Intervjukandidatene var hovedsakelig de samme som svarte på spørreundersøkelsen og hadde varierende stillinger i kommunene.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Stillingene var hhv. enhetsleder/virksomhetsleder, avdelingsleder, helse- og sosialsjef, prosjektleder for interkommunalt samarbeid, fagsjef innen helse- og sosial, kommunalsjef helse og omsorg, kommuneoverlege, spesialrådgiver i avdeling for oppvekst og levekår, seksjonssjef helse og omsorg og rådgiver i rådmannens fagstab.

En semistrukturert intervjuform ble benyttet. Intervjuguiden var bygget opp rundt noen konkrete tema, med fokus på følgende elementer (i varierende grad etter hvor i etableringsfasen kommunen befant seg):

- prosessen rundt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen
- samarbeid med fastleger, legevakt, hjemmetjeneste, sykehus, helseforetak og nabokommuner
- erfaringer med tilbudet
- utfordringer og fordeler med organiseringen av tilbudet
- fokus framover
- råd til andre kommuner

I starten av intervjuet ble intervjukandidatene informert om at all informasjon de oppga ville anonymiseres i rapporten, slik at det ikke ville være mulig å spore informasjonen tilbake til enkeltkommuner.

Det er viktig å presisere at informasjonen som gjengis fra intervjuene ikke kan generaliseres. Det er kun snakket med 15 kommuner og det er usikkert hvorvidt disse er representative. Dette gjelder alle kvalitative studier og representerer ikke et problem i seg selv, så lenge man er klar over denne begrensningen. Når det er sagt støttes/bekreftes mye av informasjonen i intervjuene av resultatene fra spørreundersøkelsen. Dette, i tillegg til at informantene fra ulike kommuner trakk frem mye av det samme, taler for at hovedessensen er overførbart ut over de 15 kommunene som er intervjuet.

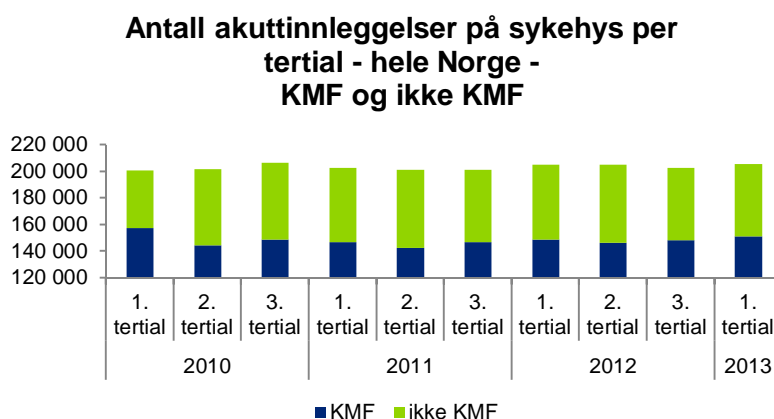
## 2. Informasjonsinnsamling og dataanalyse

### 2.1 Utvikling av øyeblikkelig hjelp innleggelse på sykehus 2010-2013 (1. tertial)

Helsedirektoratet publiserer «Styringsdata for kommuner». En del av styringsinformasjonen omhandler «Kommunenes bruk av somatiske sykehus» og i datasettet er det også informasjon om antall akutt-innleggelser pr kommune.

Selv om ikke alle pasienter som akutt innlegges på sykehus kan legges inn i det kommunale øyeblikkelige hjelp døgntilbudet, gir datagrunnlaget en indikasjon på pasientpopulasjonen hvor en del av pasientene kunne fått et alternativt tilbud i kommunen.

Figuren viser utvikling i antall akutt-innleggelser pr tertial for hele landet i perioden 2010-2013 (1. tertial) for både behandling omfattet av kommunal medfinansiering (KMF) og annen behandling. Variasjonen har ikke vært stor i antall akuttinnleggelser i denne perioden. Hverken i antall akuttinnleggelser som omfattes av KMF eller akutt-innleggelser som ikke omfattes av KMF.



**Figur 2: Antall akuttinnleggelser på sykehus, hele Norge, behandling omfattet av KMF og ikke omfattet av KMF, 2010 - 2013; Kilde: Styringsdata for kommunen, Helsedirektoratet; Deloitte egen analyse**

I Norge blir i snitt 200 000 pasienter akutt innlagt pr tertial på sykehus. Dette tilsvarer om lag 1 700 pasienter pr dag. Tabellen illustrerer andelen akuttinnleggelser for pasienter som omfattes av KMF fordelt etter aldersgruppe.

Befolkningsgruppen 67 år og eldre utgjør 43 % av andelen akuttinnleggelser. I denne sammenheng vises det til FoU-rapport «Kommunenes utfordringer i Samhandlingsreformen - innspill til diskusjon» hvor veksten i denne

Aldersgruppe	Andel av akuttinnleggelser (KMF)
0-17 år	9 %
18-49 år	26 %
50-66 år	22 %
67-79 år	21 %
80-89 år	17 %
90 år +	5 %

**Tabell 2: Fordeling av antall akuttinnleggelser for pasienter omfattet av KMF - 2012, Kilde: Helsedirektoratet**

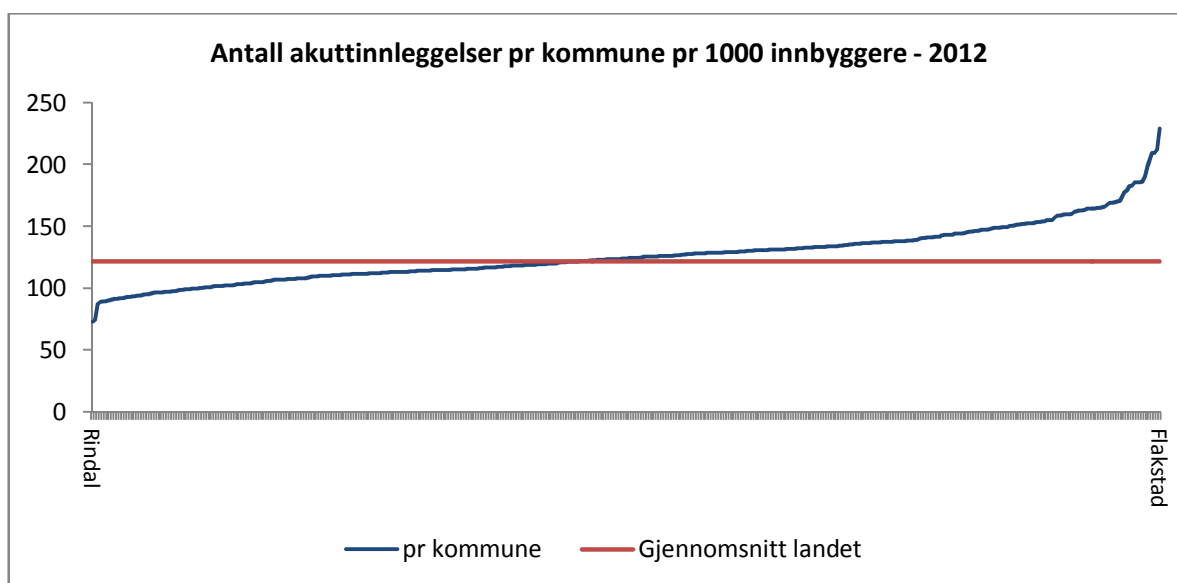


befolkningsgruppen er en av indikatorene for å beskrive kommunenes utfordringer innen «Demografi».<sup>5</sup>

22 % av alle akuttinnleggelser hvor behandlingen omfattes av kommunal medfinansiering har en henvisning fra fastlege. Helsedirektoratet vurderte datakvaliteten for «Henvist fra» i sin «Styringsdata for kommuner» som ikke tilfredsstillende. Til tross for at datakvaliteten ikke er tilfredsstillende kan den relativt store andelen akuttinnleggelser med henvisning fra fastlege tolkes som at fastlegene er en viktig samarbeidspartner ved etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Innleggesraten målt i antall akuttinnleggelser per 1 000 innbygger viser store variasjoner mellom de ulike kommunene. Den gjennomsnittlige innleggesraten på landsbasis, målt i antall akuttinnleggelser per 1000 innbyggere, var 122 akuttinnleggelser i 2012. 238 kommuner har en lavere innleggesrate enn gjennomsnittet og 190 kommuner har en høyere innleggesrate enn snittet.

Flakstad kommune i Nordland fylke har med 228,9 akuttinnleggelser per 1000 innbyggere den høyeste innleggesraten, mens Rindal kommune på Nordmøre i Møre og Romsdal har den laveste innleggesraten med 72,8 akuttinnleggelser per 1000 innbyggere.



**Figur 3: Antall akuttinnleggelser på sykehus pr 1000 innbygger pr kommune i 2012; Kilde: Helsedirektoratet, Deloitte egen analyse**

I spørreundersøkelsen ble kommunene spurt om en skjønsmessig vurdering av effekten på akuttinnleggelse på sykehus. 62 kommuner svarte at deres tilbud har ført til en reduksjon av antall akuttinnleggelser på sykehuset.

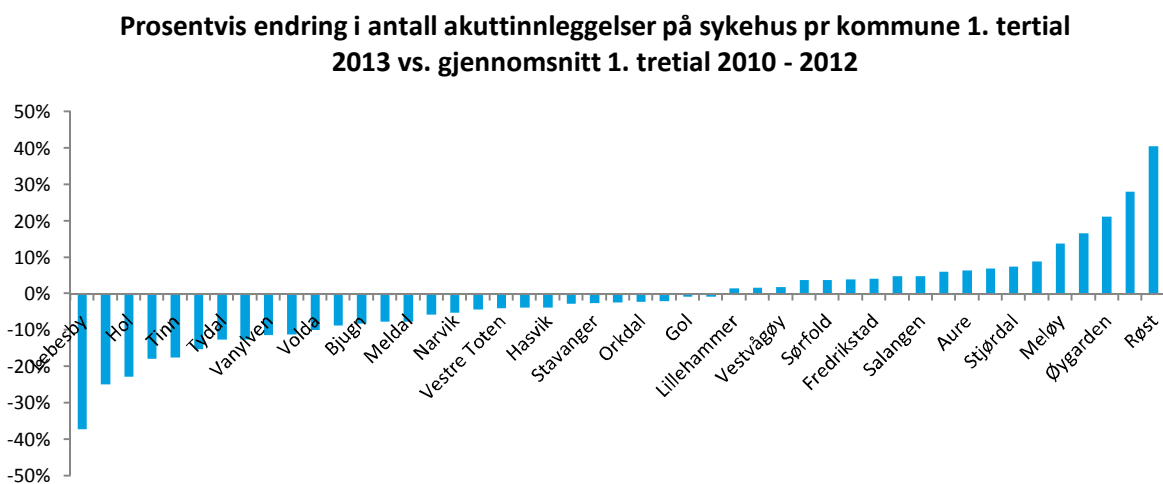
<sup>5</sup> FoU-rapport «Kommunenes utfordringer i Samhandlingsreformen - innspill til diskusjon», tilgjengelig på KS sine hjemmesider

47 av kommunene som svarte at de mente tilbudet har ført til en reduksjon, åpnet tilbudet sitt i 2012 og for 28 av disse kommunene har antall akuttinnleggelse gått ned i 1. tertial 2013 sammenlignet med gjennomsnittet for de tre 1. tertiale i perioden 2010 - 2012.

Et stabilt antall akuttinnleggelser, eller en svak økning kan i realiteten også bety en reduksjon i antall akuttinnleggelser, når det tas hensyn til befolkningsveksten i kommunene.

Fordi øyeblikkelig hjelp døgntilbud samt andre faktorer kan påvirke antall akuttinnleggelser i sykehuset må figuren nedenfor tolkes med forsiktighet. For kommuner hvor det vises en sterk prosentvis økning av sykehusinnleggelser, kan tilbudet ha ført til en reduksjon av innleggelser for pasientgruppen som er omfattet av det kommunale døgntilbudet. For disse kommunene anbefales det en nærmere analyse av innleggesraten for utvalgte pasientgrupper.

Figuren nedenfor gir en oversikt over prosentvis endring i antall akuttinnleggelser for kommuner som svarte at de synes tilbudet har ført til en reduksjon i antall akuttinnleggelser og som har åpnet sitt tilbud i 2012.



Figur 4: Prosentvis endring i antall akuttinnleggelser på sykehus pr kommune 1. tertial 2013 vs. gjennomsnitt 1. tertial 2010 - 2013; Kilde: Styringsdata for kommunen (Helsedirektoratet) og Spørreundersøkelse (KS/Deloitte), Deloitte egen beregning og framstilling

## 2.2 Søknader om tilskudd til Helsedirektoratet

I forbindelse med prosjektet ble kommunenes søknader om tilskudd fra Helsedirektoratet oversendt fra direktoratet. Tabellen under viser informasjon fra Helsedirektoratet om hvor mange kommuner som søkte og fikk tilskudd i 2012 og 2013.

Søknader om tilskudd fra Helsedirektoratet	2012	2013
Antall kommuner som har søkt om tilskudd	144	99
Antall kommuner som fikk tildelt midler	111	63

Tabell 3: Oversikt over antall kommuner som har søkt og fått innvilget tilskudd fra Helsedirektoratet i 2012 og 2013. Kilde: Helsedirektoratet

I søknadsskjemaet skal det fylles inn generell informasjon om ansvarlig søker, og for eventuelle andre kommuner som er med på søknaden. Videre skal kommunen gi informasjon om organisering, kompetanse og utbygging av tilbudet.

Kommunen gir en kort beskrivelse av hvordan tilbudet er tenkt organisert med tanke på om tilbudet skal etableres i kommunen eller som samarbeid mellom kommuner, om tilbudet skal lokaliseres sammen med eksisterende sykehus, sykehjem eller andre institusjoner og om tilbudet er en videreføring/styrking av eksisterende tilbud eller en nyetablering.

Kommunen skal også gi en kort beskrivelse av hvordan nødvendig kompetanse skal sikres i tilbudet, enten i kommunen selv, gjennom et interkommunalt samarbeid eller som en del av samarbeidet med spesialisthelsetjenesten.

Videre skal det beskrives kort hvordan tilbudet skal bygges ut, det vil si om alle plassene vil være etablert i løpet av søknadsåret, eller om tilbudet skal bygges ut gradvis fram mot 2016.

Kommunen skal også legge ved kopi av undertegnet samarbeidsavtale med helseforetaket. Denne avtalen skal dokumentere at det foreligger konkrete og forpliktende planer om etablering av øyeblikkelig hjelp døgnplasser i søknadsåret. I tillegg skal det legges ved øvrig påkrevd tilleggsdokumentasjon.

Innholdet i søknadene skiller seg relativt lite ettersom de følger et fast oppsett, derimot er det store variasjoner mellom søknadene når det gjelder detaljeringsgrad.

I følge Helsedirektoratet avgjøres tildeling av tilskudd ved hjelp av kvantifiserbare tildelingskriterier og skjønnsmessig vurdering. De kommunene som har søkt, men ikke fått innvilget tilskudd, får automatisk sine søknader overført til det kommende året. Dersom disse søknadene oppfyller kriteriene i regelverket, vil de ha prioritert tilskudd det følgende året. Dersom kommunen har levert en ufullstendig søknad, vil Helsedirektoratet ta direkte kontakt for avklaring av når gjenstående dokumentasjon vil foreligge fra kommunen.

Det er dermed to årsaker til at kommuner ikke er innvilget tilskudd:

1. Det er søkt om mer tilskudd enn de regionale budsjettammene. Kommunene er da prioritert kronologisk i henhold til det angitte tidspunkt for oppstart av tilbudet.
2. Det er levert ufullstendige søknader, dvs at nødvendig dokumentasjon ikke fulgte søknaden eller ble ettersendt.

## 3. Spørreundersøkelse

Deloitte gjennomførte i juni-august 2013 en landsdekkende spørreundersøkelse med det formål å undersøke hvordan kommunene etablerer øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Undersøkelsen ble sendt ut til totalt 428 kommuner. 338 kommuner inngår i analysegrunnet, noe som tilsvarer en svarprosent lik 79 %.

### 3.1 Oppsummering

Svarene fra den landsdekkende undersøkelsen viser at de fleste kommunene er godt i gang med å etablere et øyeblikkelig hjelp døgntilbud. En av tre kommuner har allerede åpnet et tilbud, og flertallet av kommunene som ikke har åpnet et tilbud har planer om å åpne innen 2015. For en nærmere beskrivelse henvises det til kapittel 3.3.

Generelt viser undersøkelsen at det er stor variasjon i hvordan de ulike kommunene har etablert og organisert tilbudet. Valg av organisering varierer i stor grad med den enkelte kommunes forutsetninger, behov, ressurser og preferanser. Videre viser undersøkelsen at kommunene har gode erfaringer med ulike organiseringsformer. Dette betyr at det ikke finnes én enkelt løsning som ser ut til å være bedre enn andre, og det er dermed vanskelig å anbefale kommunene en konkret måte å organisere tilbudet på.

Når det er sagt, viser undersøkelsen flere interessante og viktige funn. Det er således rom for å trekke ut elementer som kan benyttes som anbefalinger til kommunenes videre arbeid med etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Så langt har tre av fire kommuner åpnet et øyeblikkelig hjelp døgntilbud gjennom et interkommunalt samarbeid. Et slikt samarbeid er mer utbredt for kommuner med færre innbyggere, enn hva som er tilfellet for større kommuner med flere innbyggere. Undersøkelsen viser at kommuner som ikke samarbeider, i større grad opplever at tilbudet treffer behovet i kommunen (jfr. kapittel 3.3.3). Dette er naturlig da kommuner uten et interkommunalt samarbeid kan lokalisere tilbudet i sin egen kommune. Dermed tilrettelegges tilbudet utelukkende for kommunens eget behov. På bakgrunn av dette vil det i større grad være i tråd med samhandlingsreformens intensjon å etablere et tilbud uten interkommunalt samarbeid for i større grad å sikre nærhet mellom pasient og behandlingssted.

Undersøkelsen viser imidlertid at andre hensyn trekker i motsatt retning. Kommuner med et interkommunalt samarbeid synes i større grad at tilbudet fra Helsedirektoratet er tilstrekkelig, enn det som er tilfellet for kommuner som ikke samarbeider (jfr. kapittel 3.4.2). For mindre kommuner kan det derfor være en fordel å organisere tilbudet interkommunalt. Respondentene i disse kommunene påpeker at det er klare fordeler med en slik organisering ved at de økonomiske begrensningene reduseres, samtidig som et samarbeid gir et større fagmiljø, økt kvalitet og et mer robust tilbud i kommunen. Slik sett vil det kanskje være mindre variasjoner i behandlingstilbudet som ytes i små kommuner som inngår i et interkommunalt samarbeid, enn tilfellet er for små kommuner som etablerer et tilbud alene. Dette utdypes også nærmere i kapittel 4.2.2.

Hele syv av ti kommuner som allerede har åpnet et tilbud har organisert dette i samarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenestene, noenlunde likt fordelt mellom legevakt og

sykehjem. Svarene avhenger i en viss grad av hvorvidt kommunene har et interkommunalt samarbeid eller ikke. Resultatene tyder på at en større andel av de kommunene som har et interkommunalt samarbeid organiserer tilbudet i tilknytning legevakten. Samtidig velger kommuner uten et slikt samarbeid i større grad å organisere tilbudet i tilknytning et sykehjem. Hvorfor det er slik er ikke avdekket i undersøkelsen, men er en interessant forskjell det kan være hensiktsmessig å se videre på (jfr. kapittel 3.5.1).

Erfaringer viser at organisering og lokalisering i tilknytning til legevakt, i stedet for sykehjem, kan stimulere til økt bruk av døgntilbudet ettersom flere leger og pasienter opplever dette som tryggere og mer attraktivt. Det antydes også at yngre i større grad ønsker å benytte tilbudet om det er tilknyttet legevakten. Hvorvidt variasjon i lokalisering av tilbudet medfører ulikhet i behandlingstilbud og/eller pasientgruppe, er svært relevant å studere nærmere ettersom tilbudene blir tatt i bruk - både med tanke på intensjonen i samhandlingsreformen om lik behandling uavhengig av bosted, samt den generelle kvaliteten på øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. Se kapittel 4.2.2 for mer informasjon.

På spørsmål om fysisk plassering av øyeblikkelig hjelp døgntilbudet svarer åtte av ti kommuner at de har organisert tilbudet i tilknytning til eksisterende kommunale enheter (jfr. kapittel 3.5.2). Det er tydelig at fysisk plassering av tilbudet påvirker hvordan ansatte i større grad tar kontakt ved behov for dialog og samhandling. Det er særlig samhandlingen med legene som er den enkeltfaktoren som ser ut til å være av størst betydning for etablering og bruk av tilbudet. Svært mange kommuner understreker at samarbeid og dialog med legene, samt organisering av legetjenesten i forbindelse med døgntilbudet er helt avgjørende for hvordan tilbudet fungerer. For å lykkes er det essensielt å involvere legene i hele prosessen slik at de får et eierskap til tilbudet og dermed tar dette i bruk. Flere kommuner trekker frem hvordan enkeltpersoner, særlig blant legene, har avgjørende betydning, enten i form av å legge til rette for at tilbudet kommer på plass og blir benyttet, eller i form av motstand og motarbeiding av å etablere samt å bruke tilbudet. Dette beskrives nærmere i kapittel 4.3.1.

De fleste kommunene som har etablert et tilbud har ikke hatt problemer med å rekruttere ansatte. Det er kun et fåtall mindre kommuner som svarer at de i stor grad har hatt utfordringer med rekruttering (jfr. kapittel 3.6.4). Det understrekes imidlertid at kompetanseheving er avgjørende for et godt tilbud. Det stilles spesielt store krav til sykepleierne som må evaluere om pasienten behandles på rett sted og om pasienten får rett behandling. Flere kommuner uttrykker at dyktige sykepleiere er en forutsetning for å drifte tilbudet. Mange kommuner forteller at sykepleierne har hatt hospitering på sykehus for kompetanseheving og at dette inngår som en jevnlig aktivitet for å opprettholde et høyt kompetansenivå (jfr. kapittel 4.1.1).

Hovedinntrykket er at de aller fleste kommunene er positive til etableringen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i egen kommune, eller gjennom et interkommunalt samarbeid (jfr. kapittel 4.1.1). De fleste kommunene som har etablert et tilbud har så langt gode erfaringer med hvordan tilbudet fungerer. Tilbakemeldingene er i hovedsak at de ansatte opplever de faglige utfordringene som stimulerende, at pasientene opplever tilbudet som trygt og setter pris på nærheten til tilbudet, samt at det for mange pasienter oppleves som positivt å slippe å bli innlagt på sykehus. Samtidig påpeker mange kommuner at det ennå er tidlig å trekke konklusjoner. Det understrekes nok en gang at det er store variasjoner i forhold til hvordan de ulike kommunene har organisert døgntilbudet (jfr. kapittel 3.5). Selv om én kommune har suksess med en form for organisering betyr ikke dette nødvendigvis at den samme

organiseringsformen i en tilsvarende kommune er like suksessfull. Det henvises til kapittel 5 for innspill og anbefalinger til kommunenes videre arbeid.

## **3.2 Funn fordelt etter kommunestørrelse**

I dette delkapitlet belyses de viktigste funnene fra spørreundersøkelsen for ulike kommuner etter størrelse. Det skilles mellom små, mellomstore og store kommuner. Små kommuner kjennetegnes her ved at de har 5 000 eller færre innbyggere, mellomstore kommuner ved at de har mellom 5 000 og 50 000 innbyggere og store kommuner ved at de har mer enn 50 000 innbyggere. En tredelt inndeling er valgt til fordel for ytterligere inndelinger fordi dette gir flere observasjoner i hver gruppe, noe som gir mindre usikkerhet rundt resultatene. Ulempen er at man risikerer at noen nyanser mellom gruppene forsvinner.

### **3.2.1 Funn for små kommuner**

Det er 228 små kommuner i Norge, og av disse svarte 168 (74 %) på spørreundersøkelsen. Dette betyr at halvparten av alle respondentene som deltok i undersøkelsen besvarte den på vegne av en liten kommune.

Blant små kommuner viser det seg at omtrent halvparten (90 kommuner) ennå ikke har søkt helsedirektoratet om tilskudd. Uavklart samarbeid med nabokommune(r) er den vanligste årsaken til at de ikke har søkt. Undersøkelsen viser videre at 29 kommuner (18 %) befinner seg i en fase der kommunen har søkt om tilskudd, men enten ikke mottatt tilskuddet, eller ikke åpnet tilbudet. 49 kommuner (29 %) åpnet øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i 2012 eller 2013.

Interkommunalt samarbeid er utbredt blant små kommuner. Det viser seg at åtte av ti kommuner har inngått et slikt samarbeid. De fleste kommunene (45 %) som samarbeider har organisert tilbudet i samarbeid med fire til seks kommuner. Mest utbredt er et samarbeid mellom flere små kommuner og minst en mellomstor kommune. Tilbudet er i kun ett tilfelle etablert i et samarbeid mellom kun små kommuner. Andre små kommuner har valgt et interkommunalt samarbeid med minst en mellomstor kommune. Dette medfører at en stor andel av små kommuner har åpnet eller planlegger å åpne øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i nærliggende kommuner, og ikke i egen kommune. Så langt har ingen små kommuner et interkommunalt samarbeid med store kommuner. Undersøkelsen viser at kommuner som ikke samarbeider, i større grad opplever at tilbudet treffer behovet i kommunen, noe som også er naturlig i og med at tilbudet i større grad tilrettelegges for kommunens eget behov. Samtlige kommuner som har opprettet tilbudet uten samarbeid svarer at tilbudet treffer behovet i kommunen godt. Til sammenligning svarer syv av ti kommuner som har inngått et samarbeid det samme.

En av grunnene til å organisere tilbudet gjennom et interkommunalt samarbeid, er de økonomiske fordelene dette medfører. Det er tydelig at kommuner som samarbeider om døgntilbudet i større grad vurderer tilskuddet som tilstrekkelig, sammenlignet med kommuner som ikke samarbeider om tilbudet. Ni av ti kommuner som har et interkommunalt samarbeid svarte at tilskuddet i stor grad var tilstrekkelig. Samtidig svarte kun fire av ti kommuner uten et interkommunalt samarbeid det samme.

Blant kommuner som har åpnet øyeblikkelig hjelp døgntilbudet, har majoriteten (38 kommuner) organisert dette i tilknytning til eksisterende kommunale enheter (sykehjem, legevakt, mm). Av disse har 20 kommuner (53 %) etablert tilbudet i tilknytning til legevakten

og 16 kommuner (42 %) i tilknytning til sykehjem. To kommuner har valgt en tilknytning til en annen kommunal enhet. Valg av tilknytning til legevakt ble i stor grad foretrukket på grunn av velfungerende eksisterende legevaktsamarbeid (interkommunalt legevakt) og ledig kapasitet i form av observasjonssenger på selve legevakten.

Noen små kommuner fremhever at sykehjem er den eneste døgnbemannede helseinstitusjonen i kommunen, og at de på bakgrunn av dette valgte å organisere tilbudet i tilknytning til sykehjemmet. Videre ble det fremhevet at tilgangen til ressurser ofte er bedre ved en organisering i tilknytning til sykehjemmet.

Når det gjelder legetjenesten svarer de fleste kommunene at denne er organisert som en kombinasjon av «egen tilsynslegefunksjon» og at «legetjenesten dekkes av den ordinære legevaktfunksjonen». Tilsynslegefunksjonen er på dagtid på hverdager ivaretatt av enten en sykehjemslege, eller egen tilsynslege ansatt i kommunen i de fleste kommunene. Tilsynsfunksjonen på nattetid og i helgene blir vanligvis ivaretatt av legevaktslegen. 13 kommuner har ansatt egen tilsynslege i enten del- eller heltidsstilling. Kun én kommune svarte at kommunens fastleger ivaretar tilsynsfunksjonen for innlagte pasienter. Det er også kun én kommune som svarte at sykehjemslegen påtar seg tilsynsfunksjonen.

### **3.2.2 Funn for mellomstore kommuner**

Det er totalt 186 kommuner i Norge som her defineres som mellomstore (5 000-50 000 innbyggere). Av disse svarte 156 kommuner (84 %) på spørreundersøkelsen. Dette betyr at en stor del av alle respondentene som deltok i undersøkelsen (46 %), besvarte denne på vegne av en mellomstor kommune.

For mellomstore kommuner er det 46 kommuner (29 %) som ennå ikke har søkt om tilskudd fra helsedirektoratet. Den vanligste årsaken til at det ikke er søkt om tilskudd skyldes uavklart samarbeid med nabokommune(r). En annen årsak som går igjen er uavklart samarbeid med sykehus/sykehjem. Undersøkelsen viser videre at 51 kommuner (33 %) befinner seg i en fase der kommunen har søkt om tilskudd, men enten ikke mottatt tilskuddet eller ikke åpnet tilbudet. 59 kommuner (38 %) åpnet øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i 2012 eller 2013.

Også blant mellomstore kommuner er interkommunalt samarbeid utbredt. Tre av fire kommuner har inngått et interkommunalt samarbeid med en, eller flere nabokommuner. Mest utbredt er et samarbeid mellom flere små kommuner og minst en mellomstor kommune. Tilsvarende som for mindre kommuner er det mest vanlig at fire til seks kommuner samarbeider. I motsetning til tilfellet for små kommuner er det ingen forskjell mellom kommuner som har et interkommunalt samarbeid og kommuner som ikke samarbeider i hvorvidt de opplever at døgntilbudet treffer behovet i kommunen. Dette kan ha sammenheng med at tilbudet i større grad etableres i de mellomstore kommunene i de tilfellene der det er et samarbeid mellom små og mellomstore kommuner. Undersøkelsen viser også at blant mellomstore kommuner, er fire av ti vertskommuner for tilbudet, til sammenligning gjelder det samme kun én av ti små kommuner.

De fleste mellomstore kommunene (28 kommuner) mener tilskuddet til øyeblikkelig hjelp i stor grad er tilstrekkelig. Det er tydelig at kommuner som samarbeider i større grad vurderer tilskuddet som tilstrekkelig sammenlignet med kommuner som ikke samarbeider. Forskjellen er imidlertid ikke like stor som for små kommuner. Ni av ti kommuner som har et

interkommunalt samarbeid svarte at tilskuddet i stor grad var tilstrekkelig. Samtidig svarte syv av ti kommuner uten et interkommunalt samarbeid det samme.

Blant kommuner som har åpnet øyeblikkelig hjelp døgntilbudet har majoriteten (47 kommuner) organisert tilbudet i tilknytning til eksisterende kommunale enheter, og av disse har 33 kommuner (70 %) valgt å organisere tilbudet i tilknytning til sykehjem. Til forskjell fra små kommuner har kun 10 mellomstore kommuner (23 %) valgt å organisere tilbudet i tilknytning til legevakten.

Flere kommuner fremhever at eksisterende korttidsavdelinger på sykehjem var hovedgrunnen for at de valgte å organisere tilbudet i tilknytning til dette. Korttidsavdelingene i disse kommunene har i dag en høy sykepleierdekning. Kommunene fremhevet også synergieffekter som årsak til plassering av øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i tilknytning til sykehjemmet.

Når det gjelder organisering av legetjenesten, har flere mellomstore kommuner (27 kommuner) valgt å organisere legetjenesten som en kombinasjon av «egen tilsynslegefunksjon» og «legetjenesten dekkes av den ordinære legevaktfunksjonen». 16 kommuner har egne tilsynsleger i del- eller heltidsstillinger, mens i åtte kommuner er tilsynsfunksjonen ivarettatt av sykehjemslegen.

Fordeling av tilsynsfunksjonene er i disse kommunene lik organiseringen i små kommuner hvor sykehjemslegen eller tilsynslege ivaretar funksjonen på dagtid på hverdager og legevaktslegen har ansvaret på nattetid og i helgene.

### **3.2.3 Funn for store kommuner**

Det er 14 kommuner i Norge med flere enn 50 000 innbyggere, og samtlige svarte på spørreundersøkelsen. Ettersom det er få store kommuner totalt sett, utgjør andelen som besvarte undersøkelsen på vegne av en stor kommune, kun 4 % av utvalget.

For de store kommunene er det fire kommuner som ennå ikke har søkt om tilskudd fra helsedirektoratet. Årsaken til dette skyldes først og fremst at kommunen avventer situasjonen til det nærmer seg tidspunkt for lovpålagt endring. Videre har seks kommuner søkt om tilskudd, men enten ikke mottatt tilskuddet, eller ikke åpnet tilbudet. Fire kommuner åpnet øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i 2012 eller 2013. Siden det er få store kommuner som har åpnet et døgntilbud kan imidlertid ikke kommunenes erfaringer og vurderinger uten videre generaliseres.

Flere av de store kommunene (seks kommuner), har inngått et interkommunalt samarbeid. Det vanligste har vært å inngå i et samarbeid med to, eller tre kommuner. To kommuner har også inngått et samarbeid med fire til seks kommuner. Samtlige kommuner svarer at døgntilbudet treffer behovet i kommunen, uavhengig om kommunen har et interkommunalt samarbeid eller ikke. Videre påpeker samtlige kommuner at tilskuddet til øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i stor grad er tilstrekkelig for etablering av tilbudet. Hvorvidt kommunen har et interkommunalt samarbeid eller ikke, har heller ikke innvirkning på dette spørsmålet.

Av de fire kommunene som allerede har åpnet tilbudet, har tre av disse kommunene valgt å organisere tilbudet i tilknytning til eksisterende kommunale enheter. Det er kun Oslo kommune som har valgt organisering i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Stavanger har valgt en kombinasjon av tilknytning til både legevakt og sykehjem. Sarpsborg har valgt å

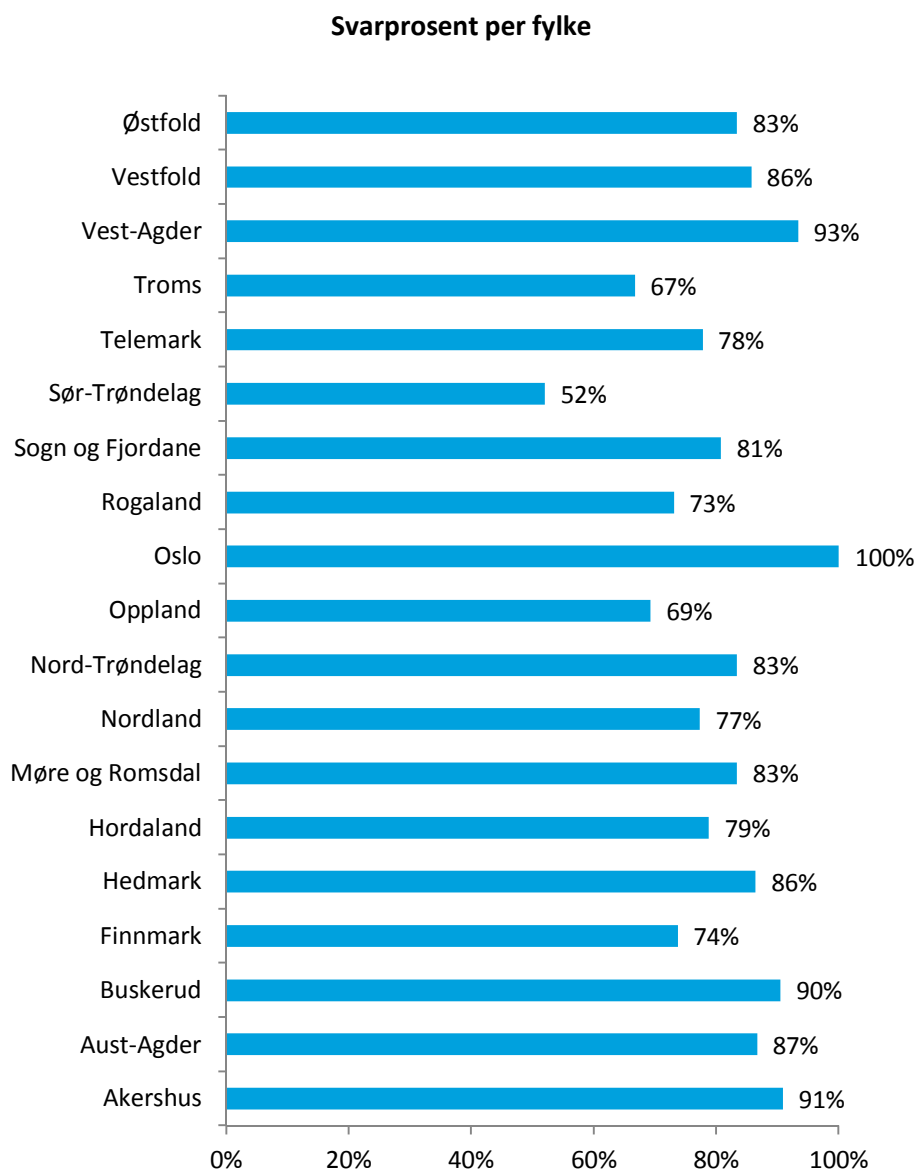


organisere tilbudet i tilknytning til sykehjem, og Fredrikstad har valgt tilknytning til et helsehus som ferdigstilles i 2013.

Tre av de fire kommunene har ansatt egne tilsynsleger i hel- eller deltidsstillinger. Det er kun Oslo som midlertidig har valgt en kombinasjon av egne tilsynsleger og legevaktsleger.

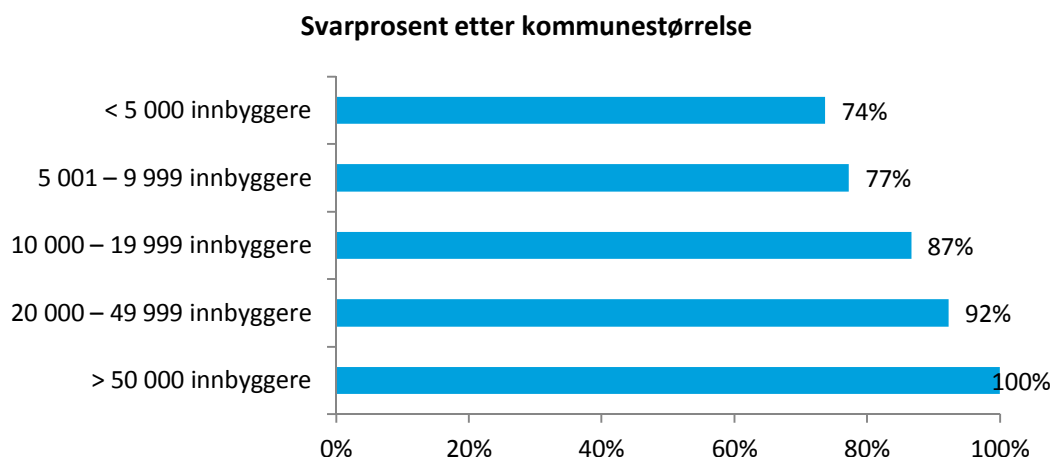
### 3.3 Svarprosent fordelt etter utvalgte bakgrunnsvariabler

Fordelt på landets fylker er det en viss variasjon i kommunenes oppslutning på den gjennomførte undersøkelsen. Figuren nedenfor illustrerer andel kommunale svar fordelt på landets fylker.



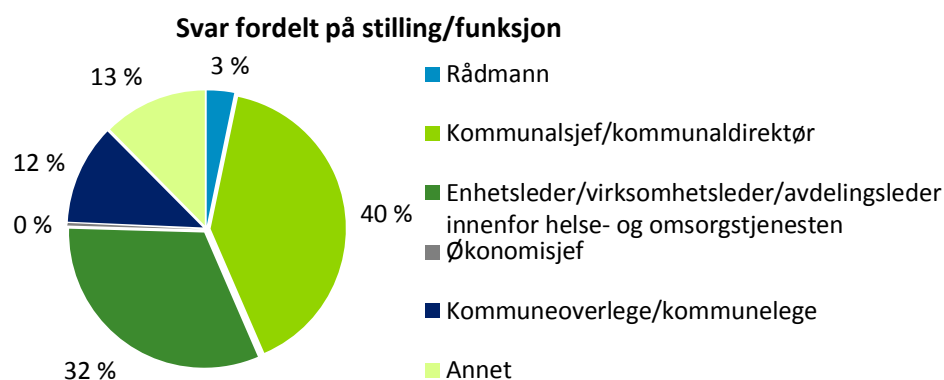
**Figur 5: Kommunal oppslutning fordelt på fylke (n=338); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

Videre er det en viss variasjon i kommunenes oppslutning på den gjennomførte undersøkelsen etter kommunistørrelse. Den følgende figuren illustrerer dette.



**Figur 6: Kommunal oppslutning fordelt på folke­mengde (n=338); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

Undersøkelsen er besvart av respondenter i kommunene med ulike stilling/funksjon. Den følgende figuren viser svar fordelt på stilling/funksjon.



**Figur 7: Svar fordelt på stilling (n=338); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

### 3.4 Overordnede funn

#### 3.4.1 Kommunenes øyeblikkelig hjelp døgntilbud befinner seg i ulike faser

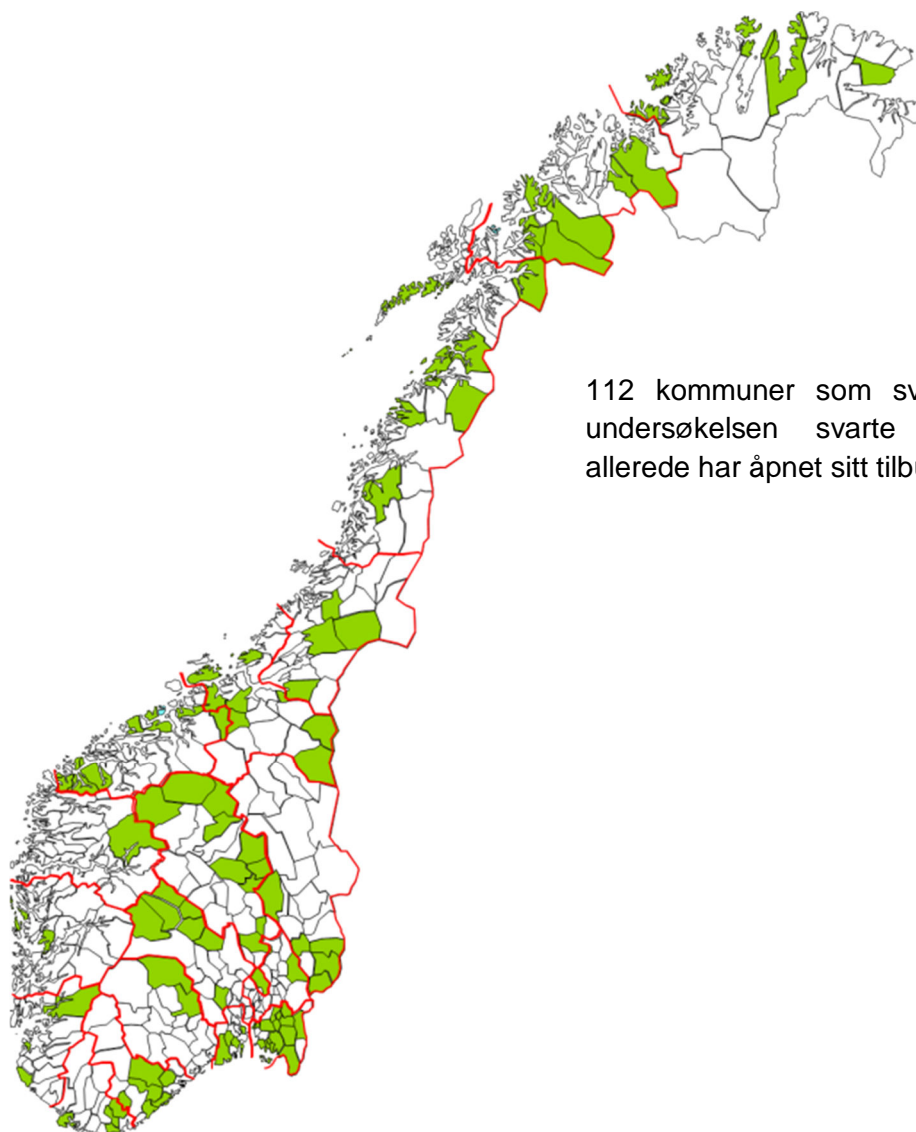
Undersøkelsen kartlegger først og fremst i hvilken fase kommunens øyeblikkelig hjelp døgntilbud befinner seg. 41 % av respondentene oppgir at kommunen er i en tidlig planleggingsfase hvor de enda ikke har søkt om tilskudd fra Helsedirektoratet. 10 % av kommunene er i en søknadsfase. Dette innebærer at kommunen har sendt søknad om tilskudd, men enda ikke mottatt tilskuddet fra Helsedirektoratet. Videre oppgir 15 % av kommunene at de er i en etableringsfase. Dette betyr at kommunen har søkt og mottatt tilskuddet, men det er foreløpig ikke åpnet et øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen. 33 % av kommunene som deltok i undersøkelsen åpnet et tilbud i 2012 eller 2013.

Den følgende tabellen illustrerer respondentenes svar.

Kommunenes øyeblikkelig hjelp døgntilbud befinner seg i ulike faser	Antall svar	Andel
Åpnet kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud	112	33 %
Etableringsfase (mottatt tilskudd, ikke åpnet tilbudet)	51	15 %
Søknadsfase (sendt søknad, ikke mottatt tilskudd)	35	10 %
Tidlig planleggingsfase (ikke søkt om tilskudd)	140	41 %
Sum	338	100 %

**Tabell 4: Kommunenes øyeblikkelig hjelp døgntilbud fordelt på ulike faser; Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

Videre følger en geografisk oversikt over kommuner som allerede har åpnet sitt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.



112 kommuner som svarte på undersøkelsen svarte at de allerede har åpnet sitt tilbud.

**Figur 8: Geografisk fordeling av kommuner som allerede har åpnet sitt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

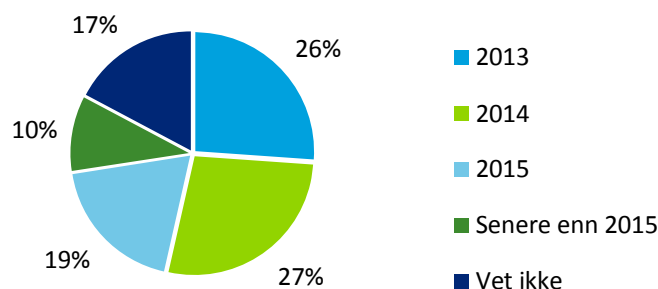
I tillegg til kommuner som allerede har åpnet tilbudet sitt, har 121 kommuner planlagt åpning innen 2014. Det vil si at ved utgangen av 2014 har over halvparten av norske kommuner åpnet et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

### 3.4.2 Planlagt åpning av øyeblikkelig hjelp døgntilbud for kommuner som ikke har åpnet sitt tilbud

Fortsatt er det mange kommuner som ikke har åpnet et øyeblikkelig hjelp døgntilbud. I undersøkelsen oppgir 175 kommuner at de befinner seg i en søknadsfase eller tidlig planleggingsfase. Dette innebærer at kommunen enten ikke har søkt tilskudd eller at kommunen har sendt søknad om tilskudd, men enda ikke mottatt tilskuddet. 51 % av kommunene som deltok i undersøkelsen befinner seg i én av disse fasene.

Av disse kommunene svarer flertallet at de har planlagt å åpne øyeblikkelig hjelp døgntilbud i løpet av 2013 eller i 2014. 26 % av kommunene svarer at de planlegger å åpne et tilbud i løpet av 2013 og 27 % planlegger åpning i 2014. 19 % av kommunene planlegger å åpne et tilbud i 2015 og 10 % angir at de planlegger å åpne tilbud senere enn 2015. 17 % av kommunene svarer at de enda ikke vet når de planlegger å åpne sitt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Når har din kommune planlagt å åpne kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud?



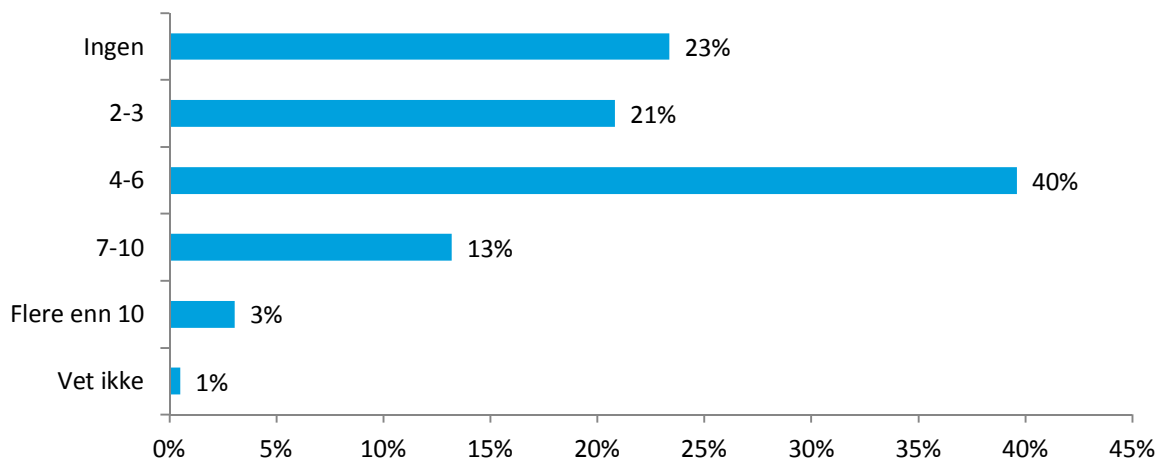
Figur 9: Oversikt over når kommuner i søknadsfase eller tidlig planleggingsfase har planlagt å åpne kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (n=226); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling

### 3.4.3 Interkommunalt samarbeid

Undersøkelsen kartlegger videre hvor mange kommuner som samarbeider om det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. Spørsmålet er stilt til kommuner som er i søknadsfasen, etableringsfasen eller til kommuner som har åpnet sitt døgntilbud. Det er 198 kommuner i den landsdekkende undersøkelsen som oppgir at de er i én av disse fasene, noe som innebærer at kommunen har sendt søknad, men enda ikke mottatt tilskudd, at kommunen har mottatt tilskudd, men enda ikke åpnet tilbud eller at kommunen har åpnet kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. 59 % av kommunene som deltok i undersøkelsen befinner seg i én av disse fasene.

77 % av disse kommunene oppgir at de samarbeider med andre kommuner. 23 % av respondentene svarer at kommunen ikke samarbeider med andre om tilbudet og i 21 % av tilfellene svarer kommunene at det er et samarbeid mellom 2 eller 3 kommuner. 40 % av kommunene svarer at det er et samarbeid mellom 4 til 6 kommuner. 16 % av kommunene svarer at 7 eller flere kommuner samarbeider om øyeblikkelig hjelp døgntilbudet.

### Hvor mange kommuner samarbeider om det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet?



**Figur 10: Oversikt over andel kommuner som samarbeider om øyeblikkelig hjelp døgntilbud (n=198); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

I kommentarfeltene oppgir flere kommuner at de opplever et press på å opprette tilbudet interkommunalt, enten fra helseforetaket eller fra KS. Kommunene som nevner dette har valgt ulike løsninger i forhold til interkommunalt samarbeid eller ikke samarbeid. Et fellestrekk er imidlertid at de opplever presset som problematisk, og at de ønsker å ta slike avgjørelser på egen hånd.

Videre kan kommunenes størrelse sees i forhold til hvor mange kommuner som samarbeider om det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. Undersøkelsen viser at store kommuner med over 50 000 innbyggere har en tendens til å opprette et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud med ingen eller få samarbeidspartnere. Samtidig oppretter mindre kommuner et slikt tilbud oftere i samarbeid med andre kommuner. 63 av de 78 kommunene med mindre enn 5 000 innbyggere svarer at de har opprettet et interkommunalt samarbeid. Samtidig svarer 14 av disse kommunene at de ikke har opprettet et slikt samarbeid. Én respondent svarer «vet ikke» på dette spørsmålet. For de 37 kommunene med over 20 000 innbyggere svarer 26 av kommunene at de har opprettet et interkommunalt samarbeid og i kommuner med over 50 000 innbyggere har 6 av 10 kommuner opprettet et slikt samarbeid.

## 3.5 Tilskudd til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

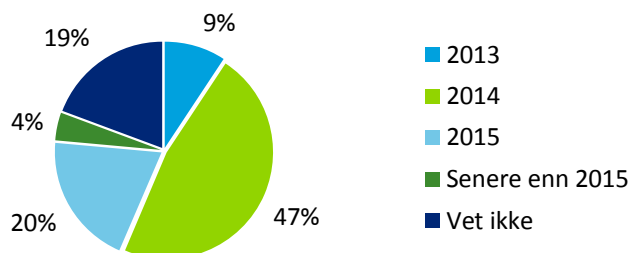
### 3.5.1 Oppsummerende funn for kommuner som enda ikke har søkt tilskudd

I den landsdekkende undersøkelsen oppgir 140 kommuner at de er i en tidlig planleggingsfase hvor det enda ikke er søkt om tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgntilbud fra Helsedirektoratet. Dette tilsvarer en andel på 41 % av kommunene som deltok i undersøkelsen.

### Når kommunene har planlagt å søke tilskudd fra Helsedirektoratet

På spørsmålet om når kommunen har planlagt å søke om tilskudd fra Helsedirektoratet oppgir 9 % av kommunene at de har planlagt å søke om tilskudd i 2013. De fleste kommunene, 47 %, angir at de planlegger å søke om tilskudd i 2014. 20 % av kommunene oppgir at de vil søke om tilskudd i 2015 og 4 % angir at de ønsker å søke senere enn 2015. 19 % av kommunene oppgir at de ikke vet når de planlegger å søke om tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Det er ingen tydelige signaler på at respondentene svarte ulikt med hensyn til kommunestørrelse på dette spørsmålet.

Når har din kommune planlagt å søke om tilskudd fra Helsedirektoratet?

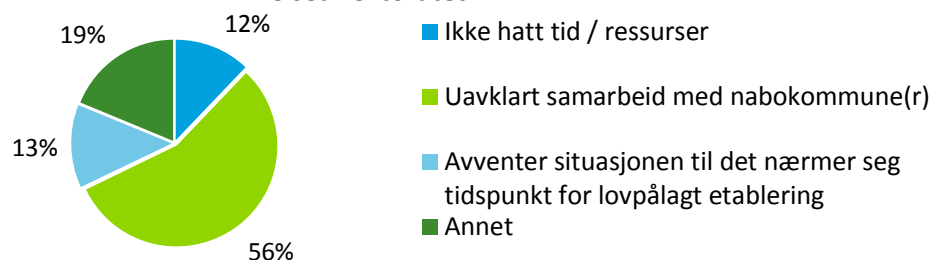


Figur 11: Oversikt over når kommunen har planlagt å søke om tilskudd fra Helsedirektoratet (n=140); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling

### Hovedårsaken til at kommunene enda ikke har søkt tilskudd

Videre kartlegger undersøkelsen hovedårsakene til at kommunen ikke har søkt tilskudd fra Helsedirektoratet.<sup>6</sup> Respondentene kunne i forbindelse med å dette oppgi flere enn én årsak. 56 % av kommunene oppgir at de ikke har søkt tilskudd grunnet uavklart samarbeid med nabokommune(r). 13 % av kommunene avventer situasjonen til det nærmer seg tidspunkt for lovpålagt samarbeid og 12 % oppgir at de ikke har hatt tid eller ressurser til å søke om tilskudd. 19 % oppgir at kommunen ikke har søkt grunnet andre årsaker.

Hovedårsakene til at kommunen ikke har søkt tilskudd fra Helsedirektoratet



Figur 12: Hovedårsakene til at kommunen ikke har søkt tilskudd fra Helsedirektoratet (n=165); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling

<sup>6</sup> Sykestuekommunene i Finnmark har en særskilt finansieringsordning i samarbeid med Helse Nord RHF, Helse Finnmark HF og Helsedirektoratet. Ingen kommuner i Finnmark har foreløpig søkt Helsedirektoratet om tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

I kommentarfeltene trekker mange frem usikkerhet og uklarhet knyttet til hva tilbudet egentlig er og hvilke pasienter tilbudet skal rette seg mot, som blant annet er en utfordring for å komme i gang og avgjøre organisering og lokalisering av tilbudet. Videre påpekes det at veilederen fra Helsedirektoratet er utydelig på hva som forventes av tilbudet og kommunene, og mange etterspør en tydeligere og sterkere rolle fra myndighetenes side.

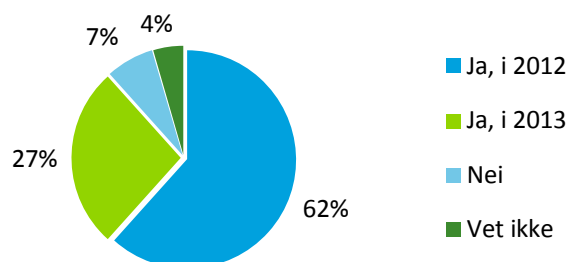
### 3.5.2 Oppsummerende funn for kommuner som har åpnet øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Av landets kommuner som deltok i undersøkelsen oppgir 112 kommuner at de har åpnet et øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Dette tilsvarer en andel på 33 % av kommunene som deltok i undersøkelsen.

#### *Når kommunene har mottatt tilskudd til drift fra Helsedirektoratet*

Av disse kommunene oppgir de fleste, 62 % av kommunene, at de mottok tilskudd fra Helsedirektoratet i 2012. 27 % av kommunene oppgir at de mottok tilskuddet i 2013, 7 % har enda ikke mottatt tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgntilbud. 4 % av respondentene har ingen formening om hvorvidt kommunen har mottatt tilskudd eller ikke.

Tilskudd til drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud fra Helsedirektoratet



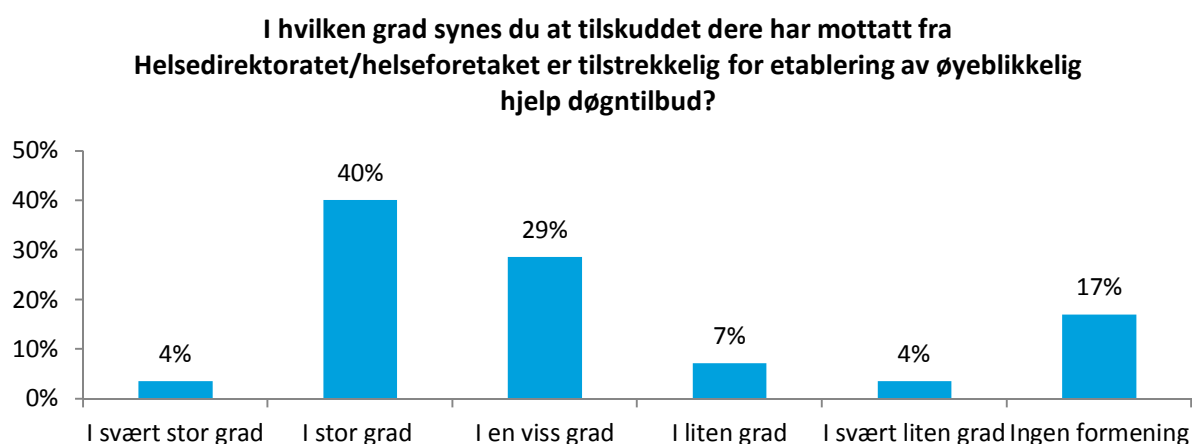
Figur 13: Tilskudd til drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud fra Helsedirektoratet (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling

Svarfordelingen varierer i forhold til om kommunene har et interkommunalt samarbeid eller ikke. Hele 93 % av de kommunene som samarbeider har fått tildelt tilskudd i 2012 eller 2013. Til sammenligning har 78 % av kommuner uten samarbeid fått tildelt tilskudd i samme periode. Dette betyr at en høyere andel av kommuner som samarbeider har fått tildelt tilskudd i 2012 eller 2013 sammenlignet med hva som er tilfellet for kommuner som ikke samarbeider. I sin veileder til øyeblikkelig hjelp oppfordrer Helsedirektoratet til interkommunale løsninger for å sikre robuste tilbud. Dette kan også være grunnen til at det er forskjeller når det gjelder tilskudd til drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud mellom kommuner som har et interkommunalt samarbeid og kommuner som ikke har et slikt samarbeid.

### **Tilskuddets tilstrekkelighet for etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud**

Kommunenes utgifter til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnplasser er beregnet til 1048 mill. kroner årlig fra 2016 (2012-kroner)<sup>7</sup>. Utgiftene fullfinansieres gjennom overføring av midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger. Undersøkelsen kartlegger i hvilken grad kommunene synes at dette tilskuddet er tilstrekkelig for etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

44 % av kommunene oppgir at tilskuddet i svært stor grad eller i stor grad er tilstrekkelig for etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud. 29 % oppgir at tilskuddet i en viss grad er tilstrekkelig for etablering av et slikt tilbud. 11 % angir at tilskuddet i liten grad eller svært liten grad er tilstrekkelig for etableringen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud. 17 % har ingen formening om hvorvidt tilskuddet er tilstrekkelig eller ikke.



**Figur 14: Oversikt over hvorvidt tilskuddet fra Helsedirektoratet/helseforetaket er tilstrekkelig for etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

I forhold til om kommunene synes at tilskuddet er tilstrekkelig eller ikke er det en viss variasjon i svarfordelingen i forhold til kommunestørrelse. I kommuner under 5 000 innbyggere svarer 35 % av respondentene at tilskuddet i svært stor grad eller i stor grad er tilstrekkelig for etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Rundt 40 % av respondentene i kommuner med innbyggere mellom 5 000 og 20 000 svarer det samme. For kommuner med 20 000 til 50 000 innbyggere svarer 67 % av respondentene at tilskuddet i svært stor grad eller i stor grad er tilstrekkelig og i kommuner med over 50 000 innbyggere svarer alle respondentene at tilskuddet i svært stor grad eller i stor grad er tilstrekkelig. Dette betyr at mindre kommuner generelt sett oppfatter at tilskuddet mindre tilstrekkelig enn det som er tilfellet for større kommuner.

Svarfordelingen varierer også med hensyn til om kommuner samarbeider eller ikke om det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. For de kommunene som har åpent et tilbud viser svarfordelingen at 75 kommuner samarbeider om det kommunale øyeblikkelig hjelp

<sup>7</sup> Kilde: Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill. Utgitt av Helsedirektoratet.



døgntilbudet. Det er samtidig 36 kommuner som ikke samarbeider om et slikt tilbud. 49 % av kommunene som har et interkommunalt samarbeid svarer at tilskuddet i svært stor grad eller i stor grad er tilstrekkelig for etablering av et øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Samtidig svarer 33 % av kommunene som ikke samarbeider at tilskuddet i svært stor grad eller i stor grad er tilstrekkelig. Dette tyder på at kommuner som samarbeider i større grad synes tilskuddet er tilstrekkelig enn det som er tilfellet for kommuner som ikke samarbeider.

Det er videre en viss variasjon i svarfordelingen i forhold til fylker. Nordland, Finnmark og Møre og Romsdal er de fylkene hvor færrest andel respondenter svarer at tilskuddet i svært stor grad eller i stor grad er tilstrekkelig. Disse svarene må imidlertid tolkes med forsiktighet siden det er forholdsvis få observasjoner per fylke.

#### **Rammene for tilskuddet til øyeblikkelig hjelp døgntilbud**

Videre kartlegger undersøkelsen i hvilken grad rammene for søknaden om tilskudd til Helsedirektoratet har medført at kommunens øyeblikkelig hjelp døgntilbud er mindre fleksibelt enn det kommunen selv kunne ønske. Kun 4 % av kommunene i undersøkelsen svarer at rammene for søknaden om tilskudd i stor grad har medført at kommunenes døgntilbud er mindre fleksibelt enn det kommunen selv kunne ønske. 15 % svarer at tilbudet til en viss grad er mindre fleksibelt enn det som er ønskelig i kommunen og 56 % svarer at tilbudet i liten eller svært liten grad er mindre fleksibelt enn det kommunen selv kunne ønske.



**Figur 15: Oversikt over i hvilken grad rammene for søknaden om tilskudd har medført at kommunens øyeblikkelig hjelp døgntilbud er mindre fleksibelt enn kommunen selv kunne ønsket (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

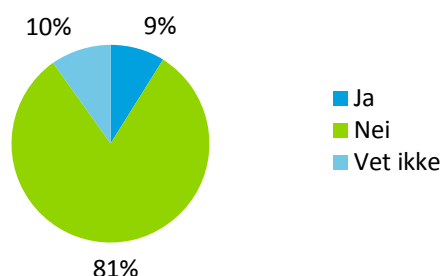
Når det gjelder inngåelse av samarbeidsavtale med helseforetaket trekker imidlertid en del kommuner frem utfordringer i de åpne kommentarfeltene i undersøkelsen. Flere kommuner rapporterer at de i forbindelse med utarbeiding av samarbeidsavtalen med helseforetaket ikke opplevde seg som en likeverdig part og at dette la føringer på avtalen. Enkelte nevner at helseforetaket, etter deres mening, stilte urimelige og urealistiske krav eller ultimatum for å undertegne avtalen. Et eksempel som nevnes av flere er kravet om legetilgang med 30 minutters responstid, da dette ikke engang er tilfellet i spesialisthelsetjenesten. Flere kommuner nevner også at de er spent på om helseforetaket vil utbetale sin andel av tilskuddet, med tanke på kravene i samarbeidsavtalen og i tilfelle ikke innleggelses på sykehus reduseres. En kommune påpeker viktigheten av at sykehuset reduserer samme antall sykehussenger som kommunene oppretter, slik at «frigjorte» senger ikke benyttes til

andre pasientgrupper, noe som kan medføre at kommunene får ekstra kostnader på grunn av kommunal medfinansiering.

#### **Kommunenes mottak av tilskudd fra andre enn Helsedirektoratet**

I forbindelse med å kartlegge hvorvidt kommunene har mottatt tilskudd fra andre enn Helsedirektoratet eller helseforetaket svarer kun 9 % av kommunene at de har mottatt tilskudd fra andre. 81 % av kommunene svarer at de ikke har mottatt tilskudd fra andre og 10 % av respondentene har ingen formening om dette. Kommunene som oppgir at de har mottatt midler fra andre, ble i et oppfølgingsspørsmål bedt om å opplyse om hvor midlene kommer fra. Svarene på dette spørsmålet kan tyde på en misforståelse, da flere kommuner svarer Helsedirektoratet og helseforetaket. Kun ni kommuner oppgir andre enn de nevnte. Dette er fylkesmannen, ulike sykehus, samhandlingsmidler, særavtale knyttet til Nordnorske sykestuer og interkommunal samarbeidsordning.

**Har din kommune fått tilskudd fra andre enn Helsedirektoratet/helseforetaket til etablering og drift av KØhj?**

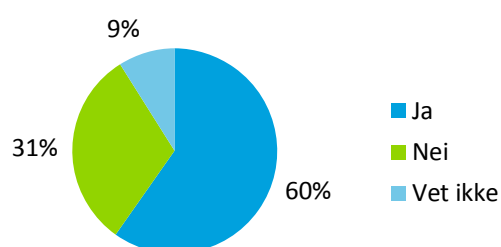


**Figur 16: Oversikt over hvorvidt kommunene har mottatt tilskudd fra andre enn Helsedirektoratet/helseforetaket til etablering og drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

#### **Ansvarlig søker om tilskudd fra Helsedirektoratet**

Undersøkelsen kartlegger hvor mange kommuner som samarbeider om det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. Av de som har åpnet et tilbud oppgir 75 (67 %) av respondentene at de samarbeider med andre kommuner. Disse kommunene ble spurt om de var ansvarlig søker om tilskudd fra Helsedirektoratet. 60 % av kommunene svarte at de var ansvarlig søker om tilskuddet. Samtidig svarte 31 % av kommunene at de ikke var ansvarlig søker for tilskuddet fra Helsedirektoratet og 9 % av respondentene visste ikke hvorvidt kommunen var ansvarlig søker eller ikke.

**Var din kommune ansvarlig søker om tilskudd fra Helsedirektoratet?**



**Figur 17: Oversikt over hvorvidt kommunene er ansvarlig søker om tilskudd fra Helsedirektoratet eller ikke (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

De kommunene som befinner seg i en søknadsfase eller etableringsfase ble også spurt det samme spørsmålet om hvorvidt kommunen er ansvarlig søker om tilskudd fra Helsedirektoratet eller ikke. Av disse kommunene svarer 56 % at de er ansvarlig søker om tilskudd fra Helsedirektoratet. Det er 86 kommuner som befinner seg i én av disse fasene, og det innebærer at kommunene enten har sendt søknad til Helsedirektoratet, men enda ikke mottatt tilskuddet eller at kommunene har mottatt tilskudd, men enda ikke åpnet et øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

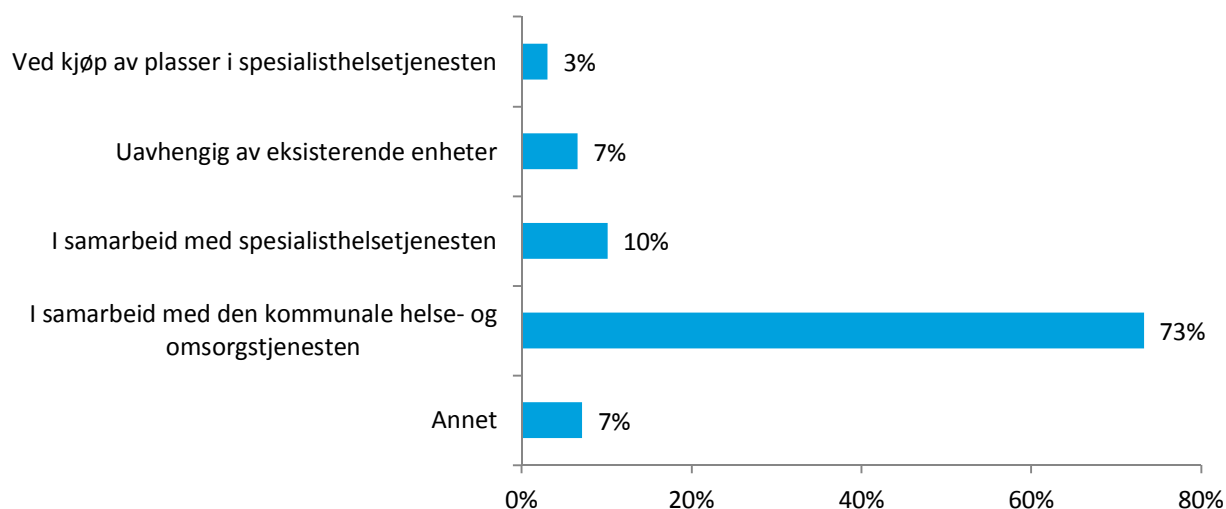
### 3.6 Organisering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Det er 198 kommuner i den landsdekkende undersøkelsen som oppgir at de er i søknadsfasen, etableringsfasen eller har åpnet øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Dette innebærer at kommunen har sendt søknad, men enda ikke mottatt tilskudd, at kommunen har mottatt tilskudd, men enda ikke åpnet tilbud eller at kommunen har åpnet kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. 59 % av kommunene som deltok i undersøkelsen befinner seg i én av disse fasene.

#### 3.6.1 Hvordan øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er organisert, eller planlagt organisert

Den nasjonale undersøkelsen kartlegger hvordan øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er organisert, eller planlagt organisert i disse kommunene. 3 % svarte ved kjøp av plasser i spesialisthelsetjenesten, 7 % svarte at tilbudet er uavhengig av eksisterende enheter og 10 % i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. 73 % svarte at tilbudet er organisert eller planlagt organisert i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

**Hvordan er øyeblikkelig hjelp døgntilbudet organisert, eller planlagt organisert?**



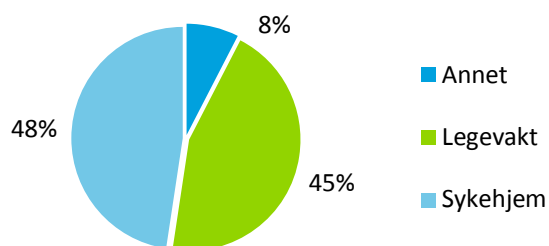
**Figur 18: Oversikt over organiseringen eller den planlagte organiseringen av øyeblikkelig hjelp døgntilbudet (n=198); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

I forhold til hvordan det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er organisert er det en viss variasjon i svarfordelingen med bakgrunn i om kommunene har et interkommunalt samarbeid eller ikke. Av de spurte kommunene svarer 151 kommuner at de har et interkommunalt samarbeid. Av disse kommunene svarer 68 % at de har organisert, eller planlagt organisert døgntilbudet i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Til sammenligning har 46 av de spurte kommunene ikke et slikt

interkommunalt samarbeid. Av disse svarer 89 % at de har organisert tilbudet i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det kan dermed tyde på at en større andel av kommunene som ikke har inngått et interkommunalt samarbeid organiserer døgntilbudet i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn det som er tilfellet for kommuner som har et interkommunalt samarbeid. Undersøkelsen tyder også på at de kommunene som har et interkommunalt samarbeid i større grad organiserer sitt kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud i samarbeid med spesialisthelsetjenesten eller uavhengig av eksisterende enheter enn det som er tilfellet for kommuner som ikke har et interkommunalt samarbeid.

I forbindelse med at noen kommuner svarte «i samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten» ble det stilt et oppfølgingsspørsmål der kommunene ble bedt om å spesifisere hvilken tjeneste de samarbeider med. 45 % av kommunene svarte i forbindelse med legevakt og 48 % svarte i forbindelse med sykehjem. 8 % svarte andre i forbindelse med andre tjenester.

**Du svarte "i samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester", vennligst spesifiser hvilken tjeneste**



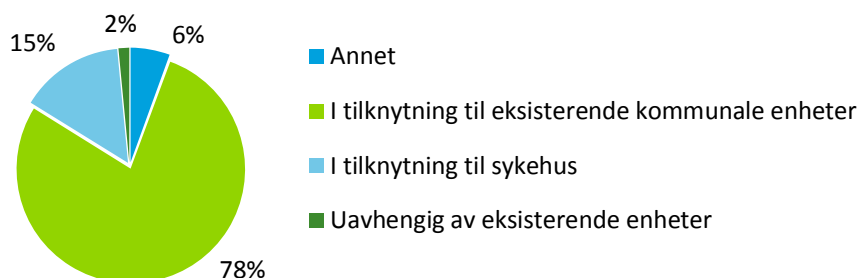
**Figur 19: Oversikt over hvilken kommunal helse- og omsorgstjeneste kommunen samarbeider med (n=145); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

Også for dette spørsmålet varierer svarene i forhold til om kommunene har et interkommunalt samarbeid eller ikke. 103 av kommunene har et interkommunalt samarbeid og 41 kommuner har ikke et slikt samarbeid. 56 % av kommunene som samarbeider har organisert tilbudet i forbindelse med legevakten og 36 % har organisert tilbudet i forbindelse med et sykehjem. Undersøkelsen viser at 17 % av de kommunene som ikke har et samarbeid har organisert tilbudet i forbindelse med legevakten og 76 % av disse kommunene har organisert tilbudet i forbindelse med sykehjem. Undersøkelsen tyder dermed på at de kommunene som har et interkommunalt samarbeid i større grad organiserer sitt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i samarbeid med legevakten enn det som er tilfellet for kommuner uten et slikt samarbeid. Videre tyder undersøkelsen på at de kommunene som ikke har et interkommunalt samarbeid i større grad har valgt å organisere døgntilbudet i forbindelse med et sykehjem.

### 3.6.2 Hvordan øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er fysisk plassert, eller planlagt plassert

Videre kartlegger undersøkelsen hvor det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er fysisk plassert eller planlagt plassert. På dette spørsmålet svarte 78 % av kommunene at tilbudet er plassert eller planlagt plassert i tilknytning til eksisterende kommunale enheter. 15 % av kommunene svarte i tilknytning til sykehus og kun 2 % svarte uavhengig av eksisterende avtaler.

**Hvor øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er fysisk plassert, eller planlagt plassert**

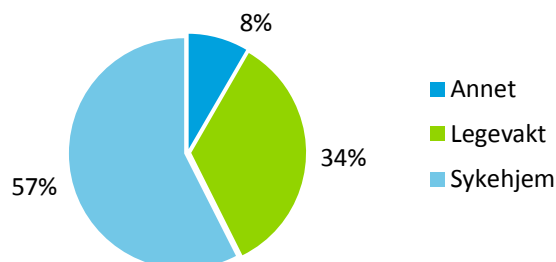


**Figur 20: Oversikt over hvor øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er fysisk plassert eller planlagt plassert (n=198); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

Også her varierer svarene noe i forhold til om kommunene har et interkommunalt samarbeid eller ikke. 96 % av kommunene som ikke har inngått et interkommunalt samarbeid svarte at øyeblikkelig hjelp døgntilbud er plassert, eller planlagt plassert i tilknytning til eksisterende kommunale enheter. For de kommunene som har inngått et samarbeid svarer 73 % at døgntilbudet er plassert, eller planlagt plassert i tilknytning til eksisterende kommunale enheter. Videre svarer 19 % av disse kommunene at tilbudet er plassert, eller planlagt plassert i tilknytning til sykehus. Resultatene tyder derfor på at kommuner uten interkommunalt samarbeid i større grad organiserer tilbudet sitt i tilknytning til eksisterende kommunale enheter enn det som er tilfellet for kommuner med et interkommunalt samarbeid.

Som en oppfølging av dette spørsmålet ble kommunene som «i tilknytning til eksisterende kommunale enheter» bedt om å spesifisere hvilken enhet øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er tilknyttet. 57 % av kommunene svarer i tilknytning til sykehjem, 34 % svarer i tilknytning til legevakt og 8 % av kommunene svarer i tilknytning til andre enheter.

**Du svarte "i tilknytning til eksisterende kommunale enheter" på hvor tilbudet er fysisk plassert, eller planlagt plassert. Vennligst spesifiser hvilken enhet**

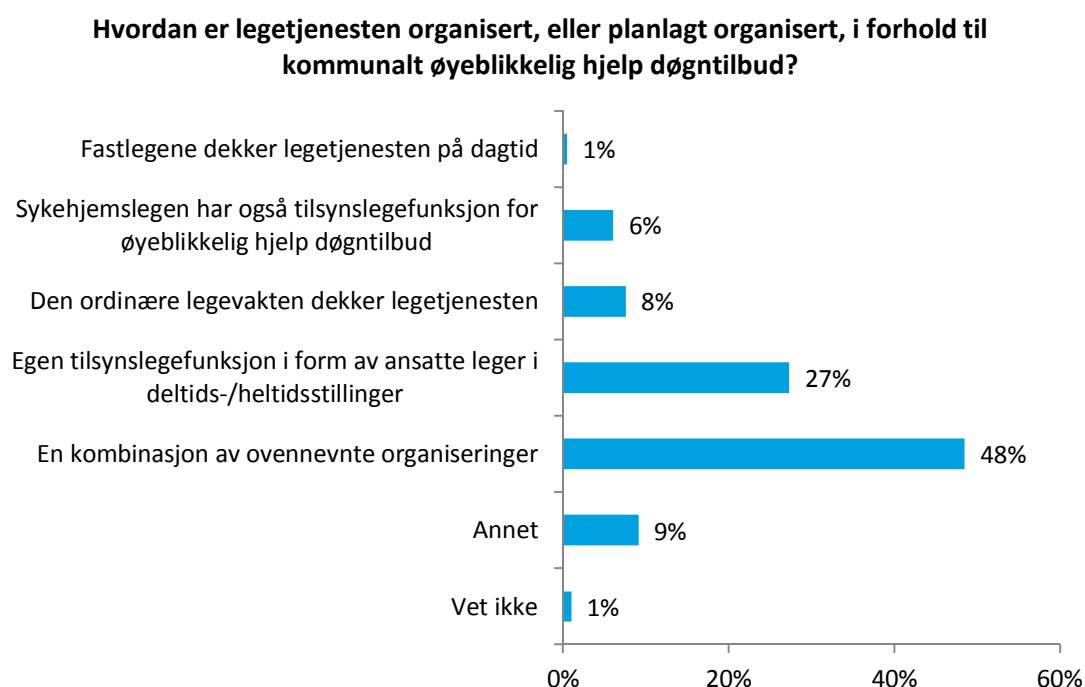


**Figur 21: Oversikt over hvilken kommunal enhet øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er plassert i tilknytning til (n=155); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

På dette spørsmålet svarer 91 % av kommunene som ikke har inngått samarbeid at de hadde organisert øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i tilknytning til sykehjem. For de kommunene som har inngått et interkommunalt samarbeid svarer 46 % i tilknytning til legevakten og 44 % i tilknytning til sykehjem. Av kommunene som besvarte dette spørsmålet har 44 ikke inngått et interkommunalt samarbeid, mens 110 kommuner har inngått et slikt interkommunalt samarbeid.

### 3.6.3 Organisering av legetjenesten i forhold til øyeblikkelig hjelp døgntilbud

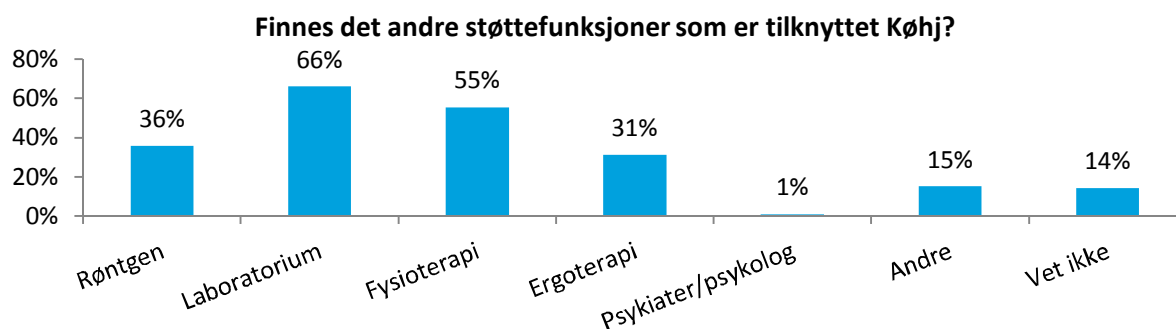
Undersøkelsen kartlegger videre hvordan legetjenesten er organisert, eller planlagt organisert, i forhold til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Kun 1 % av kommunene svarer at legetjenesten dekkes av fastlegene på dagtid. I 6 % av kommunene har sykehjemslegen også tilsynslegefunksjon for døgntilbudet. I 8 % av kommunene dekkes legetjenesten av den ordinære legevakten og 27 % av kommunene svarer at de har en egen tilsynslegefunksjon i form av ansatte leger i deltids-/heltidsstillinger. 48 % av kommunene svarer en kombinasjon av de nevnte organiseringsformene.



**Figur 22: Oversikt over hvordan legetjenesten er organisert, eller planlagt organisert, i forhold til kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud (n=155); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

### 3.6.4 Støttefunksjoner tilknyttet øyeblikkelig hjelp døgntilbudet

Kommuner som har åpnet et øyeblikkelig hjelp døgntilbud ble i tillegg spurt om støttefunksjoner tilknyttet tilbudet. De vanligste støttefunksjonene tilknyttet tilbudet omfatter røntgen, laboratorium, fysioterapi og ergoterapi. 66 % av de spurte kommunene har et laboratorium tilknyttet døgntilbudet. 36 % av kommunenes tilbud er tilknyttet røntgen, 55 % er tilknyttet fysioterapi og 31 % er tilknyttet ergoterapi. Noen av respondentene svarer også at de ikke har oversikt over støttefunksjonene tilknyttet dette tilbudet.



Figur 23: Støttefunksjoner tilknyttet øyeblikkelig hjelp døgntilbud (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling

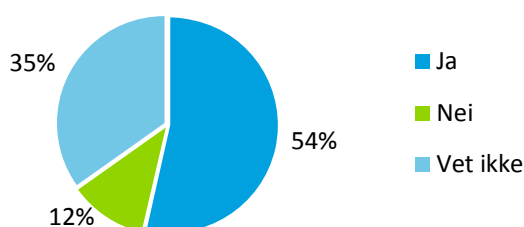
## 3.7 Erfaringer fra kommuner som har åpnet øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Av landets kommuner som deltok i undersøkelsen oppgir 112 kommuner at de har åpnet et øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Dette tilsvarer en andel på 33 % av kommunene som deltok i undersøkelsen.

### 3.7.1 Sykehusinnleggelser som følge av øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Blant kommunene som har åpnet tilbud antyder flertallet at øyeblikkelig hjelp døgntilbud har medført en reduksjon i antall sykehusinnleggelser. Hele 54 % av kommunene påpekte nettopp dette i undersøkelsen. Kun 12 % av kommunene angir at døgntilbudet ikke har medført en reduksjon i antall innleggelser. 35 % har ingen formening hvorvidt tilbudet har medført en reduksjon i antall sykehusinnleggelser eller ikke.

**Etter din skjønnsmessige vurdering, har det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet ført til en reduksjon i antall sykehusinnleggelser?**



Figur 24: Oversikt over hvorvidt kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud har medført en reduksjon i antall sykehusinnleggelser (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling

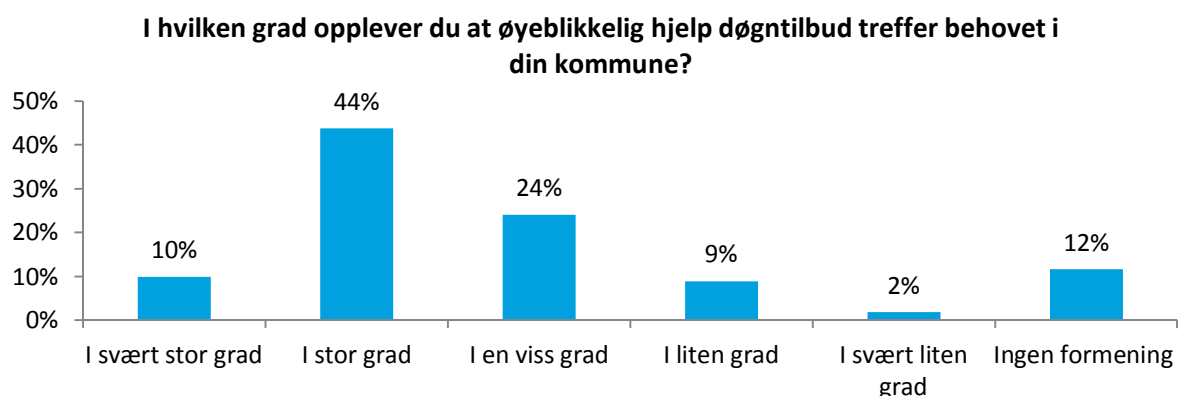
Svarene varierer i liten grad med hvilket regionalt helseforetak kommunene er tilknyttet. Andelen respondenter tilknyttet Helse Nord RHF som svarte «ja» på undersøkelsen er imidlertid noe større sammenlignet med kommuner tilknyttet andre regionale helseforetak.

Svarene varierer i noen grad av hvorvidt kommunen har inngått et interkommunalt samarbeid eller ikke. Av de 112 kommunene som har åpnet et øyeblikkelig hjelp døgntilbud svarer 75 kommuner at de har inngått et interkommunalt samarbeid, 36 kommuner svarer at de ikke har et slikt samarbeid og én av respondentene vet ikke hvorvidt kommunen har et slikt samarbeid eller ikke. 43 % av kommunene som har et interkommunalt samarbeid svarte «ja» på undersøkelsen. Disse kommunene svarer i større grad «vet ikke», sammenlignet med kommuner som ikke har et interkommunalt samarbeid. Kommuner uten et interkommunalt samarbeid svarte «ja» i 78 % av tilfellene. Disse kommunene svarte «vet ikke» i 17 % av tilfellene. Til sammenligning svarte kommuner med et interkommunalt samarbeid «vet ikke» i 44 % av tilfellene.

Undersøkelsen tyder dermed på at en større andel av kommuner med et interkommunalt samarbeid er av den oppfatning at øyeblikkelig hjelp døgntilbudet har ført til en reduksjon i antall sykehusinnleggelser enn hva som er tilfellet for kommuner uten et interkommunalt samarbeid. Disse kommunene uten et slikt samarbeid er i større grad usikre på hvorvidt døgntilbudet har medført en reduksjon i antall sykehusinnleggelser.

### 3.7.2 I hvilken grad øyeblikkelig hjelp døgntilbudet treffer behovet i kommunen

På spørsmålet om øyeblikkelig hjelp døgntilbudet treffer behovet i kommunen svarer 54 % av respondentene at tilbudet i svært stor grad eller i stor grad treffer behovet i kommunen. 24 % av respondentene svarer at tilbudet treffer behovet i kommunen i en viss grad. 11 % av respondentene svarer at de opplever at tilbudet i liten eller i svært liten grad treffer behovet i kommunen.



**Figur 25: Oversikt over i hvilken grad øyeblikkelig hjelp døgntilbud treffer behovet i kommunene (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

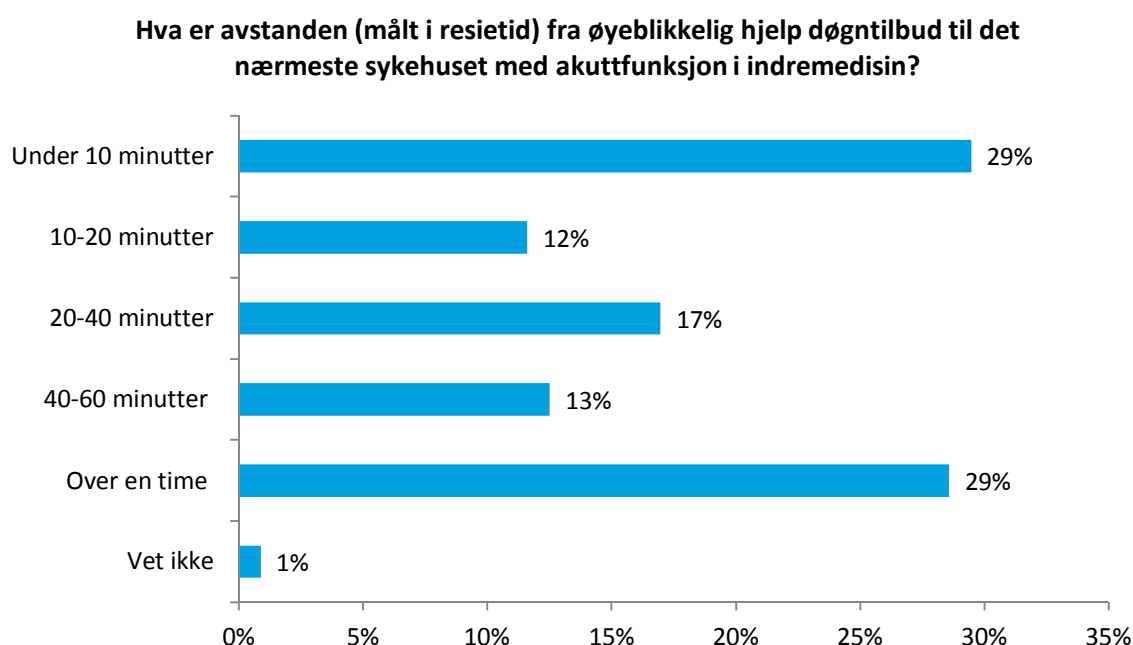
Svarene varierer også her avhengig av hvorvidt kommunen har inngått et interkommunalt samarbeid eller ikke. I de 75 kommunene som har inngått et interkommunalt samarbeid svarte 47 % av respondentene at de opplever at øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i svært stor grad eller i stor grad treffer behovet i kommunen. Til sammenligning svarer 67 % av respondentene i de 36 kommunene uten et interkommunalt samarbeid at døgntilbudet i svært stor grad eller i stor grad treffer behovet i kommunen. Det ser dermed ut som at



kommuner som ikke har inngått et interkommunalt samarbeid i større grad opplever at det kommunale døgntilbudet treffer behovet i kommunen, sammenlignet med kommuner som har inngått et interkommunalt samarbeid.

### 3.7.3 Avstand til nærmeste kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud

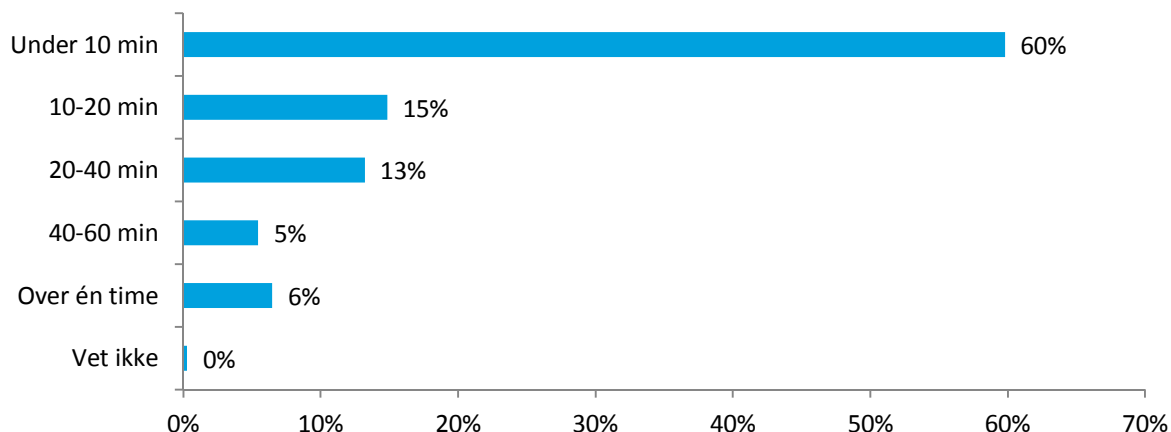
Undersøkelsen kartlegger videre avstanden, målt i reisetid, fra kommunens øyeblikkelig hjelp døgntilbud til det nærmeste sykehuset med akuttfunksjon i indremedisin. 41 % av døgntilbudene er lokalisert med en avstand på mindre enn 20 minutter til det nærmeste sykehuset med en slik akuttfunksjon i indremedisin. 58 % av døgntilbudene er lokalisert med en avstand mindre enn 40 minutter og 32 % av tilbudene er lokalisert med en avstand på mer enn 40 minutter til nærmeste sykehus med allerede nevnte akuttfunksjon. Blant kommuner som svarer over en time skjuler det seg store variasjoner i reisetid og for innbyggerne i enkelte kommuner i Nord-Norge er det opptil 3,5 timer reisevei til nærmeste sykehus.



**Figur 26: Andel kommuner fordelt etter avstand fra øyeblikkelig hjelp døgntilbud til det nærmeste sykehuset med akuttfunksjon i indremedisin (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

Det fremgår tydelig fra undersøkelsen at flertallet, 60 %, av landets innbyggere har under 10 minutter til nærmeste sykehus med akuttfunksjon i indremedisin. 88 % av landets innbyggere har mindre enn 40 minutter til nærmeste sykehus. Det er kun 6 % av landets innbyggere som har mer enn én time fra øyeblikkelig hjelp døgntilbudet til nærmeste sykehus med akuttfunksjon i indremedisin. Hvordan avstanden til sykehusene varierer med andel innbyggere illustreres i den følgende grafen.

### Hva er avstanden (målt i resietid) fra KØhj til det nærmeste sykehuset med akuttfunksjon i indremedisin?

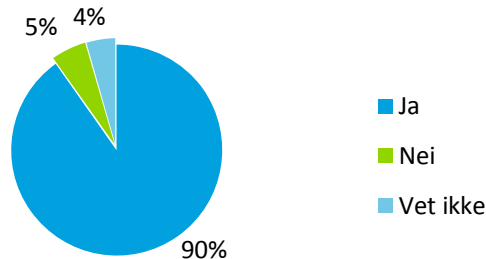


Figur 27: Andel innbyggere fordelt etter avstand fra øyeblikkelig hjelp døgntilbud til det nærmeste sykehuset med akuttfunksjon i indremedisin (n= 1 898 562); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling

#### 3.7.4 Registreringssystemer, liggedøgn og årsverk tilknyttet øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Videre oppgir det store flertallet, og 90 % av kommunene, at de har systemer for å registrere bruken av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Kun 5 % av kommunene oppgir at de ikke har systemer for dette. Samtidig svarer 4 % av respondentene at de er usikre på hvorvidt kommunen har et slikt system eller ikke.

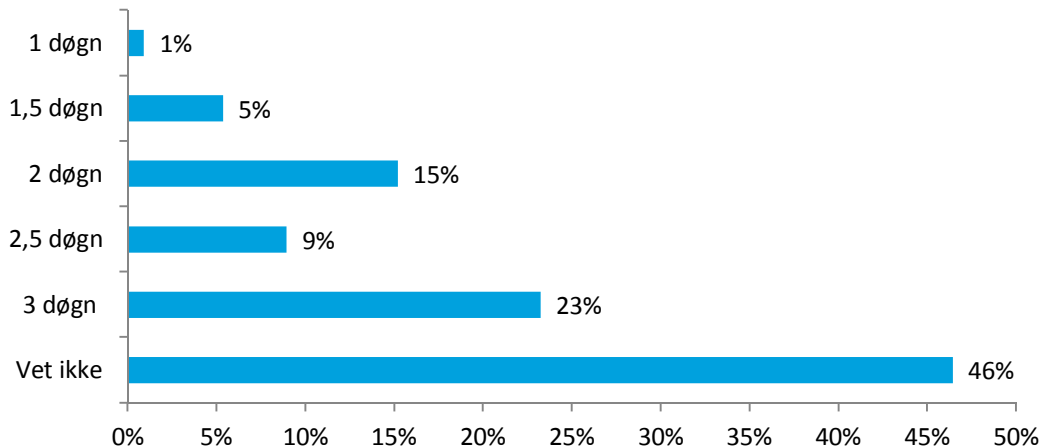
#### Finnes det et system for å registrere bruken av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud?



Figur 28: Oversikt over system for å registrere bruken av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling

Til tross for at 90 % av kommunene oppgir at de har systemer for å registrere bruken av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud fremgår det at nesten halvparten av respondentene i kommunene ikke har oversikt over gjennomsnittlig antall liggedøgn per pasient. Noe av forklaringen på dette kan imidlertid være at respondentene mest sannsynlig ikke hadde denne informasjonen tilgjengelig på tidspunktet undersøkelsen ble besvart. 23 % av kommunene angir at gjennomsnittlig liggedøgn er 3 døgn. 24 % angir at gjennomsnittlig liggedøgn er 2 eller 2,5 døgn. 6 % av kommunene angir at gjennomsnittlig antall liggedøgn er 1 eller 1,5 døgn. For nærmere informasjon om gjennomsnittlig antall liggedøgn henvises det til figuren nedenfor.

### Gjennomsnittlig liggedøgn per pasient



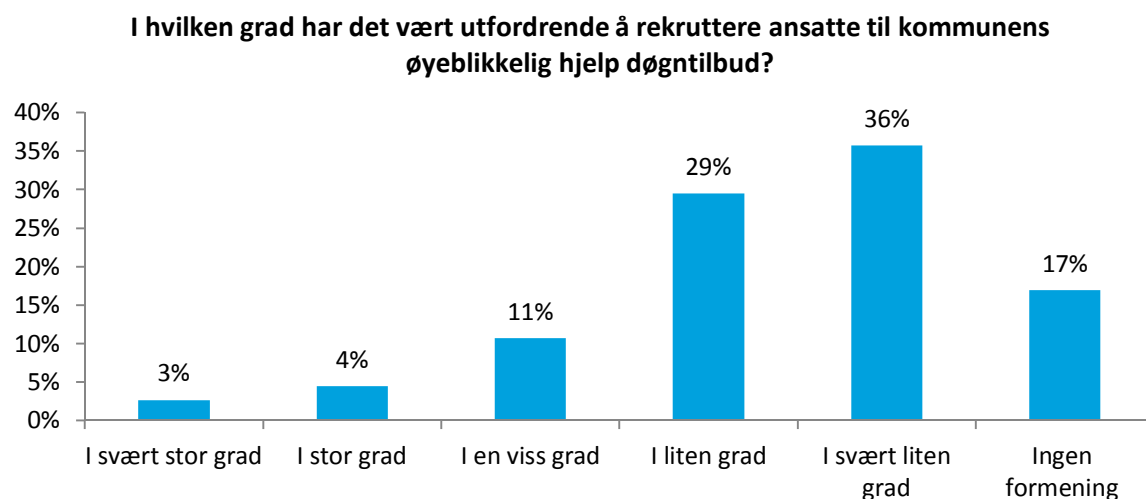
**Figur 29: Gjennomsnittlig liggedøgn per pasient (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

Respondentene i kommunene svarte også på spørsmål angående årsverk tilknyttet øyeblikkelig hjelp døgntilbudet fordelt på ulike stillingsområder. 71 % av kommunene har 1,5 legeårsverk eller mindre i sine døgntilbud. 48 % av kommunene har 2 spesialsykepleierårsverk eller mer. Samtidig svarer 57 % av kommunene at de har 2 eller flere sykepleierårsverk. 28 % av kommunene svarer også at de har 2 eller flere helsefagarbeiderårsverk. Resultatene fra undersøkelsen synes i stor grad å bære preg av at respondentene i kommunene ikke har kjennskap til årsverk tilknyttet øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. Tallene indikerer også at årsverk tilknyttet døgntilbudet kan ha blitt oppfattet noe forskjellig av respondentene. For nærmere detaljer henvises det til den følgende tabellen.

Antall årsverk tilknyttet øyeblikkelig hjelp døgntilbud fordelt etter stilling				
Antall årsverk	Legeårsverk	Spesialsykepleierårsverk	Sykepleierårsverk	Helsefagarbeiderårsverk
0,5	25	4	5	8
1	24	13	14	10
1,5	10	1	1	2
2	7	16	4	4
2,5	3	-	2	1
3	4	8	4	1
Flere enn 3	8	21	49	12
Vet ikke	15	31	23	28
Sum	96	94	102	66

**Tabell 5: Antall årsverk tilknyttet øyeblikkelig hjelp døgntilbud fordelt etter stilling (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

Det ble også kartlagt i hvilken grad kommunene synes det har vært utfordrende å rekruttere ansatte til det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. Kun 7 % av kommunene svarer at det i stor grad eller i svært stor grad har vært utfordrende å rekruttere ansatte. 11 % av kommunene svarer at det i en viss grad har vært utfordrende å rekruttere ansatte. 65 % av kommunene svarer at det i liten grad eller svært liten grad har vært utfordrende å rekruttere ansatte til øyeblikkelig hjelp døgntilbudet.



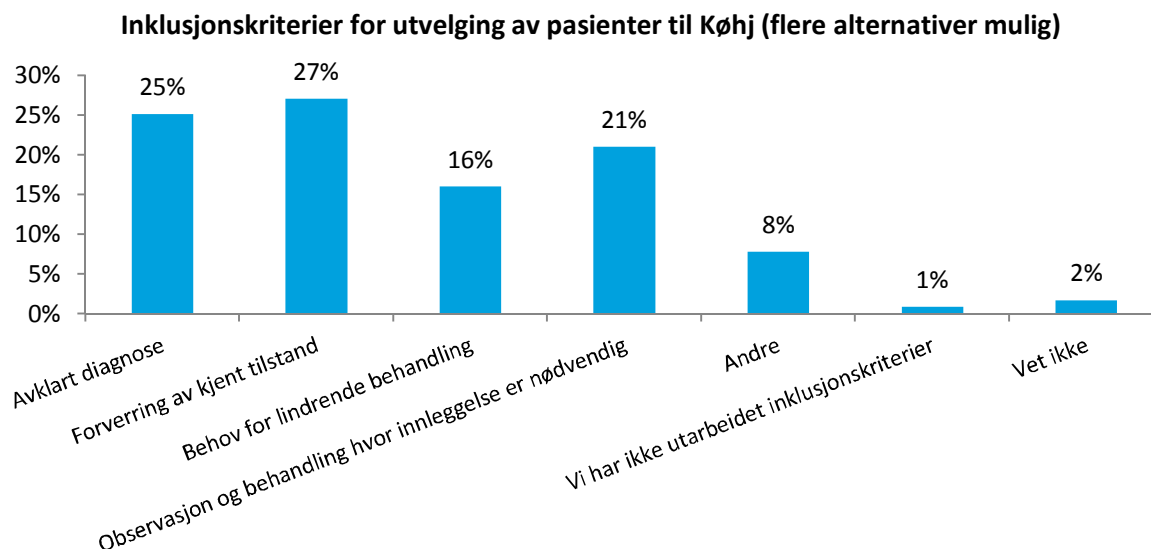
**Figur 30: Oversikt over i hvilken grad kommunene synes det har vært utfordrende å rekruttere ansatte til øyeblikkelig hjelp døgntilbud (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

I kommentarene ble dette bildet nyansert noe og flere kommuner opplyser at de har utfordringer med legedekningen og problemer med rekruttering av leger. Rekruttering av sykepleiere er derimot mindre problematisk for de aller fleste kommunene.

### **3.7.5 Inklusjonskriterier for utvelging av pasienter til øyeblikkelig hjelp døgntilbud**

Gjennom undersøkelsen ble det også kartlagt hvilke inklusjonskriterier som finnes i de ulike kommunene for utvelging av pasienter til øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. På bakgrunn av innholdet i veilederen fra Helsedirektoratet og kommunenes søknader om tilskudd, ble følgende inklusjonskriterier valgt som svaralternativer da de forekom hyppig; avklart diagnose, forverring av kjent tilstand, observasjon og behandling hvor innleggelse er nødvendig samt behov for lindrende behandling. Det er viktig å presisere at disse kriteriene ikke er gjensidig utelukkende og på langt nær uttømmende. Det forekommer en lang rekke andre inklusjonskriterier i kommunenes søknader som ikke ble tatt med som egne svaralternativer. Respondentene som svarte «annet» fikk imidlertid et oppfølgingsspørsmål om hvilke andre kriterier de hadde.

I henhold til respondentenes svar er avklart diagnose, forverring av kjent tilstand og observasjon og behandling hvor innleggelse er nødvendig de tre vanligste inklusjonskriteriene. Kommunene kunne velge flere enn ett svaralternativ. Kun noen svært få kommuner har ikke utarbeidet inklusjonskriterier

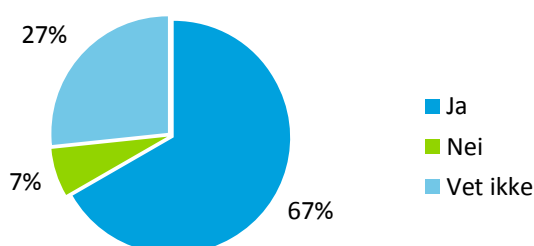


**Figur 31: Inklusjonskriterier for utvelging av pasienter til øyeblikkelig hjelp døgntilbud (n=358); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

I de åpne kommentarene ble en lang rekke inklusjonskriterier listet opp, for en fullstendig oversikt henvises det til databasen med oversikt over svar fra undersøkelsen. Enkelte kommuner påpeker i denne sammenheng at de mener det er for mye fokus på diagnose og for lite på funksjonsnivå knyttet til øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Det blir argumentert med at pasienter ofte kan ha flere diagnoser, og at funksjonsnivå er mer relevant for hvor pasienten bør få et tilbud. Flere påpeker også, som tidligere nevnt, usikkerhet knyttet til hvilken pasientgruppe tilbudet faktisk skal rettes mot og dermed hvilke inklusjonskriterier som er hensiktsmessige.

For de kommunene som har inklusjonskriterier og åpnet et tilbud ble det også kartlagt hvorvidt kommunene opplever inklusjonskriteriene som tilstrekkelige. I forbindelse med dette svarer 67 % av respondentene at kriteriene er tilstrekkelige, 27 % har ingen formening og 7 % opplever at inklusjonskriteriene ikke er tilstrekkelige.

**Opplever dere at inklusjonskriteriene er tilstrekkelige?**



**Figur 32: Hvorvidt kommunene opplever at inklusjonskriteriene er tilstrekkelige (n=105); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling**

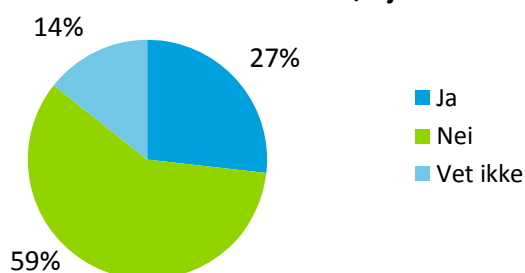
Relatert til dette ble det trukket frem utfordringer i de åpne kommentarene. Flere nevner at diagnostisering av pasientene er svært (ressurs)krevende og kan være problematisk i et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud, ettersom man mister muligheten til en «second opinion» fra en annen lege, slik man gjerne har i spesialisthelsetjenesten. Det er også den samme legen som ser til pasienten ved flere anledninger til forskjell fra sykehus. Noen

respondenter stiller i lys av dette spørsmål om det hadde vært en bedre løsning (både med tanke på forsvarlighet og ressursmessig) at pasienten ble grundig utredet og diagnostisert på sykehus, for deretter å bli henvist til kommunal behandling når diagnose og behandlingsforløp er avklart.

### 3.7.6 Oversikt over hvorvidt kommunen har planer om å styrke hjemmetjenesten for å redusere behovet for øyeblikkelig hjelp døgntilbud

KS var opptatt av at undersøkelsen også skulle fange opp alternative måter kommuner eventuelt forbereder seg til lovendringen på, og det ble derfor stilt spørsmål om hvorvidt kommunen har planer om å styrke hjemmetjenesten for å redusere behovet for øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Av de 112 kommunene som allerede har åpnet et tilbud svarer 27 % at de allerede har styrket hjemmetjenesten eller at de har planer om å styrke hjemmetjenesten for å redusere tilbudet. 59 % av kommunene som har åpnet et tilbud svarer at kommunen ikke har styrket hjemmetjenesten eller at de ikke har planer om å styrke hjemmetjenesten for å redusere tilbudet for øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Har din kommune planer om å styrke hjemmetjenesten for å redusere behovet for KØhj?



Figur 33: Kommunens planer om å styrke hjemmetjenesten for å redusere behovet for øyeblikkelig hjelp døgntilbud (n=112); Kilde: Spørreundersøkelse om status av etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, Deloitte egen framstilling

Dette spørsmålet ble også stilt til kommuner som enda ikke har åpnet sitt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Det er 226 kommuner som ikke har åpnet et slikt tilbud. Av disse kommunene svarer 52 % av respondentene at kommunen ikke har noen planer om å styrke hjemmetjenesten for å redusere behovet for øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Videre svarer 34 % av kommunene at de har planer om å styrke hjemmetjenesten og 14 % av kommunene vet ikke hvorvidt dette er planlagt eller ikke. Svarene tyder dermed på at en mindre andel kommuner som enda ikke har åpnet sitt tilbud har planer om å styrke hjemmetjenesten enn det som er tilfellet for kommuner som allerede har åpnet sitt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

I kommentarfeltene i spørreundersøkelsen fremkommer det også at flere kommuner allerede har styrket hjemmetjenesten, eller at de har planer om å gjøre dette, i forbindelse med samhandlingsreformen generelt og på bakgrunn av befolkningsutviklingen kommunen står overfor. En del kommuner rapporterer også at de ser et tydelig behov for å styrke hjemmetjenesten, men at den økonomiske situasjonen ikke gjør det mulig. Blant kommuner som allerede har styrket hjemmetjenesten er det både snakk om økt bemanning og kompetanseheving hos de ansatte. En del kommuner nevner at det parallelt med oppbygging og styrking av hjemmetjenesten foregår en nedbygging av sykehjemmene. Dette som et resultat av lavere behov for sykehjemsplasser sammen med et ønske om å redusere bruk av institusjonsplasser og beholde folk lengst mulig hjemme. Enkelte nevner at

de bygger flere omsorgsboliger med heldøgns bemanning. I tillegg til utbygging av omsorgsboliger, økte ressurser og kompetanse, satses det også på rehabilitering/hverdagsrehabilitering i mange kommuner.

### **3.8 Database i tilknytning til spørreundersøkelsen**

Svarene fra spørreundersøkelsen, utenom kommentarene fra fritekstfeltene, vil være tilgjengelige i en database på KS sin hjemmeside. Hensikten er at databasen skal kunne benyttes for informasjonsutveksling mellom kommuner i forbindelse med etablering og drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Som vedlegg i denne rapporten finnes kun en oversikt over alle kommuner som har svart på spørreundersøkelsen og hvilken fase kommunen befinner seg i.

# 4. Intervju og casestudie

## 4.1 Overordnede funn

I etterkant av spørreundersøkelsen ble 15 utvalgte kommuner kontaktet for innhenting av kvalitative data knyttet til etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene. Det ble gjennomført telefonintervju med informanter fra disse 15 kommunene. I tillegg til ble det gjennomført et besøk hos Oslo kommunes øyeblikkelige hjelp tilbud (KAD) lokalisert på Aker sykehus. I det følgende gjengis informasjonen innhentet gjennom intervjuene, mens Oslo kommunes tilbud beskrives som et eget case til slutt i kapittelet.

### 4.1.1 Kommunenes holdninger og erfaringer

Hovedinntrykket fra intervjuene er at kommunene opplever øyeblikkelig hjelp døgntilbud som noe positivt, selv om mange også påpeker at det er tidlig å trekke slutninger. Like fullt har kommunene som allerede har startet opp gode erfaringer og sier at både ansatte og pasienter er fornøyde med tilbudet. Samtidig trekker mange av kommunene fram utfordringer knyttet til samhandling med legetjenesten (både fastleger, legevaktsleger og kommuneoverleger) og helseforetaket.

Hovedelementene knyttet til de positive sidene ved kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud handler om et mer utfordrende og stimulerende fagmiljø blant helsepersonell, nærhet mellom pasient og behandler/behandlingssted, som både muliggjør et mer helhetlig behandlingsforløp og skaper trygghet for pasienten, samt det faktum at pasienten slipper å legges inn på sykehus.

Når det gjelder utfordringer er dette særlig relatert til samhandling, både internt og eksternt i kommunen, og informasjon om tilbudet til leger og befolkningen. Samtlige kommuner sier at dialog og samarbeid med legetjenesten er helt avgjørende for at tilbudet skal fungere. Gjennomgående er det slik at kommunene som er mest positive også rapporterer om et nært og godt samarbeid med legene og sykehuset, og trekker dette fram som hovedårsaken til at tilbudet er velfungerende. Kommuner som i større grad opplever utfordringer forklarer dette i stor grad med mangelfullt eller krevende samarbeid med legene og/eller sykehuset.

Å nå ut med informasjon til relevante mottakere nevnes av flere som en utfordring, særlig i større kommuner. En del av informantene påpeker at de i ettertid ser at de kunne gjort en bedre jobb knyttet til dette, selv om mange også har gjennomført flere ulike tiltak for å spre informasjon gjennom ulike kanaler. Informantene nevner her allmøter i kommune, informasjon gjennom media, trykte veiledere, hjemmesider, besøk hos fastlegene, informasjon på møter i brukerorganisasjoner og eldreråd o.l. Enkelte små kommuner som ikke inngår i interkommunale samarbeid opplever at det er en fordel å kun skulle nå ut med relevant informasjon internt i kommunen, og at de dermed er spart for eventuelle kommunikasjonsutfordringer som oppstår jo flere aktører som skal involveres. Det er likevel ikke slik at andre små kommuner, som samarbeider med andre, trekker fram slike utfordringer. Men de påpeker like fullt at det er viktig å legge til rette for at informasjonen når ut ved å ha jevnlig møter hvor alle kommunene deltar.

De fleste kommunene i intervjuundersøkelsen har ikke opplevd vanskeligheter med å rekruttere ansatte, selv om det fra enkelte (små kommuner) nevnes at de har problemer med



legedekningen og opplever utfordringer med å rekruttere leger til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Utfordringene ser i midlertid primært ut til å gjelde rekruttering av leger og ikke annet helsepersonell. Mange av informantene forteller at kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud er noe sykepleierne ønsker å jobbe med og at det skaper et fagmiljø som tiltrekker seg nye fagfolk, dette gjelder uavhengig av kommunestørrelse. Flere nevner også at helsepersonell tilknyttet tilbudet opplever arbeidet som mer stimulerende og at det er gøy å jobbe med det. Dette har positive ringvirkninger og medfører blant annet at de ansatte i større grad håndterer utfordringer og utfører arbeidet med mer selvtillit og engasjement. Alle kommunene har også fokus på kompetanseheving blant sykepleierne i forbindelse med etableringen av tilbudet. En kommune påpeker også at sykefraværet blant helsearbeiderne i kommunen har gått ned etter at tilbudet startet opp.

I det videre utdypes informasjonen innsamlet gjennom intervjuene.

## **4.2** **Prosess, organisering og bruk av tilbudet**

### **4.2.1** **Prosess**

Informantene ble innledningsvis i intervjuet bedt om å gi en kort beskrivelse av hvordan prosessen rundt kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud hadde vært, eller var i kommunen. De aller fleste fortalte at de hadde hatt, eller var i en kokret prosess med grundig utredning. Flere av kommunene som ikke har søkt om tilskudd hadde like fullt hatt en pågående prosess over lengre tid knyttet til øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Det var dermed ikke mangel på fokus som var årsak til at kommunen ikke har kommet lenger, men uavklarte faktorer.

Særlig fire faktorer ser ut til å være av betydning for prosessen;

- avklaring av hvilke pasienter tilbudet skal rettes mot
- spørsmål om samarbeid med nabokommuner (gjelder særlig mindre kommuner)
- lokalisering av tilbudet
- forholdet til legetjenesten og helseforetaket

Mange av informantene vektla betydningen av enkeltpersoner i prosessene. Særlig gjaldt dette i mindre kommuner, men også større kommuner fortalte om enkeltpersoner som hadde en spilt en svært sentral rolle, og mer eller mindre var årsaken til at tilbudet kom på plass. Det ble videre nevnt at denne personavhengigheten er problematisk og at de savner en sterkere og tydeligere rolle fra Helsedirektoratets side, slik at man ikke blir avhengig av enkeltpersoner for å få til et velfungerende tilbud. Hovedsakelig ble enkeltpersoner trukket fram i positiv forstand ved at de har stått på, hatt tro på prosjektet, fått med seg alle involverte parter etc. Noen få fortalte om enkeltpersoner (leger) som hadde skapt store utfordringer ved å yte motstand mot å ta i bruk tilbudet. Det ble ikke spurt eksplisitt om respondentene visste hvorfor enkelte leger var motvillige, men gitt utlegningene rundt dette gis det et inntrykk av at enkelte leger anser tilbudet som uklart, unødvendig, uegnet, eller uforsvarlig. Å undersøke dette nærmere anses som svært relevant, gitt legens sentrale rolle knyttet til øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Informantene vektla også samarbeidet med helseforetaket, med hensyn til avklaring av ansvar og samarbeidsavtalen, som en viktig del av prosessen og av stor betydning for hvordan arbeidet med etablering av kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud hadde fortonet seg. På dette punktet er det store variasjoner mellom kommunene når det gjelder i hvilken

grad de opplever å spille på lag med helseforetaket eller ikke. Det er imidlertid ikke avdekket noe mønster knyttet til hvor samhandlingen ser ut til å fungere godt, eller mindre bra, men dette har heller ikke vært fokus i undersøkelsen. Hovedsakelig opplever kommunene å være den «den svake part» sammenlignet med Helseforetaket, men hvorvidt det ansees som et problem varierer.

Det var gjennomgående lite fokus på økonomiske aspekter i beskrivelsene av prosessene, selv om det ble nevnt av noen små kommuner, som årsak til samarbeid.

Blant kommunene som har startet opp tilbudet, nevnte flere at kommunen hadde valgt å starte opp i småskala, for så å utvide i neste fase etter erfaringer og evalueringer fra første fase. Dette gjaldt både antall senger og alvorlighetsgraden på pasientenes sykdom/skade (mindre krevende pasienter i fase 1). Erfaringene fra en slik oppstart og etablering av tilbudet var positive.

#### **4.2.2 Organisering og bruk av tilbudet**

Videre ble informantene som representerte kommuner som har åpnet tilbudet bedt om å nevne fordeler og ulemper ved ulik organisering. Når det gjelder fysisk lokalisering av tilbudet kom det fram at kommuner som hadde etablert tilbudet i tilknytning til legevakt er svært fornøyde med dette av flere årsaker. For det første er nærheten til lege døgnet rundt en stor fordel. I tillegg ble det trukket fram at både pasienter og leger opplever større trygghet ved å være tilknyttet legevakten, enn sykehjemmet. Det ble her presisert at dette ikke nødvendigvis handler om faktisk trygghet, men opplevd trygghet. Dette spiller like fullt en viktig rolle og medfører at leger i større grad benytter tilbudet og at pasientene er mer positive til å legges inn, enn dersom tilbudet er plassert på, eller i tilknytning til, sykehjem i følge flere informanter. En kommune som har lagt tilbudet i tilknytning til legevakt fortalte at de har hatt en mye lavere gjennomsnittsalder på innleggelsene enn forventet (40-60 år). Kommunen mener dette er fordi sengene er plassert på legevakten og ikke på sykehjemmet, og påpekte at yngre ikke vil ligge på sykehjem. Det må imidlertid presiseres at det blant kommuner som har lagt tilbudet til sykehjem, ikke er en misnøye forbundet med lokaliseringen.

Som tidligere nevnt er lokalisering av tilbudet et resultat av mange faktorer, men et viktig element er variasjonen mellom kommuner som inngår i interkommunale samarbeid og ikke. En stor andel av små kommunene inngår i interkommunale samarbeid, som regel med flere andre små kommuner og minst en mellomstor, eller stor kommune. I slike tilfeller er det mest utbredt å legge tilbudet i en av de større kommunene som inngår i samarbeidet. Videre viser det seg at det i interkommunale samarbeid er mest utbredt å legge tilbudet tilknytning til legevakt, mens det blant kommuner som ikke samarbeider, er mer utbredt å legge tilbudet til sykehjem. Hvordan disse variasjonene faktisk påvirker tilbudet er et viktig aspekt som bør utredes nærmere etter hvert som tilbudene blir brukt.

Når det gjelder organisering av tilbudet i samarbeid med nabokommuner, eller alene ble det nevnt fordeler og ulemper med begge alternativene. Hovedvekten av informantene forsvarte imidlertid den måten de hadde organisert tilbudet og mener dette er den beste løsningen for sin kommune. Blant større kommuner er det av mindre betydning hvorvidt de samarbeider med andre kommuner, eller ikke. De har uansett ressurser for å drive tilbudet alene, men flere nevnte at de gjerne vil ta et samfunnsansvar ved å la mindre nabokommuner få være en del av deres tilbud. I mindre kommuner er det av langt større betydning og dermed også

forbundet med vanskeligere avveiiingsprosesser og delte meninger om valg av organiseringsform. For en liten kommune vil samarbeid i stor grad innebære at tilbudet ikke er plassert i egen kommune.

Kommuner som samarbeider med andre gjør det hovedsakelig av to grunner. Enten har ikke kommunen forutsetninger (ressursmessig) for å drive alene, eller så mener de at de tjener mer på samarbeid, enn de taper på å ikke ha tilbudet i egen kommune (lenger reisevei).

Hovedfordelene som ble trukket fram ved å drive et øyeblikkelig hjelp døgntilbud i samarbeid med andre kommuner, er bedre tilgang på ressurser, et mer stabilt arbeidsmiljø og dermed mindre bruk av vikarer samt større fagmiljø. Hovedfordelene som ble trukket fram ved å drive et øyeblikkelig hjelp døgntilbud alene i egen kommune, er nærhet til innbyggerne, små forhold hvor de ansatte og pasientene kjenner hverandre (gjelder små kommuner), og at man slipper utfordringer knyttet til kommunikasjon mellom kommuner (både med tanke på IT-systemer, å nå ut med informasjon til alle berørte parter og involvering av flere i avgjørelsene).

Det er delte meninger og erfaringer knyttet til små kommuners mulighet til å drive tilbudet alene. En mindre kommune som har drevet tilsvarende i flere år i et interkommunalt samarbeid, kan ikke forstå at det er mulig å etablere nødvendig kompetanse for én til to senger i et vanlig sykehjem, og mener det er alt for ressurskrevende. Andre igjen, er svært fornøyde med å drive alene, og sier det fungerer optimalt for dem, på tross av at de er en liten kommune.

Enkelte informanter i små kommuner mener at tilbudet ikke hadde blitt brukt i like stor grad dersom det var lenger reisevei og/eller mindre kjent hos legene og befolkningen, noe som hadde vært resultatet dersom de ikke hadde hatt tilbudet i egen kommune. En annen utfordring som ble nevnt av flere er tilfeller der pasienten enten må reise forbi sykehuset til det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet, eller motstrøms av sykehuset. Kommuner som inngår i interkommunale samarbeid merker en klar tendens til at de av kommunene som står overfor denne situasjonen, benytter tilbudet i mindre grad, enn kommuner som ikke må frakte pasientene motstrøms, eller forbi sykehuset. Samtidig påpekte andre informanter at det ikke er problematisk for pasientene å reise motstrøms ettersom tilbudet har et svært godt rykte blant innbyggerne.

Blant de negative konsekvensene av etableringen av et øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene trakk enkelte av informantene fram økt administrasjon og papirarbeid.

### **4.3 Samhandling**

Et gjennomgående trekk ved intervjuene var informantenes vektlegging av samhandling og samarbeid. Enten i kraft av å være nøkkelen til et velfungerende tilbud, eller forbundet med den største utfordringen der samhandlingen var mangelfull, krevende eller fraværende. Særlig ble samhandling med legetjenesten, helseforetaket/sykehuset og hjemmetjenesten trukket fram som sentralt. I det følgende beskrives hovedbudskapene knyttet til samhandlingen med de ulike partene.

#### **4.3.1 Legetjenesten**

Alle informantene nevnte samarbeidet med legetjenesten som det springende punkt for hvorvidt tilbudet ble benyttet. Mange opplever at legene kan være en flaskehals for tilbudet og påpekte at en viktig forutsetning for å få tilbudet til å bli brukt er å gjøre noe med

legevaksorganiseringen. Erfaringene fra kommunene som har startet opp er at nye leger og vikarer i stor grad legger pasientene inn på sykehus, mens mer erfarne og etablerte leger er langt flinkere til å benytte tilbudet. Disse poengene og erfaringene ser ut til å være gjennomgående, uavhengig av kommunistørrelse og hvorvidt kommunen inngår i et interkommunalt samarbeid, eller ikke.

Som tidligere nevnt trakk flere av informantene fram betydningen av enkeltpersoner. Særlig var det leger (bl.a. en dedikert lege på sykehuset eller kommuneoverlegen) som spilte en stor rolle og i følge informanten «reddet situasjonen» ved å ha tro på prosjektet. Gjennom å ha med en lege som støttet prosjektet, var det mye større sjanse for at resten av legene ble positivt innstilt og også at informasjon i større grad nådde ut til legene. Å involvere legene gjennom hele prosessen og derigjennom legge til rette for at legene følte eierskap til tilbudet, ble trukket fram som helt avgjørende elementer.

I tillegg er det som nevnt avgjørende å nå ut med informasjon om tilbudet til legene i kommunen. Flere informanter viste til at de hadde arrangert informasjonsmøter for fastlegene i kommunen, sendt ut brosjyrer og veiledningsmateriell, besøkt fastlegekontorene og annet. I tilfeller hvor legene var involvert i prosjektet gjennom arbeids- og prosjektgrupper, var det også en mer direkte informasjonsflyt ut til legene. Særlig større kommuner trakk fram utfordringer med å nå ut med informasjon til alle legene i kommunen, rett og slett på grunn av antallet leger.

#### **4.3.2 Helseforetak – sykehus**

Samhandlingen med sykehus og helseforetak ble også trukket fram som viktige elementer for prosessen generelt og for driften av tilbudet. Mange av de samme elementene knyttet til samhandling med legene, ble også nevnt når det gjaldt samhandling med sykehus og helseforetak. For det første ble det påpekt av samhandlingen ofte var svært personavhengig, og flere av informantene opplevde at dersom ikke sykehuset eller helseforetaket var på banen, var det vanskelig for kommunen å dra prosessen alene. I motsatt ende av skalaen var det andre som fortalte at ildsjeler på sykehuset med tro på tilbudet, spilte en stor rolle både i etableringsfasen og i etterkant av oppstart.

Å påse at alle involverte parter er delaktig i prosessen fra starten av, ser ut til å være en viktig forutsetning for legge til rette for samhandling mellom partene. I tillegg ble det trukket fram viktigheten av at partene også har nødvendig beslutningsmakt.

Flere av informantene fortalte at de gjennom samarbeidsavtalen hadde blitt enige med sykehuset om at sykepleierne knyttet til det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet kunne hospitere på sykehuset for kompetanseheving. Alle kommunene som hadde etablert slike ordninger nevnte dette som en god løsning.

#### **4.3.3 Andre kommunale enheter / hjemmetjenesten**

Samhandling med hjemmetjenesten ble også trukket fram av flere som et sentralt element knyttet til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Flere kommuner har valgt å bygge opp kompetanse i hjemmetjenesten parallelt med øyeblikkelig hjelp tilbudet og samhandlingsreformen. Noen av informantene hadde bevisst valgt en slik satsning for å redusere behovet for øyeblikkelig hjelp innleggelse, mens det for andre var uavhengig av dette. Uavhengig av årsak fremkom det tydelig at et godt samarbeid med hjemmetjenesten er en styrke for alle parter. Flere av informantene fortalte at det i begynnelsen var liten

forståelse mellom de ansatte i øyeblikkelig hjelp døgntilbudet og de ansatte i hjemmetjenesten når det gjaldt hverandres situasjon, arbeidshverdag, utfordringer mv. Men at det etter hvert, og i forbindelse med samhandlingen rundt pasienter i kommunen, utviklet seg større og større forståelse. Flere kommuner arrangerer fagdager, har jevnlig møter på tvers av enheter, legger til rette for at representanter var alle enhetene deltar i prosjekt- og styringsgrupper o.l. Dette bidrar for det første til en mer helhetlig behandling av pasientene og åpner opp for at de ansatte i større grad tar kontakt med hverandre ved spørsmål og behov for råd. Dessuten innebærer samhandlingen en styrket kompetanse for alle parter, ettersom de lærer av hverandre gjennom dialog og samhandling.

#### **4.4 Erfaringer fra Nordnorske sykestuer**

Gjennom spørreundersøkelsen kom det fram at flere kommuner i Nord-Norge opplever at kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud har mange likhetstrekk med deres sykestuer, som har vært i drift i lang tid. I følge en kommune opplever de at de føringene som ligger i øyeblikkelig hjelp døgntilbud, er ting de har bygget opp sakte men sikkert gjennom mange år, særlig når det gjelder kompetanse og trygghet i befolkningen. Flere av kommunene i Nord-Norge uttrykker bekymring for utviklingen av det eksisterende tilbudet med etableringen av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Beregningene fra Helsedirektoratet stemmer ikke overens med deres erfaringer av behovet, og er underdimensjonert. I tillegg trekker de fram finansieringsutfordringer ved eventuell omlegging av systemet. Sykestuene er i følge kommune svært verdifulle og flere fordeler har blitt trukket fram, også fra andre. Blant annet tiltrekker sykestuene seg både leger og sykepleiere på grunn av mer faglige utfordringer<sup>8</sup> som følger med sykestuer og bidrar dessuten til færre innleggelser på sykehus<sup>9</sup>.

#### **4.5 Case studie – KAD i Oslo kommune**

Oslo kommune er en av få storbykommuner som har åpnet et tilbud. Deres tilbud (kommunal akutt døgnetenhet - KAD) er etablert på Aker sykehus. Lokaliseringen er et resultat av kommunens ønske om å opprette tilbudet i forbindelse med legevakt og opprettelsen av Samhandlingsarena Aker.

Proessen har vært drevet fram i samarbeid mellom de fire sykehusene i kommunen<sup>10</sup>, bydelene, byrådslederne i de ulike bydelene og Helse Sør-Øst. En prosjektgruppe bestående av viseadministrerende fra sykehusene, representanter fra legevakten, bydelene, Oslo kommune Byrådsavdeling for eldre og og sosiale tjenester, Legeforeningen, brukerrepresentanter, Sykehjemsetaten, Helseetaten og Fagforbundet ble opprettet i forbindelse med etableringen av KAD. Etableringen har foregått i tre faser. Fase 1 utredet hva tilbudet skulle være, fase 2 utarbeidet en samarbeidsavtale med helseforetaket og fase 3 innebar en kartlegging på sykehusene, legevakter, observasjonsposter og ambulanse av hvilke pasientgruppe som var aktuell for tilbudet i Oslo kommune. Etter enighet knyttet til

---

<sup>8</sup> Se bl.a. Brattum, E. (2013) *Veien til Kommunal øyeblikkelig hjelp i kommunene Vennesla og Iveland*. s. 13

<sup>9</sup> <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20032004/stmeld-nr-5-2003-2004-7.html?id=197435>

<sup>10</sup> Oslo universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Aker universitetssykehus

dette ble tilbudet startet opp i mai 2013 og har per i dag 32 senger. Antall senger skal utvides i løpet av de neste årene til totalt 72 senger. Plassering av alle sengene er ennå ikke bestemt.

Oslo kommune står overfor en del andre typer utfordringer enn mange andre mindre kommuner i Norge gjør, mens de store (by)kommunene i vil ha lignende utfordringer. For KAD i Oslo er det særlig to faktorer som er utfordrende. For det første står kommunen overfor en kraftig befolkningsvekst, hvilket har betydning for hele helsesektoren og også vil påvirke KAD på ulike måter. Å ta høyde for dette er dermed avgjørende for å legge til rette for et tilbud som fungerer etter hensikten. For det andre har kommunen et stort antall av personer, tjenester og enheter som i første rekke skal informeres og deretter kunne kommuniseres med. Det er 488 fastleger i kommunen fordelt i 15 bydeler. Å få på plass rutiner, kommunikasjonsverktøy, IKT-systemer etc. som bidrar til dette er dermed et hovedfokus i arbeidet med KAD.

Helseetaten har i forbindelse med informasjonsspredning utarbeidet en veileder rettet mot de som skal bruke tilbudet, i hovedsak fastlegene. Veilederen inneholder informasjon om hva KAD er, hvem det er rettet mot, hvordan pasienter legges inn, samt inklusjons- og eksklusjonskriterier. I tillegg er det opprettet en hjemmeside med oppdatert informasjon om antall ledige senger, til informasjon for legene som kan legge inn pasienter. Veilederen finnes i rapportens vedlegg.



Figur 34: Veileder - Kommunal akutt døgnettenhet på Aker

# 5. Vurdering og anbefaling

Undersøkelsen som sammenfattes i denne rapporten har hatt til hensikt å kartlegge en rekke elementer knyttet til etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene samt gi anbefalinger til kommunenes videre arbeid med etableringen. Hva som ser ut til å prege etableringsprosessen, hvordan situasjonen er for kommunene i dag og hvilke erfaringer kommuner som allerede har åpnet et tilbud har gjort seg, har vært hovedfokus. I tillegg er dette dimensjoner som kan gi innspill og anbefalinger til kommunenes videre arbeid.

## 5.1 Vurdering av undersøkelsens hovedfunn

Et viktig og interessant funn er den gjennomgående overensstemmelsen i tilbakemeldingene fra kommunene, også på tross av variasjoner mellom kommunene med hensyn til størrelse, etableringsfase og organisering av tilbudet. De største forskjellene ser ut til å gå mellom kommuner av ulik størrelse og med ulik geografisk beliggenhet. Men også kommuner som skiller seg på disse punktene deler mange av de samme oppfatningene rundt kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Alle vektlegger samhandling og dialog mellom involverte parter som avgjørende suksesskriterier, eller som hovedkilden til utfordring. Det knyttes særlig utfordringer til samhandling med legetjenesten i mange kommuner, uavhengig av bakgrunnsvariablene. Dette bekrefter nødvendigheten av samhandling og dialog samt det faktum mange trekker fram, nemlig den avgjørende betydningen enkeltpersoner har. Videre påpeker mange at de savner mer informasjon og veiledning fra myndighetens side, særlig knyttet til hvilke pasienter tilbudet skal rettes mot og hvordan tilbudet skal måles.

Hovedforskjellen i tilbakemeldingene fra kommunene knytter seg til organisering av tilbudet, og da særlig med tanke på interkommunalt samarbeid eller ikke. På bakgrunn av variasjon på dette punktet er det vanskelig å gi en konkret anbefaling om når kommuner bør samarbeide om tilbudet. Dette vil utdypes videre i kapittelet.

## 5.2 Anbefalinger knyttet til prosessen rundt etablering av tilbudet

Litt over halvparten av norske kommuner har per i dag enten åpnet et øyeblikkelig hjelp døgntilbud, eller befinner seg i en etableringsprosess. I løpet av litt over to år skal alle kommuner ha åpnet et tilbud. Kommuner som har kommet lengst i prosessen fokuserer på involvering av alle berørte parter som avgjørende for å få på plass et velfungerende tilbud.

En anbefaling knyttet til dette er å legge til rette for samhandling og dialog allerede fra starten. Det er knyttet positive erfaringer til felles møtearenaer enten i form av felles lokalisering av tilbudet og andre involverte instanser, og/eller jevnlig møter, samarbeidsforum, besøk etc. I tillegg medfører dette også at nødvendig informasjon spres raskere og når ut til rette mottakere.

En annen anbefaling er å starte opp tilbudet i småskala, for så å utvide i neste fase etter erfaringer og evalueringer fra første fase. Dette gjelder både antall senger og alvorlighetsgraden på pasientenes sykdom/skade (mindre krevende pasienter i fase 1). Erfaringene fra en slik oppstart og etablering av tilbudet er positive.

### 5.3 Anbefalinger knyttet til organiseringen av tilbudet

Tre fjerdedeler av kommunene som har åpnet et tilbud, eller er i etableringsfasen har valgt å samarbeide om tilbudet med andre kommuner. Hovedtendensen er at jo mindre kommunen er, jo mer utbredt er det å samarbeide. Som nevnt er det delte meninger og erfaringer ved hvorvidt samarbeid er den beste løsningen eller ikke. Kommunestørrelse, økonomi, tilgang på ressurser og kompetanse, kvalitet, nærhet og reisevei er faktorer som påvirker beslutninger om samarbeid.

Selv om de fleste kommunene fremhever at deres organisering er den beste for deres kommune, er det noen interessante forskjeller mellom kommuner som samarbeider og ikke, som kan fungere som anbefalinger til andre kommuner.

Som nevnt ser det ut til at kommuner som har etablert et tilbud alene, i større grad opplever at tilbudet treffer behovet i kommunen, enn kommuner som samarbeider med andre. Samtidig rapporter samarbeidende kommuner at tilskuddet fra Helsedirektoratet i større grad er tilstrekkelig for etablering av tilbudet. Flere små kommuner som har etablert tilbudet i samarbeid med andre trekker fram at det var økonomiske årsaker som lå til grunn for samarbeidet, og at de umulig kan drive et tilbud alene. Samtidig påpekes det at samarbeidet medfører økt kvalitet, i kraft av flere ressurser, større fagmiljø og mer erfaring. Dette er også tungtveiende årsaker til kommunenes valg om samarbeid. Den viktigste fordel som trekkes fram av kommuner som ikke samarbeider, er at tilbudet ligger i egen kommune og den nærheten dette gir. En slik nærhet oppleves som noe av hovedpoenget med tilbudet, en stor fordel for pasientene og en styrke for de ansatte i helsesektoren i kommunen. Nærhet versus et større og kanskje mer robust tilbud er en problemstilling som er gjennomgående i tilbakemeldingene fra kommunene, avhengig av om tilbudet er organisert i samarbeid med andre, eller ikke.

Når det gjelder fysisk plassering av tilbudet har majoriteten av kommunene lagt tilbudet i tilknytning til eksisterende kommunale enheter. Det er liten misnøye knyttet til dette, noe som tyder på at en slik lokalisering er velfungerende.

De er noe større variasjon mellom kommunene når det gjelder organiseringen av legetjenesten i forhold til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. De fleste rapporterer om en kombinasjon av ulike organiseringer, og det er tydelig at kommunene er avhengig av å finne en egen velegnet løsning på dette punktet. Hvorvidt det er mulig å knytte en anbefaling til dette vil større grad relatere seg til samhandling og dialog, enn valgt organisering på nåværende tidspunkt ettersom tilbudet er relativt nyetablert i alle kommuner.

Når det gjelder støttefunksjoner tilknyttet tilbudet omfatter de vanligste røntgen, laboratorium, fysioterapi og ergoterapi, og det ble det trukket fram fordeler ved alle de ulike som støttefunksjoner.

Basert på resultatene av undersøkelsen er det ikke mulig å knytte noen anbefalinger til antall årsverk av leger, sykepleiere, eller andre som bør være tilknyttet tilbudet.



## 5.4 Anbefalinger knyttet til bruken av tilbudet

Kommuner som allerede har startet opp tilbudet har så langt gode erfaringer med hvordan det fungerer. Tilsvarende er tilbakemeldingene fra kommuner som har drevet tilsvarende i mange år at det er et betydelig antall pasienter som kan få et alternativt tilbud til sykehus.

Også når det gjelder bruk av tilbudet er det mange av de samme elementene som går igjen, særlig knyttet til samhandling, dialog og informasjonsspredning – og da særlig mellom legetjenesten og de ansatte i øyeblikkelig hjelp tilbudet. Som tidligere nevnt er tilbakemeldingene fra mange kommuner at legene kan være en flaskehals for å få tilbudet i bruk. Det er derfor av avgjørende betydning at legene føler eierskap og trygghet til tilbudet.

Mange kommuner som har startet opp relativt nylig opplever at tilbudet er overdimensjonert i forhold til behovet. Samtidig rapporterer kommuner som har holdt på noe lenger at bruken gradvis øker med tiden, og kommuner som har drevet et tilsvarende tilbud i flere år sier at dimensjoneringen fra Helsedirektoratet enten er riktig, eller for lav. Dette tyder på at bruken tar seg opp etter hvert som kommunene blir vant til å bruke øyeblikkelig hjelp tilbudet, og at der er for tidlig å konkludere med hensyn til dimensjoneringen.

Videre fokuserer kommunene på kompetanseheving hos de ansatte. Hovedanbefalingen er å styrke sykepleiernes (evaluerings)kompetanse, gjerne ved å gi dem mulighet for hospitering på sykehus.

Mange kommuner trekker også fram fordeler med en åpen dialog med hjemmetjenesten og fysioterapi ettersom de ofte håndterer pasientene både før og etter innleggelse i det kommunale tilbudet.

De aller fleste kommunene har utarbeidet inklusjonskriterier og opplever disse som viktige. Like fullt argumenterer enkelte om at det er vel så viktig å fokusere på funksjonsnivå som innleggelseskriterium, ettersom en pasient kan ha flere diagnoser og at diagnose kan endres raskt.

Et sentralt element som ble trukket fram uavhengig av kommunestørrelse, organisering og samarbeidsform er det å skape trygghet blant legene og i befolkningen rundt tilbudet. Flere rapporterer at yngre og mer uerfarne leger i langt mindre grad enn eldre og mer erfarne leger, benytter seg av tilbudet. Å skape trygghet i alle ledd rundt det kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudet er dermed av avgjørende betydning og således en anbefaling til alle kommunene.

## 5.5 Konkrete råd fra kommuner som har startet opp

Informantene fra kommuner som har startet opp tilbudet ble på slutten av telefonintervjuet spurt om de hadde råd eller tips til andre kommuner som ikke har kommet like langt i prosessen. Hovedsakelig kan rådene sammenfattes med *samhandling, kompetanse, helhetlig tenkning og politisk forankring*.

Alle informantene fokuserte på samarbeid og samhandling som en forutsetning for å lykkes med kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Både mellom samarbeidskommuner, internt i kommunen og eksternt (sykehus og helseforetak).

Tett involvering av alle berørte parter fra starten ble av flere trukket fram som årsak til et velfungerende tilbud, og en måte å få i gang samarbeid og legge til rette for at alle føler et

eierskap til tilbudet. Eierskap er et viktig element for at tilbudet oppleves trygt og blir benyttet. En kommune nevner at man bør frikjøpe legene for tid, slik at de kan delta i prosessen og i arbeidet med etablering og drift av tilbudet, ettersom legens involvering er helt avgjørende. I tillegg trakk mange av informantene fram viktigheten av politisk og administrativ forankring.

Sykepleiernes kompetanse ble også vektlagt i stor grad. Ettersom ansvarsrollene mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten endrer seg, endres også kravene til kompetansen hos sykepleierne i kommunen. Viktigheten av sykepleiernes vurderingsevne for å kunne avgjøre om pasienten må til sykehus ble trukket fram av flere. Flere nevnte at de hadde inngått en avtale med Helseforetaket om at sykepleierne tilknyttet KØhj kunne hospitere på sykehuset for kompetanseheving, og viste til gode erfaringer med en slik avtale.

Nedenfor følger en liste over informantenes råd til andre kommuner:

- Få legene med på laget
- Når kommuneoverlegen støtter det, gir det trygghet hos fastlegene
- Jevnlige møter med kommuneoverlegen, delaktig kommuneoverlege
- Vår erfaring er at dette handler om legetjenesten. Må få legene (både fastleger og legevakt) trygge på at dette er et godt tilbud. Legene må ha tro på det
- Veldig viktig å etablere tilbudet i nært samarbeid med allmennlegene i distriktet, slik at de føler det er deres tilbud
- Fokus på kompetanse i hele sektoren, ikke bare tenke øyeblikkelig hjelp, men hele kommunen
- Viktig å se helheten, ting henger sammen. Må derfor ha dialog og samarbeid med hjemmetjeneste, legevakt, fastleger og sykehus. Helhetlig perspektiv
- Lage en kultur for samarbeid på tvers av enheter
- De ansatte gleder seg over dette, da kan de også ta utfordringene
- Gode retningslinjer for brukergruppen, definere pasientene som skal benytte tilbudet. God kontinuitet i oppfølging av pasientene
- Et viktig kriterium er at sykepleierne må ha evalueringskompetanse. Dyktige sykepleiere er en forutsetning for å drifte tilbudet.
- Likeverdighet i avtaleinngåelsen med helseforetaket
- Forankring hos ledelsen i kommunen og på sykehuset. Helt avgjørende at det lokale sykehuset har eierskap til det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet. For å klare å innfri kravene må sykehuset delta aktivt og medvirke sterkt til det
- Bruk av telemedisinsk utstyr
- Samarbeid med sykehuset. Bruk av telemedisinsk utstyr slik at legen kan ta med kameratelefon til senga og diskutere pasienten med spesialisthelsetjenesten
- Små kommuner; ta kontakt med nabokommuner. Interkommunalt samarbeid fungerer fantastisk for oss. Det er ikke kommunesammenslåing, men det å jobbe på tvers gir kompetanseheving og bedre tjenester. Vi når mye lenger da. Å sitte i hver sin lille krok er demotiverende
- God tid, god planlegging, involvering av politikere og sykehus. Egen legevakt er viktig, tilgang til lege er viktig. Avklart diagnose er viktig
- Gode rutiner
- Ting tar tid, ting skjer ikke over natta

## 6. Referanser

Brattum, E. (2013). Veien til Kommunal øyeblikkelig hjelp i kommunene Vennesla og Iveland. Kristiansand: Universitetet i Agder.

Halvorsen, H. E. & Hansen, V. W. (2013). Samhandlingsreformen - den kommunale betalingspliktens effekter i sykehuset. Bergen: Norges Handelshøyskole.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr 30.

Helsedirektoratet (2012). 146 kommuner har søkt om tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. [nettside] Hentet 14. august 2013 fra <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/146-kommuner-har-sokt-om-tilskudd-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold.aspx>

Helsedirektoratet (2012). Øyeblikkelig hjelp - døgntilbud i kommunen. [nettside] Hentet 14. august 2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen-.aspx>

Helsedirektoratet (2013). Etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. [nettside] Hentet 14. august 2013 fra <http://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/etablering-og-drift-av-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-i-kommunene-2013.aspx>

Helsedirektoratet (2013). Tilskudd til øyeblikkelig hjelp døgnopphold – utbetaling til nye søknader i 2013. [nettside] Hentet 14. august 2013 fra <http://helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/tilskudd-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-utbetaling-til-nye-soknader-i-2013.aspx>

Innst. 424 L (2010-2011). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgskomiteen.

Meld. St. 16. (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Prop. 110 S. (2011-2012). Kommuneproposisjonen 2013. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.

Prop. 115 S. (2010-2011). Kommuneproposisjonen 2012. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.

Prop. 90 L. (2010-2011). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Prop. 91 L. (2010-2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Regelverk for tilskudd til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. (2012). Kapittel 762 post 62. Oslo: Helsedirektoratet.

St.meld. nr. 47. (2008-2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

TNS Gallup. (2012). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommuner. Statusrapport basert på erfaringer fra 15 kommuner. Oslo: TNS Gallup

Veiledningsmateriell. (2013). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oslo: Helsedirektoratet.

# 7. Appendiks

## 7.1 Figuroversikt

Figur 1: Samhandlingsreformens økonomiske virkemidler.....	10
Figur 2: Antall akuttinnleggelser på sykehus, hele Norge, behandling omfattet av KMF og ikke omfattet av KMF, 2010 - 2013.....	16
Figur 3: Antall akuttinnleggelser på sykehus pr 1000 innbygger pr kommune i 2012.....	17
Figur 4: Prosentvis endring i antall akuttinnleggelser på sykehus pr kommune 1. tertial 2013 vs. gjennomsnitt 1. tertial 2010 - 2013.....	18
Figur 5: Kommunal oppslutning fordelt på fylke.....	25
Figur 6: Kommunal oppslutning fordelt på folkemengde.....	26
Figur 7: Svar fordelt på stilling.....	26
Figur 8: Geografisk fordeling av kommuner som allerede har åpnet sitt døgntilbud.....	27
Figur 9: Oversikt over når kommuner i søknadsfase eller tidlig planleggingsfase har planlagt å åpne kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.....	28
Figur 10: Oversikt over andel kommuner som samarbeider om øyeblikkelig hjelp døgntilbud.....	29
Figur 11: Oversikt over når kommunen har planlagt å søke om tilskudd fra Helsedirektoratet.....	30
Figur 12: Hovedårsakene til at kommunen ikke har søkt tilskudd fra Helsedirektoratet.....	30
Figur 13: Tilskudd til drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud fra Helsedirektoratet.....	31
Figur 14: Oversikt over hvorvidt tilskuddet fra Helsedirektoratet/helseforetaket er tilstrekkelig for etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.....	32
Figur 15: Oversikt over i hvilken grad rammene for søknaden om tilskudd har medført at kommunens øyeblikkelig hjelp døgntilbud er mindre fleksibelt enn kommunen selv kunne ønsket.....	33
Figur 16: Oversikt over hvorvidt kommunene har mottatt tilskudd fra andre enn Helsedirektoratet/helseforetaket til etablering og drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud....	34
Figur 17: Oversikt over hvorvidt kommunene er ansvarlig søker om tilskudd fra Helsedirektoratet eller ikke.....	34
Figur 18: Oversikt over organiseringen eller den planlagte organiseringen av øyeblikkelig hjelp døgntilbudet.....	35
Figur 19: Oversikt over hvilken kommunal helse- og omsorgstjeneste kommunen samarbeider med.....	36
Figur 20: Oversikt over hvor øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er fysisk plassert eller planlagt plassert.....	37
Figur 21: Oversikt over hvilken kommunal enhet øyeblikkelig hjelp døgntilbudet er plassert i tilknytning til.....	37
Figur 22: Oversikt over hvordan legetjenesten er organisert, eller planlagt organisert, i forhold til kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud.....	38
Figur 23: Støttefunksjoner tilknyttet øyeblikkelig hjelp døgntilbud.....	39
Figur 24: Oversikt over hvorvidt kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud har medført en reduksjon i antall sykehusinnleggelser.....	39
Figur 25: Oversikt over i hvilken grad øyeblikkelig hjelp døgntilbud treffer behovet i kommunene.....	40
Figur 26: Andel kommuner fordelt etter avstand fra øyeblikkelig hjelp døgntilbud til det nærmeste sykehuset med akuttfunksjon i indremedisin.....	41
Figur 27: Andel innbyggere fordelt etter avstand fra øyeblikkelig hjelp døgntilbud til det nærmeste sykehuset med akuttfunksjon i indremedisin.....	42
Figur 28: Oversikt over system for å registrere bruken av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud..	42
Figur 29: Gjennomsnittlig liggedøgn per pasient.....	43
Figur 30: Oversikt over i hvilken grad kommunene synes det har vært utfordrende å rekruttere ansatte til øyeblikkelig hjelp døgntilbud.....	44
Figur 31: Inklusjonskriterier for utvelgning av pasienter til øyeblikkelig hjelp døgntilbud.....	45
Figur 32: Hvorvidt kommunene opplever at inklusjonskriteriene er tilstrekkelige.....	45

Figur 33: Kommunens planer om å styrke hjemmetjenesten for å redusere behovet for øyeblikkelig hjelp døgntilbud .....	46
Figur 37: Veileder - Kommunal akutt døgnetenhet på Aker .....	54

## **7.2 Tabelloversikt**

Tabell 1: Datagrunnlag, elektronisk spørreundersøkelse .....	14
Tabell 2: Fordeling av antall akuttinnleggelser for pasienter omfattet av KMF – 2012 .....	16
Tabell 3: Oversikt over antall kommuner som har søkt og fått innvilget tilskudd fra Helsedirektoratet 18	
Tabell 4: Kommunenes øyeblikkelig hjelp døgntilbud fordelt på ulike faser .....	27
Tabell 5: Antall årsverk tilknyttet øyeblikkelig hjelp døgntilbud fordelt etter stilling .....	43

## 7.3 Spørreskjema

KS – Kommunalt Øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KØhj)

### Spørreundersøkelse til alle landets kommuner

**Velkommen til denne spørreundersøkelsen om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KØhj). Undersøkelsen gjennomføres av Deloitte på vegne av KS.**

Total tidsbruk vil være mellom 5 og 30 minutter, avhengig av hvor mange spørsmål du skal besvare.

Du kan når som helst ta en pause i besvarelsen, og fortsette der du slapp ved en senere anledning.

#### 1. Hvilken kommune svarer du for?

[Nedtrekksmeny]

#### 2. Hva er din stilling/funksjon?

- a. Rådmann
- b. Kommunalsjef/kommunaldirektør
- c. Enhetsleder/virksomhetsleder/avdelingsleder innenfor helse- og omsorgstjenesten
- d. Økonomisjef
- e. Kommuneoverlege/kommunelege
- f. Annet, (vennligst spesifiser)

#### 3. I hvilken fase befinner kommunens øyeblikkelig hjelp døgntilbud (KØhj) seg?

- a. Tidlig planleggingsfase (ikke søkt om tilskudd)
- b. Søknadsfase (sendt søknad til Helsedirektoratet i 2012, men ikke mottatt tilskudd)
- c. Søknadsfase (sendt søknad til Helsedirektoratet i 2013, men ikke mottatt tilskudd)
- d. Etableringsfase (mottatt tilskudd fra Helsedirektoratet i 2012, men ikke etablert tilbudet)
- e. Etableringsfase (mottatt tilskudd fra Helsedirektoratet i 2013, men ikke etablert tilbudet)
- f. Åpnet/etablert kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i 2012
- g. Åpnet/etablert kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i 2013

#### 4. Hva er hovedårsaken(e) til at kommunen ikke har søkt om tilskudd fra Helsedirektoratet/helseforetak?

- a. Ikke hatt tid / ressurser
- b. Uavklart samarbeid med nabokommune(r)
- c. Avventer situasjonen til det nærmer seg tidspunkt for lovpålagt etablering
- d. Annet

**5. Du svarte «annet» på hvorfor kommunen ikke har søkt om tilskudd fra Helsedirektoratet/helseforetak. Vennligst spesifiser:**

[Fritekst]

**6. I hvilken måned åpnet KØhj?**

[Nedtrekksmeny]

**7. Har din kommune fått tilskudd til drift av KØhj fra Helsedirektoratet?**

- a. Ja, i 2012
- b. Ja, i 2013
- c. Nei
- d. Vet ikke

**8. Har din kommune fått tilskudd fra andre enn Helsedirektoratet/helseforetaket til etablering og drift av ØH-tilbudet?**

- a. Ja
- b. Nei
- c. Vet ikke

**9. Hvem har kommunen fått tilskudd fra?**

[Fritekst]

**10. Hvor mye har kommunen fått (beløp i hele kroner)?**

Kommentar: Her er vi ute etter totalsummen, både tilskudd fra Helsedirektoratet og eventuelle andre parter.

[Fritekst]

**11. Var/er din kommune ansvarlig søker om tilskudd fra Helsedirektoratet?**

- a. Ja
- b. Nei
- c. Vet ikke

**12. Når har din kommune planlagt å søke om tilskudd fra Helsedirektoratet?**

- a. 2014
- b. 2015
- c. Senere enn 2015
- d. Vet ikke

**13. Når har din kommune planlagt å åpne kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud?**

- a. 2013



- b. 2014
- c. 2015
- d. Senere enn 2015
- e. Vet ikke

**14. Hvor mange kommuner samarbeider om det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet ?**

- a. Ingen
- b. 2-3
- c. 4-6
- d. 7-10
- e. Flere enn 10

**15. Er din kommune vertskommune?**

- a. Ja
- b. Nei
- c. Alle samarbeidskommunene er likestilte
- d. Annen samarbeidsmodell enn vertskommune, vennligst spesifiser din kommunes rolle i denne modellen.

**16. Hvordan er KØhj organisert, eller planlagt organisert?**

- a. I samarbeid med den kommunale helse- og omsorgstjenesten (legevakt, sykehjem, mm.)
- b. I samarbeid med spesialisthelsetjenesten (hele, eller deler av tjenesten utføres av spesialisthelsetjenesten)
- c. Ved kjøp av plasser i spesialisthelsetjenesten
- d. Uavhengig av eksisterende enheter
- e. Annet, vennligst spesifiser

**17. Du svarte «i samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester», vennligst spesifiser hvilken enhet:**

- a. Legevakt
- b. Sykehjem
- c. Annet, vennligst spesifiser

**18. Hvor er KØhj fysisk plassert, eller planlagt plassert?**

- a. I tilknytning til eksisterende kommunale enheter (legevakt, sykehjem, mm)
- b. I tilknytning til sykehus
- c. Uavhengig av eksisterende enheter
- d. Annet, vennligst spesifiser

**19. Du svarte «i tilknytning til eksisterende kommunale enheter», vennligst spesifiser hvilken enhet:**

- a. Legevakt

- b. Sykehjem
- c. Annet

**20. Vennligst beskriv hva som lå /ligger til grunn for valg av plassering?**

[Fritekst]

**21. Hvordan er legetjenesten organisert, eller planlagt organisert i forhold til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud?**

- a. Egen tilsynslegefunksjon i form av ansatte leger i deltid-/heltidsstillinger
- b. Sykehjemslegen har også tilsynslegefunksjon for øyeblikkelig hjelp døgntilbud
- c. Den ordinære legevakten dekker legetjenesten
- d. Fastlegene dekker legetjenesten på dagtid
- e. En kombinasjon av ovennevnte organiseringer. Hvilke? (fri tekst)
- f. Annet, Mulighet for åpne innspill/fri tekst

**22. Du svarte at legetjenesten var organisert, eller planlagt organisert som en kombinasjon av de ulike i relasjon til KØhj, vennligst spesifiser hvilke:**

[Fritekst]

**23. Du svarte at legetjenesten var organisert på en annen måte i relasjon til KØjh, vennligst spesifiser hvordan:**

[Fritekst]

**21. Hvor mange døgnplasser er etablert, eller planlagt etablert, til innbyggerne i din kommune i KØhj?**

[Fritekst] + vet ikke

**22. Hvilke inklusjonskriterier finnes for utvelgning av pasienter til KØhj i din kommune?**

- a. Avklart diagnose
- b. Forverring av kjent tilstand
- c. Observasjon og behandling hvor innleggelse er nødvendig
- d. Behov for lindrende behandling
- e. Andre
- f. Vi har ikke utarbeidet inklusjonskriterier
- g. Vet ikke

**23. Du svarte «andre inklusjonskriterier». Vennligst spesifiser:**

[Fritekst]

**24. Opplever dere at inklusjonskriteriene er tilstrekkelige?**

- a. Ja
- b. Nei
- c. Vet ikke

**25. Etter din skjønnsmessige vurdering, har det kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbudet ført til en reduksjon i antall sykehusinnleggelser?**

- a. Ja
- b. Nei
- c. Vet ikke

**26. Har du utfyllende kommentarer til dette?**

[Fritekst]

**27. Finnes det et system for å registrere bruken av KØhj i din kommune?**

- a. Ja
- b. Nei
- c. Vet ikke

**28. Vennligst gi en kort beskrivelse av hvordan registreringssystemet fungerer og hvilke opplysninger som registreres:**

[Fritekst]

**29. Hvor mange pasienter er henvist til KØhj etter åpningen?**

[Fritekst]

**30. Hva er gjennomsnittlig antall pasienter per måned?**

[Nedtrekksmeny]

**31. Hva er gjennomsnittlig antall liggedøgn per pasient?**

- a. 0,5 døgn
- b. 1 døgn
- c. 1,5 døgn
- d. 2 døgn
- e. 2,5 døgn
- f. 3 døgn

**32. I hvilken grad synes du at tilskuddet dere har mottatt fra Helsedirektoratet/helseforetaket har vært tilstrekkelig for etablering og drift av KØhj?**

- a. I svært liten grad
- b. I liten grad

- c. I en viss grad
- d. I stor grad
- e. I svært stor grad
- f. Ingen formening

**33. Hva var det totale kostnadsbeløpet til etablering av KØhj i kommunen?**

Kommentar: Her mener vi hvor mye kommunen har brukt for å etablere tilbudet, uavhengig av hvor stort tilskuddet fra Helsedirektoratet og ev. andre parter var.

[Fritekst]

**34. Hva er driftskostnadene for kommunens KØhj (anslag per måned)?**

[Fritekst]

**35. Hvor mange legeårsverk er tilknyttet KØhj?**

[Nedtrekksmeny]  
0-15 (0,5 intervaller)  
Flere enn 15

**36. Hvor mange sykepleierårsverk er tilknyttet KØhj?**

[Nedtrekksmeny]  
0-15 (0,5 intervaller)  
Flere enn 15

**37. Hvor mange spesialsykepleierårsverk er tilknyttet KØhj?**

[Nedtrekksmeny]  
0-15 (0,5 intervaller)  
Flere enn 15

**38. Hvor mange helsefagarbeiderårsverk er tilknyttet KØhj?**

[Nedtrekksmeny]  
0-15 (0,5 intervaller)  
Flere enn 15

**39. Finnes det andre støttefunksjoner som er tilknyttet KØhj?**

Kommentar: Sett kryss for alle de aktuelle funksjonene

- a. Røntgen
- b. Laboratorium
- c. Fysioterapi
- d. Ergoterapi
- e. Psykiater/psykolog
- f. Andre, vennligst spesifiser

g. Vet ikke

**40. Hva er avstanden (målt i reisetid) til det nærmeste sykehuset med akutfunksjon i indremedisin?**

[Nedtrekksmeny]

**41. I hvilken grad har det vært utfordrende å rekruttere ansatte til KØhj?**

- a. I svært liten grad
- b. I liten grad
- c. I en viss grad
- d. I stor grad
- e. I svært stor grad
- f. Ingen formening

**42. I hvilken grad har rammene for søknaden om tilskudd fra Helsedirektoratet medført at KØhj er mindre fleksibelt enn kommunen kunne ønske?**

- a. I svært liten grad
- b. I liten grad
- c. I en viss grad
- d. I stor grad
- e. I svært stor grad
- f. Ingen formening / vet ikke

**43. Hva ville vært beste organisering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i din kommune?**

[Fritekst]

**44. I hvilken grad opplever du at KØhj treffer behovet i din kommune?**

- a. I svært liten grad
- b. I liten grad
- c. I en viss grad
- d. I stor grad
- e. I svært stor grad
- f. Ingen formening / vet ikke

**45. Har du utfyllende kommentarer til dette?**

**46. Har din kommune planer om å styrke hjemmetjenesten for å redusere behovet for KØhj?**

- a. Ja
- b. Nei
- c. Vet ikke

**47. Vennligst beskriv planene:**

[Fritekst]

**48. Har du kommentarer knyttet til avtaleinngåelse og kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud kan du skrive dette her:**

[Fritekst]

**49. Har du kommentarer knyttet til forsvarlighet og kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud kan du skrive dette her:**

[Fritekst]

**50. Har du andre kommentarer knyttet til kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud kan du skrive dette her:**

[Fritekst]

**51. Vennligst skriv inn din e-postadresse:**

[Fritekst]

**52. Ønsker du å reservere deg mot at e-postadressen kan benyttes som kontaktinfo i en database med status for KØhj i kommunene?**

- a. Ja
- b. Nei

**Takk for at du tok deg tid til å svare på undersøkelsen.**

## 7.4 Tabell med liste over kommuner som deltok i undersøkelsen og hvilken fase de befinner seg i

Kommune	Fylke	Deltok på undersøkelse	Tidlig planleggingsfase	Søknadsfase	Etableringsfase	Åpnet tilbud
Asker	Akershus	X	X			
Aurskog-Høland	Akershus	X	X			
Bærum	Akershus	X	X			
Eidsvoll	Akershus	X	X			
Enebakk	Akershus	X		X		
Fet	Akershus	X		X		
Frogn	Akershus					
Gjerdrum	Akershus	X		X		
Hurdal	Akershus	X	X			
Lørenskog	Akershus	X		X		
Nannestad	Akershus	X	X			
Nes	Akershus	X				X
Nesodden	Akershus	X	X			
Nittedal	Akershus	X		X		
Oppegård	Akershus	X		X		
Rælingen	Akershus	X		X		
Skedsmo	Akershus	X		X		
Ski	Akershus	X	X			
Sørum	Akershus	X		X		
Ullensaker	Akershus					
Vestby	Akershus	X	X			
Ås	Akershus	X	X			
Arendal	Aust-Agder	X				X
Birkenes	Aust-Agder	X		X		
Bygland	Aust-Agder	X	X			
Bykle	Aust-Agder	X	X			
Evje og Hornnes	Aust-Agder	X	X			
Froland	Aust-Agder	X				X
Gjerstad	Aust-Agder					
Grimstad	Aust-Agder	X				X
Iveland	Aust-Agder	X				X
Lillesand	Aust-Agder	X		X		
Risør	Aust-Agder	X			X	
Tvedestrand	Aust-Agder					
Valle	Aust-Agder	X	X			
Vegårshei	Aust-Agder	X				X
Åmli	Aust-Agder	X				X
Drammen	Buskerud	X			X	
Flesberg	Buskerud	X	X			
Flå	Buskerud	X				X
Gol	Buskerud	X				X
Hemsedal	Buskerud	X				X
Hol	Buskerud	X				X
Hole	Buskerud	X			X	
Hurum	Buskerud	X			X	
Kongsberg	Buskerud	X	X			
Krødsherad	Buskerud	X			X	
Lier	Buskerud	X			X	

Kommune	Fylke	Deltok på undersøkelse	Tidlig planleggingsfase	Søknadsfase	Etableringsfase	Åpnet tilbud
Modum	Buskerud					
Nedre Eiker	Buskerud					
Nes	Buskerud	X				X
Nore og Uvdal	Buskerud	X		X		
Ringerike	Buskerud	X			X	
Rollag	Buskerud	X	X			
Røyken	Buskerud	X			X	
Sigdal	Buskerud	X			X	
Øvre Eiker	Buskerud	X				X
Ål	Buskerud	X				X
Alta	Finnmark	X	X			
Berlevåg	Finnmark	X	X			
Båtsfjord	Finnmark	X	X			
Deatnu Tana	Finnmark	X	X			
Gamvik	Finnmark	X	X			
Guovdageaidnu Kautokeino	Finnmark	X	X			
Hammerfest	Finnmark	X	X			
Hasvik	Finnmark	X				X
Kárásjohka Karasjok	Finnmark					
Kvalsund	Finnmark					
Lebesby	Finnmark	X				X
Loppa	Finnmark	X				X
Måsøy	Finnmark	X	X			
Nordkapp	Finnmark	X				X
Porsanger Porsángu Porsanki	Finnmark					
Sør-Varanger	Finnmark	X	X			
Unjárga Nesseby	Finnmark					
Vadsø	Finnmark	X				X
Vardø	Finnmark					
Alvdal	Hedmark					
Eidskog	Hedmark	X				X
Elverum	Hedmark	X	X			
Engerdal	Hedmark	X	X			
Folldal	Hedmark	X	X			
Grue	Hedmark	X				X
Hamar	Hedmark	X	X			
Kongsvinger	Hedmark	X				X
Løten	Hedmark	X	X			
Nord-Odal	Hedmark	X				X
Os	Hedmark	X	X			
Rendalen	Hedmark	X	X			
Ringsaker	Hedmark	X				X
Stange	Hedmark	X	X			
Stor-Elvdal	Hedmark	X	X			
Sør-Odal	Hedmark	X			X	
Tolga	Hedmark	X	X			
Trysil	Hedmark					
Tynset	Hedmark	X	X			



Kommune	Fylke	Deltok på undersøkelse	Tidlig planleggingsfase	Søknadsfase	Etableringsfase	Åpnet tilbud
Våler	Hedmark	X	X			
Åmot	Hedmark	X	X			
Åsnes	Hedmark					
Askøy	Hordaland	X				X
Austevoll	Hordaland	X	X			
Austrheim	Hordaland					
Bergen	Hordaland	X	X			
Bømlo	Hordaland	X	X			
Eidfjord	Hordaland					
Etne	Hordaland					
Fedje	Hordaland	X			X	
Fitjar	Hordaland	X	X			
Fjell	Hordaland	X				X
Fusa	Hordaland	X				X
Granvin	Hordaland	X			X	
Jondal	Hordaland	X			X	
Kvam	Hordaland	X			X	
Kvinnherad	Hordaland	X			X	
Lindås	Hordaland	X			X	
Masfjorden	Hordaland	X			X	
Meland	Hordaland	X			X	
Modalen	Hordaland	X			X	
Odda	Hordaland					
Os	Hordaland					
Osterøy	Hordaland	X			X	
Radøy	Hordaland					
Samnanger	Hordaland	X	X			
Stord	Hordaland	X	X			
Sund	Hordaland					
Sveio	Hordaland	X	X			
Tysnes	Hordaland	X	X			
Ullensvang	Hordaland	X			X	
Ulvik	Hordaland	X			X	
Vaksdal	Hordaland	X	X			
Voss	Hordaland	X			X	
Øygarden	Hordaland	X				X
Aukra	Møre og Romsdal	X	X			
Aure	Møre og Romsdal	X				X
Averøy	Møre og Romsdal	X				X
Eide	Møre og Romsdal	X	X			
Fræna	Møre og Romsdal	X				X
Giske	Møre og Romsdal	X		X		
Gjemnes	Møre og Romsdal	X				X
Halsa	Møre og Romsdal	X				X
Haram	Møre og Romsdal	X	X			
Hareid	Møre og Romsdal	X				X
Herøy	Møre og Romsdal	X			X	
Kristiansund	Møre og Romsdal	X				X
Midsund	Møre og Romsdal					
Molde	Møre og Romsdal	X		X		

Kommune	Fylke	Deltok på undersøkelse	Tidlig planleggingsfase	Søknadsfase	Etableringsfase	Åpnet tilbud
Nesset	Møre og Romsdal	X	X			
Norddal	Møre og Romsdal	X	X			
Rauma	Møre og Romsdal					
Rindal	Møre og Romsdal	X				X
Sande	Møre og Romsdal					
Sandøy	Møre og Romsdal	X	X			
Skodje	Møre og Romsdal	X	X			
Smøla	Møre og Romsdal	X		X		
Stordal	Møre og Romsdal	X	X			
Stranda	Møre og Romsdal	X	X			
Sula	Møre og Romsdal	X	X			
Sunnal	Møre og Romsdal					
Surnadal	Møre og Romsdal					
Sykkylven	Møre og Romsdal	X	X			
Tingvoll	Møre og Romsdal					
Ulstein	Møre og Romsdal	X				X
Vanylven	Møre og Romsdal	X				X
Vestnes	Møre og Romsdal	X	X			
Volda	Møre og Romsdal	X				X
Ørskog	Møre og Romsdal	X		X		
Ørsta	Møre og Romsdal	X				X
Ålesund	Møre og Romsdal	X	X			
Alstahaug	Nordland	X	X			
Andøy	Nordland	X	X			
Ballangen	Nordland					
Beiarn	Nordland	X	X			
Bindal	Nordland	X		X		
Bodø	Nordland	X				X
Brønnøy	Nordland	X	X			
Bø	Nordland					
Dønna	Nordland	X	X			
Evenes	Nordland	X			X	
Fauske	Nordland	X			X	
Flakstad	Nordland	X				X
Gildeskål	Nordland	X	X			
Grane	Nordland					
Hadsel	Nordland	X	X			
Hamarøy	Nordland	X	X			
Hattfjeldal	Nordland	X	X			
Hemnes	Nordland					
Herøy	Nordland	X	X			
Leirfjord	Nordland	X	X			
Lurøy	Nordland	X			X	
Lødingen	Nordland	X	X			
Meløy	Nordland	X				X
Moskenes	Nordland					
Narvik	Nordland	X				X
Nesna	Nordland					
Rana	Nordland	X			X	
Rødøy	Nordland					

Kommune	Fylke	Deltok på undersøkelse	Tidlig planleggingsfase	Søknadsfase	Etableringsfase	Åpnet tilbud
Røst	Nordland	X				X
Saltdal	Nordland	X				X
Sortland	Nordland	X		X		
Steigen	Nordland	X	X			
Sømna	Nordland					
Sørfold	Nordland	X				X
Tjeldsund	Nordland	X	X			
Træna	Nordland	X				X
Tysfjord	Nordland					
Vefsn	Nordland	X				X
Vega	Nordland	X	X			
Vestvågøy	Nordland	X				X
Vevelstad	Nordland	X	X			
Værøy	Nordland					
Vågan	Nordland	X				X
Øksnes	Nordland	X	X			
Flatanger	Nord-Trøndelag	X	X			
Fosnes	Nord-Trøndelag	X	X			
Frosta	Nord-Trøndelag	X		X		
Grong	Nord-Trøndelag	X	X			
Høylandet	Nord-Trøndelag	X	X			
Inderøy	Nord-Trøndelag	X				X
Inderøy	Nord-Trøndelag	X				X
Leka	Nord-Trøndelag	X	X			
Leksvik	Nord-Trøndelag	X	X			
Levanger	Nord-Trøndelag	X	X			
Lierne	Nord-Trøndelag	X	X			
Meråker	Nord-Trøndelag					
Namdalseid	Nord-Trøndelag	X	X			
Namsos	Nord-Trøndelag	X	X			
Namsskogan	Nord-Trøndelag	X	X			
Nærøy	Nord-Trøndelag	X		X		
Overhalla	Nord-Trøndelag	X				X
Røyrvik	Nord-Trøndelag	X	X			
Snåsa	Nord-Trøndelag	X				X
Steinkjer	Nord-Trøndelag	X				X
Stjørdal	Nord-Trøndelag	X				X
Verdal	Nord-Trøndelag					
Verran	Nord-Trøndelag	X			X	
Vikna	Nord-Trøndelag					
Dovre	Oppland	X				X
Etnedal	Oppland	X			X	
Gausdal	Oppland	X				X
Gjøvik	Oppland	X		X		
Gran	Oppland	X				X
Jevnaker	Oppland	X			X	
Lesja	Oppland	X				X
Lillehammer	Oppland	X				X
Lom	Oppland					
Lunner	Oppland					

Kommune	Fylke	Deltok på undersøkelse	Tidlig planleggingsfase	Søknadsfase	Etableringsfase	Åpnet tilbud
Nord-Aurdal	Oppland					
Nord-Fron	Oppland					
Nordre Land	Oppland	X	X			
Ringebu	Oppland	X				X
Sel	Oppland	X				X
Skjåk	Oppland	X				X
Søndre Land	Oppland	X		X		
Sør-Aurdal	Oppland					
Sør-Fron	Oppland	X	X			
Vang	Oppland					
Vestre Slidre	Oppland					
Vestre Toten	Oppland	X				X
Vågå	Oppland					
Østre Toten	Oppland	X		X		
Øyer	Oppland	X				X
Øystre Slidre	Oppland	X	X			
Oslo	Oslo	X				X
Bjerkreim	Rogaland					
Bokn	Rogaland	X	X			
Eigersund	Rogaland					
Finnøy	Rogaland	X	X			
Forsand	Rogaland	X	X			
Gjesdal	Rogaland	X			X	
Haugesund	Rogaland	X			X	
Hjelmeland	Rogaland	X	X			
Hå	Rogaland	X				X
Karmøy	Rogaland	X	X			
Klepp	Rogaland					
Kvitsøy	Rogaland	X	X			
Lund	Rogaland					
Randaberg	Rogaland	X	X			
Rennesøy	Rogaland	X	X			
Sandnes	Rogaland	X			X	
Sauda	Rogaland	X	X			
Sokndal	Rogaland					
Sola	Rogaland	X	X			
Stavanger	Rogaland	X				X
Strand	Rogaland	X	X			
Suldal	Rogaland	X				X
Time	Rogaland					
Tysvær	Rogaland	X	X			
Utsira	Rogaland					
Vindafjord	Rogaland	X	X			
Askvoll	Sogn og Fjordane	X	X			
Aurland	Sogn og Fjordane					
Balestrand	Sogn og Fjordane	X	X			
Bremanger	Sogn og Fjordane	X	X			
Eid	Sogn og Fjordane	X			X	
Fjaler	Sogn og Fjordane	X	X			
Flora	Sogn og Fjordane	X	X			

Kommune	Fylke	Deltok på undersøkelse	Tidlig planleggingsfase	Søknadsfase	Etableringsfase	Åpnet tilbud
Førde	Sogn og Fjordane	X	X			
Gaular	Sogn og Fjordane	X	X			
Gloppen	Sogn og Fjordane	X	X			
Gulen	Sogn og Fjordane					
Hornindal	Sogn og Fjordane	X			X	
Hyllestad	Sogn og Fjordane	X	X			
Høyanger	Sogn og Fjordane	X	X			
Jølster	Sogn og Fjordane	X	X			
Leikanger	Sogn og Fjordane	X	X			
Luster	Sogn og Fjordane	X				X
Lærdal	Sogn og Fjordane					
Naustdal	Sogn og Fjordane	X	X			
Selje	Sogn og Fjordane	X			X	
Sogndal	Sogn og Fjordane					
Solund	Sogn og Fjordane					
Stryn	Sogn og Fjordane	X			X	
Vik	Sogn og Fjordane	X	X			
Vågsøy	Sogn og Fjordane	X			X	
Årdal	Sogn og Fjordane	X	X			
Agdenes	Sør-Trøndelag					
Bjugn	Sør-Trøndelag	X				X
Frøya	Sør-Trøndelag					
Hemne	Sør-Trøndelag	X				X
Hitra	Sør-Trøndelag	X				X
Holtålen	Sør-Trøndelag					
Klæbu	Sør-Trøndelag					
Malvik	Sør-Trøndelag	X				X
Meldal	Sør-Trøndelag	X				X
Melhus	Sør-Trøndelag	X			X	
Midtre Gauldal	Sør-Trøndelag	X			X	
Oppdal	Sør-Trøndelag					
Orkdal	Sør-Trøndelag	X				X
Osen	Sør-Trøndelag	X	X			
Rennebu	Sør-Trøndelag					
Rissa	Sør-Trøndelag	X	X			
Roan	Sør-Trøndelag					
Røros	Sør-Trøndelag	X				X
Selbu	Sør-Trøndelag					
Skaun	Sør-Trøndelag					
Snillfjord	Sør-Trøndelag					
Trondheim	Sør-Trøndelag	X			X	
Tydal	Sør-Trøndelag	X				X
Ørland	Sør-Trøndelag					
Åfjord	Sør-Trøndelag					
Bamble	Telemark	X			X	
Bø	Telemark	X			X	
Drangedal	Telemark	X	X			
Fyresdal	Telemark	X		X		
Hjartdal	Telemark					
Kragerø	Telemark	X	X			

Kommune	Fylke	Deltok på undersøkelse	Tidlig planleggingsfase	Søknadsfase	Etableringsfase	Åpnet tilbud
Kviteseid	Telemark					
Nissedal	Telemark	X	X			
Nome	Telemark	X			X	
Notodden	Telemark	X				X
Porsgrunn	Telemark	X	X			
Sauherad	Telemark					
Seljord	Telemark	X		X		
Siljan	Telemark	X			X	
Skien	Telemark	X			X	
Tinn	Telemark	X				X
Tokke	Telemark					
Vinje	Telemark	X		X		
Balsfjord	Troms	X	X			
Bardu	Troms	X				X
Berg	Troms					
Dyrøy	Troms	X				X
Gáivuotna Kåfjord	Troms	X				X
Gratangen	Troms	X	X			
Harstad	Troms	X			X	
Ibestad	Troms					
Karlsøy	Troms	X	X			
Kvæfjord	Troms	X	X			
Kvænangen	Troms					
Lavangen	Troms	X				X
Lenvik	Troms	X				X
Lyngen	Troms	X	X			
Målselv	Troms	X				X
Nordreisa	Troms	X				X
Salangen	Troms	X				X
Skjervøy	Troms					
Skånland	Troms					
Storfjord	Troms	X	X			
Sørreisa	Troms					
Torsken	Troms					
Tranøy	Troms					
Tromsø	Troms	X	X			
Audnedal	Vest-Agder	X		X		
Farsund	Vest-Agder	X				X
Flekkefjord	Vest-Agder	X		X		
Hægebostad	Vest-Agder	X		X		
Kristiansand	Vest-Agder	X		X		
Kvinesdal	Vest-Agder	X		X		
Lindesnes	Vest-Agder	X		X		
Lyngdal	Vest-Agder	X		X		
Mandal	Vest-Agder	X		X		
Marnardal	Vest-Agder					
Sirdal	Vest-Agder	X	X			
Songdalen	Vest-Agder	X				X
Søgne	Vest-Agder	X				X
Vennesla	Vest-Agder	X				X

Kommune	Fylke	Deltok på undersøkelse	Tidlig planleggingsfase	Søknadsfase	Etableringsfase	Åpnet tilbud
Åseral	Vest-Agder	X		X		
Andebu	Vestfold	X				X
Hof	Vestfold	X	X			
Holmestrand	Vestfold	X	X			
Horten	Vestfold	X				X
Lardal	Vestfold	X	X			
Larvik	Vestfold	X				X
Nøtterøy	Vestfold	X				X
Re	Vestfold					
Sande	Vestfold	X			X	
Sandefjord	Vestfold					
Stokke	Vestfold	X				X
Svelvik	Vestfold	X			X	
Tjøme	Vestfold	X				X
Tønsberg	Vestfold	X			X	
Aremark	Østfold	X	X			
Askim	Østfold	X				X
Eidsberg	Østfold	X				X
Fredrikstad	Østfold	X				X
Halden	Østfold	X				X
Hobøl	Østfold					
Hvaler	Østfold	X				X
Marker	Østfold	X				X
Moss	Østfold	X				X
Rakkestad	Østfold	X				X
Rygge	Østfold					
Rømskog	Østfold	X	X			
Råde	Østfold					
Sarpsborg	Østfold	X				X
Skiptvet	Østfold	X				X
Spydeberg	Østfold	X				X
Trøgstad	Østfold	X				X
Våler	Østfold	X				X

## 7.5 Søknadskjema Helsedirektoratet



### SØKNADSSKJEMA

Tilskudd til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene  
Statsbudsjettet 2013 (kap. 762, post 62)

Søknad fylles ut elektronisk, signeres av kommunen(e) og sendes i pdf-versjon innen 1. mars 2013 til [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no), vedlagt undertegnet samarbeidsavtale og annen påkrevet tilleggsdokumentasjon (se pkt 5).

#### 1. Opplysninger om ansvarlig søker

Kommunenavn: Kommunennummer: Organisasjonsnummer: Adresse, postnummer, poststed: Kontaktperson, e-post og telefon: Bankkontonummer: Merknad ved utbetaling til kommunen:
--

Dersom flere kommuner samarbeider, skal tilsvarende opplysninger gis for alle kommunene i feltene nedenfor:

Kommunenavn: Kommunennummer: Organisasjonsnummer: Adresse, postnummer, poststed: Kontaktperson, e-post og telefon: Bankkontonummer: Merknad ved utbetaling til kommunen:
--

Kommunenavn: Kommunennummer: Organisasjonsnummer: Adresse, postnummer, poststed: Kontaktperson, e-post og telefon: Bankkontonummer: Merknad ved utbetaling til kommunen:
--

Kommunenavn: Kommunennummer: Organisasjonsnummer: Adresse, postnummer, poststed: Kontaktperson, e-post og telefon: Bankkontonummer: Merknad ved utbetaling til kommunen:
--

Kommunenavn: Kommunennummer: Organisasjonsnummer: Adresse, postnummer, poststed: Kontaktperson, e-post og telefon: Bankkontonummer: Merknad ved utbetaling til kommunen:
--



Kommunenavn:  
Kommunennummer:  
Organisasjonsnummer:  
Adresse, postnummer, poststed:  
Kontaktperson, e-post og telefon:  
Bankkontonummer:  
Merknad ved utbetaling til kommunen:

Kommunenavn:  
Kommunennummer:  
Organisasjonsnummer:  
Adresse, postnummer, poststed:  
Kontaktperson, e-post og telefon:  
Bankkontonummer:  
Merknad ved utbetaling til kommunen:

Kommunenavn:  
Kommunennummer:  
Organisasjonsnummer:  
Adresse, postnummer, poststed:  
Kontaktperson, e-post og telefon:  
Bankkontonummer:  
Merknad ved utbetaling til kommunen:

Kommunenavn:  
Kommunennummer:  
Organisasjonsnummer:  
Adresse, postnummer, poststed:  
Kontaktperson, e-post og telefon:  
Bankkontonummer:  
Merknad ved utbetaling til kommunen:

Kommunenavn:  
Kommunennummer:  
Organisasjonsnummer:  
Adresse, postnummer, poststed:  
Kontaktperson, e-post og telefon:  
Bankkontonummer:  
Merknad ved utbetaling til kommunen:

Kommunenavn:  
Kommunennummer:  
Organisasjonsnummer:  
Adresse, postnummer, poststed:  
Kontaktperson, e-post og telefon:  
Bankkontonummer:  
Merknad ved utbetaling til kommunen:





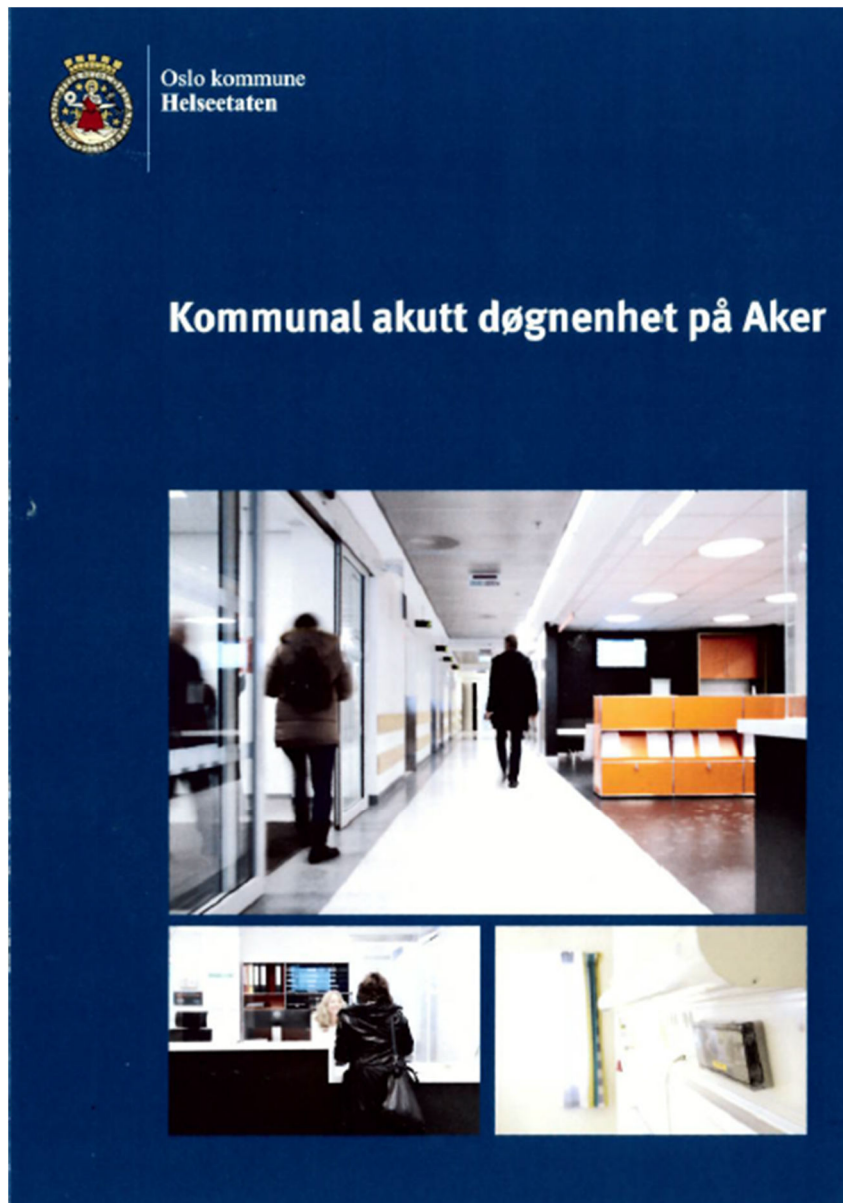
Kommune:      Sted:      Dato:      Signatur: .....

Kommune:      Sted:      Dato:      Signatur: .....

Kommune:      Sted:      Dato:      Signatur: .....

Kommune:      Sted:      Dato:      Signatur: .....

## 7.6 Veileder Kommunal akutt døgnerhet på Aker (KAD)



## Helseetaten åpnet kommunal akutt døgnetenhet (KAD) på Aker i juni 2013

KAD åpnet med 10 sengeplasser i juni 2013. Kapasiteten utvides til 32 plasser i løpet av høsten. I løpet av de neste årene jobbes det for å etablere totalt 73 sengeplasser.

KAD åpnes på bakgrunn av samhandlingsreformen som ble innført 1. januar 2012. Et av virkemidlene er en lovendring i helse- og omsorgstjenesteloven, der kommunen gis i oppdrag å sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Kravet er begrenset til pasienter som ikke har behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

KAD er et tilbud til pasienter som kan behandles av allmennlege.

### Hva omfatter tilbudet?

- KAD har tilgang på lege hele døgnet.
- Overlege med spesialitet i allmennmedisin eller tilsvarende kompetanse er tilknyttet avdelingen.
- Det er tilgang på røntgen, CT og laboratorietjenester.
- Sykepleier er til stede i KAD hele døgnet.

### Hvordan innlegge pasienter til KAD?

Fastlege, ambulanse, legevakt samt akuttmottak og poliklinikker på sykehus kan legge pasienter direkte inn på KAD etter å ha konferert med KAD-ansvarlig lege på telefon 476 67 188.

### Hva er det viktig at samarbeidende helsepersonell bidrar med?

Det er viktig å forsikre pasienten om at det å bli lagt inn på KAD vil gi pasienten et like godt tilbud som innleggelse på sykehus.



### Følgende pasientgrupper er aktuelle for KAD

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

Se mer detaljert beskrivelse med inklusjons- og eksklusjonskriterier på vedlagte oversikt.

#### Viktige telefonnumre

KAD-ansvarlig lege:	476 67 188
KAD-ansvarlig sykepleier:	482 72 053
Vaktrom:	23 48 69 41



## Målgrupper for kommunal akutt døgnet (KAD)

KAD er et tilbud til pasienter som trenger innleggelse for behandling, observasjon og pleie og som kan behandles av lege med allmenntilstandskompetanse og følges opp av sykepleiere.

På KAD er det tilgang på røntgen og CT på dagtid hele uken og unntaksvis gjennom tilkallingsvakt på kveld og natt. Pasienter som har behov for denne type diagnostikk raskt skal undersøkes og vurderes i spesialisthelsetjenesten. Labprøver kan tas og sendes hver 4. time hele døgnet.

KAD retter seg mot et bredt spekter diagnoser og problemstillinger som kjennetegnes av at de er utredet og kjent på forhånd eller at de kan behandles av lege med allmenntilstandskompetanse og at de ressursmessig ikke krever høyere pleiefaktor enn 1.

Problemstilling	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Nedsatt mobilitet	<p><b>Fallskader</b> Stabile frakturer som f.eks. bekkenfrakturer, kompresjonsfrakturer i rygg, samt behandling av kontusjoner, særlig hofter.</p> <p>Behandlede frakturer med behov for tilrettelegging (f.eks. humerusfraktur, dobbeltsidig radiusfraktur).</p> <p><b>Avklart årsak til nedsatt mobilitet</b> Behov for smerteregulering, mobilisering, tilpassing av utstyr (ergoterapi) og tilrettelegging av hjemmesituasjon.</p> <p><b>Akutte ryggpasienter</b> Akutt lumbago og ischias med behov for smertebehandling og mobilisering ut over ett døgn.</p> <p><b>Costafrakturer</b> Costafracturer med behov for smertestilling og tilrettelegging.</p>	<p>Skader som trenger ortopedisk behandling.</p> <p>Smertelindring som krever blokad.</p> <p>Costafracturer med komplikasjoner.</p>
Hud- og sårproblemer	<p><b>Erysipelas</b> Avklart problemstilling som legges inn for IV antibiotikabehandling.</p> <p><b>Infiserte leggsår</b> Sår som krever stell ut over det som hjemmesykepleieren klarer å håndtere.</p>	<p>Sår som vil kreve kirurgisk revisjon.</p>
Urinveier	<p><b>Pyelonefritt</b> Pasienter med forventet behov for behandling i inntil tre døgn.</p> <p><b>UVI</b> Nedsatt almenntilstand og forvirring hvor årsaken er en avklart UVI.</p> <p>Rehydrering og IV antibiotikabehandling.</p> <p><b>Urinretensjon</b> Avklart og behandlet på legevakt men marginale forhold.</p> <p>Oppfølging og observasjon av almenntilstand - stabilisering.</p> <p>Opplæring knyttet til tømning, skifte av utstyr.</p>	<p>Alvorlige elektrolyttforstyrrelser. Se grensene under om gastro.</p>

<b>Funksjonssvikt</b>	<b>Funksjonssvikt</b> Funksjonssvikt med avklart årsak fra spesialisthelsetjenesten (i praksis er dette pasienter som er nevnt i andre kategorier).	Funksjonssvikt hvor årsaken ikke er avklart av spesialisthelsetjenesten.
<b>Gastro</b>	<b>Obstipasjon</b> Kronisk syk pasient med kjent utløsende årsak.  Oppkast, diaré med behov for rehydrering Forventet behov for rehydrering og tilsyn i inntil tre døgn.	Pasienter med alvorlig elektrolyttforstyrrelser eller som vurderes å være i fare for å utvikle dette bør henvises til spesialisthelsetjenesten. Alvorlig elektrolyttforstyrrelser er definert som følgende (alle verdier er oppgitt i mmol/L):  Hyponatremi, s-natrium < 120 Hypernatremi, s-natrium > 165 Hypokalemi, s-kalium < 2,5 Hyperkalemi, s-kalium ≥ 7,0 Hypomagnesemi, s-magnesium < 0,5 Hypermagnesemi, s-magnesium > 5,0 Hypofosfatemi, s-fosfat < 0,30 Hyperfosfatemi, s-fosfat > 2,0 Hypokalsemi, fritt-kalsium < 0,80 (albuminkorrigert kalsium < 1,75) Hyperkalsemi, fritt kalsium: 1,71-2,00 (albuminkorrigert kalsium 3,20-3,19)  Pasienter med moderat grad av elektrolyttforstyrrelser bør konfereres med spesialisthelsetjenesten. Symptomatiske pasienter bør henvises. Et unntak er pasienter med moderat hyperkalemi som bør henvises uansett. Moderat grad av elektrolyttforstyrrelser er definert som følgende (alle verdier er oppgitt i mmol/L):  Hyponatremi, s-natrium: 120-129 Hypernatremi, s-natrium: 155-165 Hypokalemi, s-kalium: 2,5-2,9 Hyperkalemi, s-kalium: 6,0-6,9 Hypomagnesemi, s-magnesium: 0,5-0,65 Hypermagnesemi, s-magnesium: 2,1-5,0 Hypofosfatemi, s-fosfat: 0,3-0,64 Hyperfosfatemi, s-fosfat: 1,75-2,0 Hypokalsemi, fritt-kalsium: 0,8-1,0 (albuminkorrigert kalsium 1,75-1,90) Hyperkalsemi, fritt kalsium: 1,51-1,70 (albuminkorrigert kalsium 2,81-3,19)
<b>Luftveier og infeksjon</b>	<b>Pneumoni</b> med forventet behov for behandling i inntil tre døgn.  <b>KOLS</b> med forverring.  <b>Luftveisinfeksjon</b> med behov for behandling i inntil tre døgn.	Pasient med behov for respirasjonsstøtte utover O <sub>2</sub> -behandling på nesekateter.  Behandling som krever overvåking av blodgass. KOLS-pasienter med sterk mistanke om eller behov for CPAP- eller BIPAP-behandling.
<b>Kognitiv svikt</b>	Kjent <b>kognitiv svikt</b> med avklart tilleggsproblem som isolert ikke krever innleggelse, men der summen av behov for hjelp tilsier innleggelse på KAD.	Akutt og nyoppstått kognitiv svikt (se også funksjonssvikt).
<b>Brystmerter</b>	Ikke coronar problemstilling som tidligere nevnt ifm. costalfrakturer og kontusjonskader.	Coronare problemstillinger skal avklares/ behandles på observasjonspost eller på sykehus.