



UNDERSØKELSE OM BRUKEN AV ØYEBLIKKELIG HJELP DØGNOPPHOLD I KOMMUNENE

HELSEFORETAKENES ERFARINGER

DELOITTE PÅ OPPDRAG FRA HELSEDIREKTORATET
SEPTEMBER 2015

Sammendrag

I denne rapporten beskrives resultatene av en undersøkelse om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD), gjennomført sommeren 2015 av Deloitte på oppdrag for Helsedirektoratet. Formålet med undersøkelsen har vært å innhente erfaringer fra helseforetak, med spesielt fokus på etableringen av tilbudene og samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Det ble gjennomført kvalitative telefonintervjuer med 20 informanter fra 20 ulike helseforetak, og det ble lagt vekt på å sikre spredning i utvalget etter geografisk beliggenhet, størrelse, organisering og interkommunale samarbeid.

Nedenfor gjøres det rede for undersøkelsens hovedfunn:

Graden av samarbeidet avgjøres i stor grad av individer og ikke av systemet

Et velfungerende samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten avgjøres ofte av enkelte individer. Dersom enkelte personer kjenner hverandre fra før og har jobbet sammen på et annet område eller tema, benyttes disse kanaler og nettverk også i samarbeid om ØHD. Fenomenet at det ikke finnes et godt og velfungerende system som understøtter samarbeidet uavhengig av individer oppleves ikke bare i samarbeidet om ØHD.

Stor variasjon mellom kommuner og tilbud fører til utfordringer for samhandling

Flere informanter uttrykker problemer med å generalisere svarene sine under intervjuet. Det rapporteres om mange ulike løsninger og grader av samarbeid om ØHD, noe som blant annet kan forklares med store variasjoner i lokale forhold, men også ulike tolkninger av hva tilbudet og samarbeidet skal bestå av.

Et opplevd skille mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste

Mange av tilbakemeldinger tyder på at det (fremdeles) er et klart skille mellom tjenestetilbudet som ytes i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Det anses som at hverken primær- eller spesialisthelsetjenesten er klar over deres felles ansvar for å gi «Rett behandling – på rett sted – til rett tid» til de som trenger helsetjenester.

Noen kommuner ønsker hverken å involvere helseforetaket eller samarbeide med andre kommuner. I tillegg har flertallet av informantene inntrykk av at kommunale døgnplasser kun er forankret blant ledelsen i helseforetaket, og eventuell samarbeids-/samhandlingsavdeling, og det oppleves som vanskelig å skape kjennskap og tillitt til tilbudet på faglig nivå. Noen helseforetak ser heller ikke behovet for intern forankring, da holdningen er at dette er kommunenes tilbud og ansvar.

Helseforetakenes forventninger er foreløpig ikke oppfylt og det etterlyses oppfølging av kommunes sitt tilbud

Alle informantene forventet å se en nedgang i sykehusinnleggelser etter opprettelsen av ØHD, men flertallet har ikke sett antydning til dette og uttrykker frustrasjon over at økonomiske midler har blitt overført fra helseforetaket til kommunene til tross for dette. Mange informantene opplever også at det er vanskelig å direkte måle effekten tilbudene har, og flere uttrykker bekymring for at tilbudet ikke skal erstatte akutte sykehusinnleggelser, men derimot andre kommunale tilbud.

Det savnes til dels tydeligere mål for og oppfølging av beleggsprosenten for kommunene som har etablert sitt tilbud.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1 Om samhandlingsreformen og etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene (ØHD).....	1
1.1.1 Samhandlingsreformen	1
1.1.2 Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)	2
1.2 Lovverk og forskrifter knyttet til etableringen	2
1.3 Bakgrunn for prosjektet	3
1.3.1 Formål med studien	3
1.3.2 Slik leses rapporten	4
1.4 Metode, datagrunnlag og avgrensninger i rapporten	5
1.4.1 Metode	5
1.4.2 Utvalg.....	6
1.4.3 Intervjuteknikk og fremgangsmåte.....	7
1.4.4 Avgrensninger.....	8
2. OPPSUMMERINGER FRA ANDRE UTREDNINGER	9
3. RESULTAT FRA KVALITATIVE INTERVJUER	11
3.1 Kartlegging av erfaringer i forbindelse med etablering av ØHD.....	11
3.1.1 Planlegging av tilbudene	11
3.1.2 Samarbeidsavtaler og felles kriterier	17
3.1.3 Intern forankring og forventninger fra helseforetakene	20
3.1.4 Videre samarbeid etter 1.1.2016	25
3.2 Problemområder, positive erfaringer og suksessfaktorer.....	28
3.2.1 Utvalgte / Eksempel på problemområder	28
3.2.2 Utvalgte positive erfaringer	29
3.2.3 Vellykkede tiltak i planprosessen.....	29
3.2.4 Suksessfaktorer for videre samarbeid	30
3.2.5 Andre viktige forhold.....	31
3.3 Andre tilbakemeldinger / innspill	31
4. OPPSUMMERING AV FUNN	34
5. VEDLEGG	37
5.1 Anonymisert oversikt over helseforetak omfattet av studien	37
5.2 Intervjuguide.....	38

1. Innledning

1.1 Om samhandlingsreformen og etablering av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene (ØHD)

1.1.1 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en stor retningsreform 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.

Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte. Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor. Man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker. Folk må få hjelp til å legge om levevaner som kan føre til sykdom og plager. Dette kan være frisklivstilbud som kan hjelpe med å endre kosthold, komme i gang med fysisk aktivitet eller stumpe røyken

Det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner. Gode samarbeidsavtaler og samlokalisering i lokalmedisinske sentra kan bidra til det.

1.1.2 Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD)

Et sentralt mål i Samhandlingsreformen er å bedre pasientforløpet og å tilby tjenester nærmere der pasienten bor. Et av tiltakene i reformen er å opprette tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for *øyeblikkelig hjelp* i kommunen. En pasient trenger øyeblikkelig hjelp hvis vedkommende har et behov for utredning og/eller behandling uten unødvendig venting, men tilstanden behøver ikke å være kritisk eller livstruende¹.

Fra 2012 har kommunene hatt mulighet til å søke om tilskudd til etablering og drift av et tilbud om døgnopphold for denne pasientgruppen. Fra 1. januar 2016 tas det sikte på en lovendring hvor kommunene forpliktes til å yte denne tjenesten. Det kommunale ØHD-tilbudet skal være minst like godt som hva et sykehus kan tilby, og skal bli til gjennom et samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tilbudet skal være et alternativ før, i stedet for, og etter sykehusinnleggelse samt bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Det skal gjelde for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle, eller yte omsorg til.

ØHD-tilbudet kan knyttes opp til allerede etablerte helsetjenester, slik som sykehjem eller interkommunal legevakt. For mange kommuner kan det også være hensiktsmessig å etablere interkommunale samarbeid for å kunne levere tjenester innen øyeblikkelig hjelp døgnopphold på en god måte.

1.2 Lovverk og forskrifter knyttet til etableringen

Kommunene har allerede i dag plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp til dem som har behov for det. Det nye i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er at kommunen skal sørger for tilbud om døgnopphold for personer med behov for øyeblikkelig hjelp.

¹ Helsedirektoratet (2014). *Øyeblikkelig hjelp – døgnopphold i kommunen*. Hentet 28. oktober 2014 fra <http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen-.aspx>

Plikten er forankret i «*Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*»²

I forbindelse med etableringen har Helsedirektoratet utgitt veiledningsmateriellet.³

Veiledningsmateriellet skal bistå kommuner og helseforetak i etablering og drift av døgnopphold for øyeblikkelig hjelp som kommunene har kunnet tilby fra 2012, og som blir lovpålagt fra 2016.

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 (lovdata.no).

1.3 Bakgrunn for prosjektet

1.3.1 Formål med studien

Dette prosjektet har hatt som formål å kartlegge helseforetakenes erfaringer i forbindelse med etablering av kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD), både i planprosessen og etter at tilbudene ble startet opp. Helsedirektoratets veiledningsmaterieell forutsetter tett samarbeid mellom de to avtalepartene, kommune og helseforetak, i planlegging, igangsetting og drift av de kommunale døgntilbudene. Samarbeidet rundt driften av tilbudet vil være regulert gjennom samarbeidsavtaler, og det vil være viktig at innholdet i disse avtalen blir løpende fulgt opp og evaluert.

Resultater fra tidligere utredninger, samt erfaringer og tilbakemeldinger viser at det er behov for en systematisk kartlegging av helseforetakenes erfaringer med etableringen av ØHD. Helsedirektoratet ønsker blant annet å få kartlagt helseforetakenes inntrykk av hvordan planprosessen og dialogen mellom kommune og helseforetak har vært, i hvor stor grad det er likeverd og god samhandling mellom kommune og helseforetak og hvordan helseforetaket mener de kan bidra til et godt og forsvarlig tilbud. Videre ønsker direktoratet å kartlegge eventuelle problemområder, positive erfaringer og vellykkede tiltak som har vist seg å være en suksessfaktor for etableringen.

² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/?ch=1>

³ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/133/Kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieell.pdf>

Etablering av ØHD-tilbud i norske kommuner er fortsatt i en relativt tidlig fase, og man ønsker å få en oversikt over hvordan helseforetakene opplever at tilbudene fungerer og hvordan de bør utvikles videre. Helsedirektoratet har derfor sett et behov for å gjennomføre en kvalitativ undersøkelse for å få en forståelse av dagens situasjon hos helseforetakene. Resultatet fra kartleggingen vil bli benyttet som en del av sentrale myndigheters beslutningsgrunnlag for videre utvikling av den lovpålagte plikten til øyeblikkelig hjelpe døgnopphold.

1.3.2 Slik leses rapporten

Innledningsvis, i delkapittel 1.4, gis det en overordnet beskrivelse av metode, data og avgrensninger i kartleggingen. Kapittel 2 inneholder en kort sammenfattende beskrivelse av resultater fra andre relevante utredninger om temaet. I kapittel 3 gjøres det rede for undersøkelsens funn, basert på de kvalitative telefonintervjuene. I dette kapittelet har man valgt å bruke Helsedirektoratets veileder⁴ som et gjennomgående bakteppe og referansepunkt der det er aktuelt, og tekster fra denne er markert i *grønn kursiv tekst*. Resultatene som fremstilles i delkapittel 3.1 følger en struktur som er basert på de «ytre» temaene på Figur 1 i neste kapittel: Først beskrives forhold knyttet til planleggingen av tilbudene, videre følger forhold relatert til inngåelsen av samarbeidsavtaler og innholdet i disse, deretter gjøres det rede for intern forankring og forventninger fra helseforetakene og til slutt beskrives forhold relatert til videre samarbeid etter 1.1.2016 (driftsfasen). I delkapittel 3.2 gjengis resultatene fra spørsmål om problemområder, positive erfaringer og suksessfaktorer i planleggingsfasen og for det videre samarbeidet, i tillegg til andre viktige forhold for bruken av tilbudene. Delkapittel 3.3 inneholder andre relevante tilbakemeldinger og innspill som informantene ønsket å komme med avslutningsvis. Avslutningsvis, i kapittel 4, presenteres en oppsummering av kartleggingen.

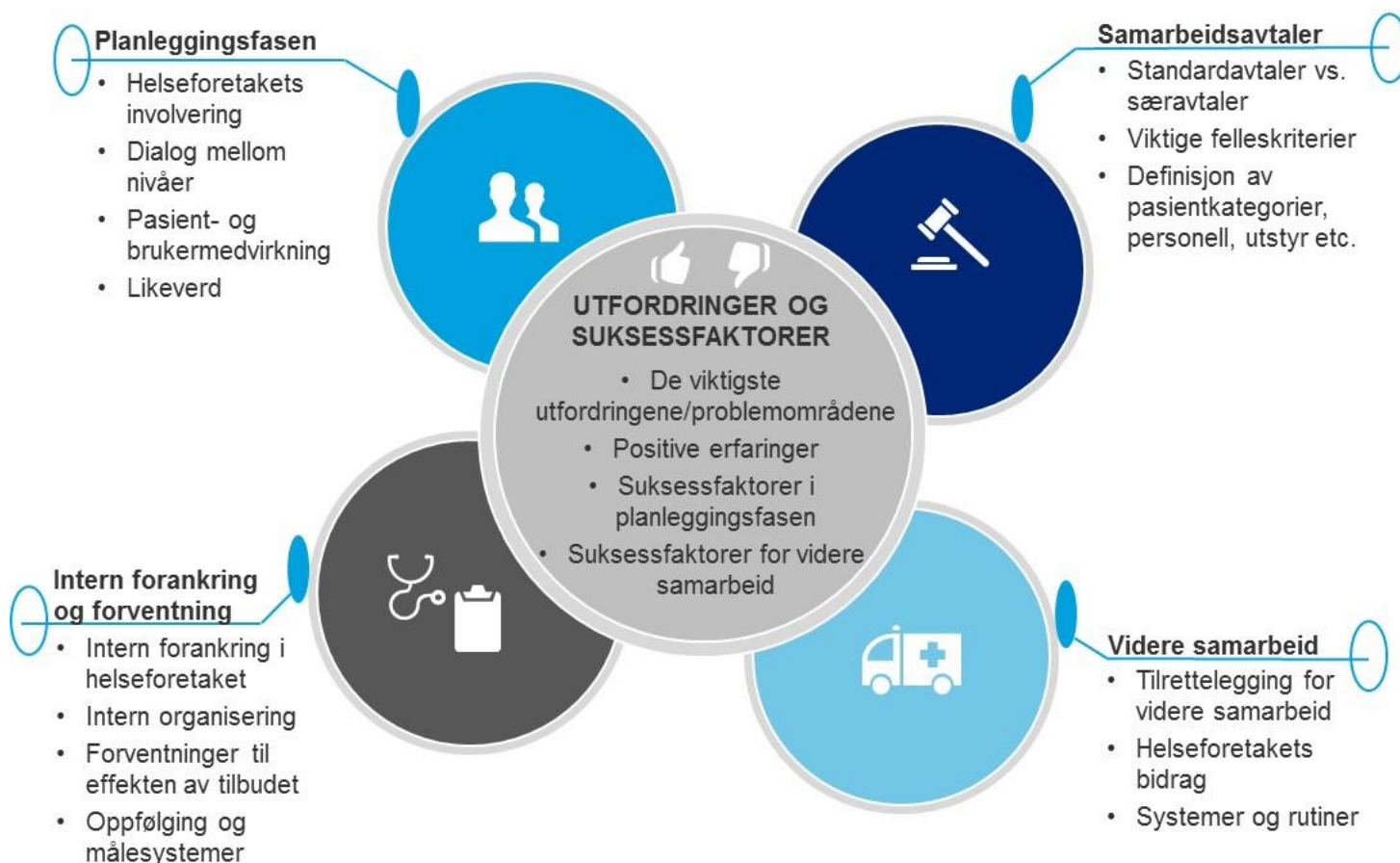
⁴ Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold – Veiledningsmaterieill, Helsedirektoratet 2014

1.4 Metode, datagrunnlag og avgrensninger i rapporten

1.4.1 Metode

Helsedirektoratet har i gjennom tidligere utredninger, erfaringer og tilbakemeldinger kommet fram til noen vesentlige elementer som må kartlegges og drøftes i denne undersøkelsen.

Deloitte har strukturert disse elementene i fem temaer. Disse temaene vil være med på å sikre et helhetlig perspektiv, og kvaliteten på planleggingsprosessen og driften av tilbudet vil blant annet avgjøres av samspillet mellom dem. De fem temaene med tilhørende aktuelle problemstillinger er presentert i Figur 1 nedenfor.



Figur 1: Fem temaer og tilhørende aktuelle problemstillinger. Deloitte egen fremstilling

Med bakgrunn i tidligere utredninger og tilbakemeldinger ble det i forkant av intervjuene utviklet konkrete problemstillinger som studien har hatt som formål å undersøke nærmere gjennom en kvalitativ kartlegging.

Eksempler på slike problemstillinger er:

- Bidrar kravet til samarbeidsavtale til at helseforetaket involveres i planleggingsprosessen?
- Er intensjonen om at kommune og foretak skal planlegge som to likeverdige parter ivaretatt?
- Er tilbudet kun forankret på ledelsesnivå i helseforetaket, eller er det god kjennskap og tillitt også på faglig nivå?
- Fører store lokale variasjoner til at man ser seg nødt til å ha individuelt tilpassede avtaler med tilbudene?
- Har helseforetakene inntrykk av at tilbudene har hatt effekt etter intensjonen, eller opplever de kun en reduksjon av økonomiske midler?
- Opplever helseforetakene at intensjonen i samhandlingsreformen om økt samarbeid og dialog mellom kommune og helseforetak er oppfylt?
- Har man lagt til rette for gode systemer og rutiner for å sikre samarbeidet også i tiden etter 2016?

En fordel med kvalitative undersøkelser er at det gir økt forståelse for årsakssammenhenger og utfordringer ved at informantene får snakke relativt fritt rundt problemstillingene man ønsker å undersøke, og man har mulighet til å stille utdypende oppfølgingsspørsmål. Ettersom tilbudet er relativt nytt har fokuset vært på å kartlegge de viktigste utfordringene og eventuelle suksessfaktorer og vellykkede tiltak for å sørge for et godt samarbeid mellom kommune og helseforetak og sikre et godt tilbud til befolkningen. Samtidig erkjennes det at en kvalitativ studie alene ikke vil kunne gi et fullstendig bilde av forekomst og utbredelse av ulike forhold knyttet til ØHD-tilbudet.

1.4.2 Utvalg

Ettersom studien har som mål å sikre et mest mulig helhetlig perspektiv, var det et ønske fra Helsedirektoratets side at det ble valgt ut helseforetak som både allerede

har et kommunalt tilbud i foretakets opptaksområde og helseforetak som befinner seg i planprosessen sammen med kommunen. Ettersom det er flere tilbud tilknyttet de enkelte helseforetakene, var det ingen helseforetak som ikke allerede hadde minst ett tilbud i drift i sitt opptaksområde. For å gi et bredest mulig bilde av helseforetakenes erfaringer bestod intervjuobjektene primært av samhandlingsdirektører/-sjefer/-koordinatorer, men også fagdirektører og helsepersonell knyttet til ØHD fra helseforetakets side (gjennom å jobbe i akuttmottak på sykehus). Det ble gjennomført kvalitative telefonintervjuer med 20 informanter fra 20 ulike helseforetak.

Ved utvelgelse av helseforetakene ble det lagt vekt på å sikre variasjon i størrelse, geografisk beliggenhet, organisering av tilbudene og hvorvidt tilbudene er etablert interkommunalt. Utenom ønsket om å sikre variasjon, ble helseforetakene valgt ut gjennom en tilfeldig prosess. Karakteristika ved disse 20 helseforetakene er gjengitt i vedlegg 5.1. Navn på helseforetak og informanter er anonymisert i fremstillingen og i rapporten for øvrig.

1.4.3 Intervjuteknikk og fremgangsmåte

Samtlige telefonintervju ble gjennomført i løpet av perioden juni-august 2015. Intervjuene ble gjennomført med en eller to intervjuere/konsulenter og én informant. I oppstarten av prosjektet ble det først gjennomført tre testintervjuer for å utprøve hvordan spørsmålene fungerte. På bakgrunn av testintervjuene ble det besluttet å benytte en strukturert intervjuguide. Informantene fikk intervjuguiden tilsendt før intervjuet slik at de hadde mulighet til å forberede seg og eventuelt konferere med kollegaer. De fikk også beskjed om å innhente informasjon om tilhørende kommuner, avtaletyper og hvorvidt det var mulig for akuttmottaket å henvise direkte til ØHD. I selve intervjuene stilte intervjueren mer utdypende spørsmål for å kartlegge mulige årsakssammenhenger.

Intervjuguiden inneholdt 25 hovedspørsmål, med tilhørende oppfølgingsspørsmål hvis relevant, og det ble satt av én time per intervju (se vedlegg 5.2 for en gjengivelse av intervjuguiden). Majoriteten av intervjuene tok mellom 30 og 50 minutter å gjennomføre. 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 helseforetak eller enkeltpersoner. Denne beslutningen ble tatt for å sikre mest mulig åpne og ærlige svar fra informantene.

I etterkant av intervjuene fikk informantene tilsendt intervjureferatet til gjennomlesing og godkjenning. De ble bedt om å verifisere at referatet ga en korrekt gjengivelse av deres utfordringer og erfaringer, og gi en tilbakemelding på om Deloitte hadde forstått alt riktig eller om det var noen vesentlige mangler. Funnene i denne rapporten er basert på de verifiserte referatene.

1.4.4 Avgrensninger

Funnene i denne rapporten bygger i all hovedsak på tilbakemeldinger fra én informant per helseforetak. Dette legger enkelte begrensninger for hvilken informasjon det har vært mulig å innhente, og om tilbakemeldingene er representative for alle ansatte i helseforetaket. Det presiseres også at innholdet i rapporten ikke nødvendigvis er representativt for andre helseforetak. Funnene bør derfor ikke generaliseres i stor grad, men det antas at de har en viss overføringsverdi. Det presiseres videre at tilbakemeldingene er basert på informantenes subjektive vurderinger, som ikke nødvendigvis er representative for andres erfaringer med de samme tilbudene.

Et viktig poeng er også at det i flertallet av tilfellene var flere ØHD-tilbud i helseforetakets opptaksområde, noe som i visse tilfeller gjorde det utfordrende for informanten å gi entydige svar og en generell vurdering av erfaringer. Dette gjelder spesielt skalaspørsmålene, som dermed ikke bør tolkes helt direkte, men som en indikasjon om informantenes totalinntrykk. Et par av informantene ønsket ikke å besvare alle skalaspørsmålene, da de etter sin egen oppfatning ikke hadde nok innsikt til å gi en slik vurdering. Vi legger også til grunn en selvkritisk holdning til egne tolkninger av resultatene, og vil tydeliggjøre i rapporten hva som er informantenes egne meninger og hva som er vår fortolkning og forståelse av situasjonen.

Denne studien har ikke vurdert kvaliteten i pasientbehandlingen ved ØHD-tilbudet, verken medisinskfaglig eller gjennom tilbakemelding fra pasienter. Enkelte av informantene har på eget initiativ delt tilbakemeldinger de har fått fra pasienter eller deres egne vurderinger, men intervjuguiden har ikke dekket dette temaet.

2. Oppsummeringer fra andre utredninger

Det har blitt gjennomført flere utrednings- og forskningsoppdrag i forbindelse med Samhandlingsreformen og «Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene».

Deloitte's undersøkelser fra 2013 og 2014 viser at kommunene er godt i gang med etableringen av sitt tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Når det gjelder kommunenes og helseforetakenes erfaringer med selve tilbudet vises det til undersøkelser gjennomført av TNS Gallup (2012) og Deloitte (2014).

TNS Gallup⁵ har på oppdraget fra Helsedirektoratet i 2012 beskrevet kommunenes erfaringer med øyeblikkelig hjelp døgnopphold kort tid etter at tilbudet er startet. Utredningen baserte seg på intervjuer med 15 kommuner. Utredningen har hatt fokus på utfordringene kommunene har hatt i planprosessen, ved avklaring og utforming av tilbudet, tilrettelegging for gjennomføring og eventuelle utfordringer knyttet til inngåelse av avtaler med helseforetaket. I denne undersøkelsen har kommunene i stor grad oppgitt at det har vært et godt samarbeid med involverte helseforetak og at det samtidig har vært gode interne prosesser knyttet til planprosessen for etableringen. De fleste kommunene har også opplevd at de har vært en likeverdig partner med sykehuset i disse prosessene og ved sluttforhandlingen.

Deloitte har i 2014 også på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en undersøkelse hvor kommunenes erfaringer med deres tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold ble kartlagt. Fokus i denne undersøkelsen har vært utfordringer og suksessfaktorer knyttet til beleggsprosenten.

Nedenfor gjøres det rede for undersøkelsens hovedfunn:

Beleggsprosenten har i de fleste tilfeller økt siden oppstart

Flertallet av informantene har opplevd at beleggsprosenten har økt etter hvert som tilbudet er blitt gjort mer kjent, og flere antar at den vil fortsette å øke.

Det tar tid å forankre tilbudet hos innleggende leger

⁵<https://helsedirektoratet.no/Documents/Publikasjonsvedlegg/IS-0440%20E2%80%93%20Kommunenes%20plikt%20til%20C3%B8yeblikkelig%20hjelp%20d%C3%B8gnopphold%20i%20kommuner%20E2%80%93%20Statusrapport%2015%20kommuner.pdf>

Samtlige informanter opplyser at legene kjenner til ØHD, men man opplever likevel at ikke alle legene henviser aktuelle pasienter til tilbudet. Dette forklares ofte med at legene glemmer at tilbudet eksisterer, og i visse tilfeller er usikre på hvilken kompetanse som finnes på ØHD.

Innleggesrutinene fungerer ikke alltid optimalt

Informantene påpeker at mange leger opplever det som tungvint å legge inn pasienter ved ØHD-tilbudet, noe som kan føre til at de heller sender pasienten til sykehus, eller sender mangelfull informasjon om pasienten ved innleggelse på ØHD.

God tilgang på nødvendig kompetanse

Ved de fleste tilbudene oppgir informantene at det har vært uproblematisk å knytte til seg nødvendig kompetanse på tilbudet. Situasjonen er ofte heller motsatt, da mange informanter opplever at ØHD blir sett på som et svært attraktivt sted å jobbe.

3. Resultat fra kvalitative intervjuer

3.1 Kartlegging av erfaringer i forbindelse med etablering av ØHD

I dette delkapittelet presenteres resultatene fra intervjuene med utgangspunkt i de fire «ytre» temaene i figur 1 på side 5.

3.1.1 Planlegging av tilbudene

Her presenteres de viktigste faktorene knyttet til planlegging av tilbud om kommunalt døgntilbud. Med planlegging siktes det til helseforetakets involvering i planprosessen, dialog mellom ulike nivåer og faggrupper, eventuell pasient- og brukermedvirkning i prosessen og opplevd likeverd mellom helseforetak og kommune.



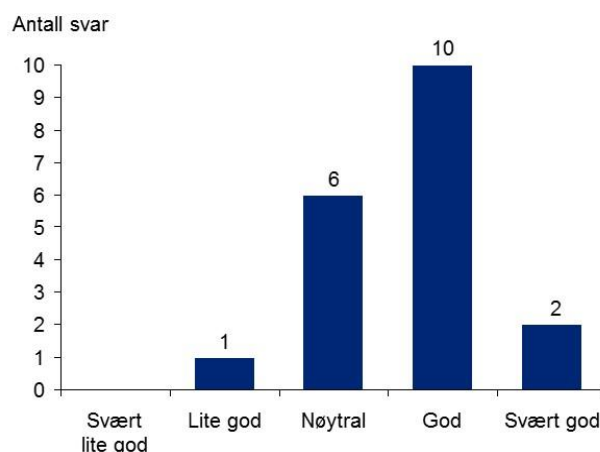
Kvalitet i planleggingsprosessen

«Selv om plikten for å ha etablert et ØHD-tilbud gjelder fra 1.1.2016, anbefaler Helsedirektoratet at kommuner og foretak starter planleggingen av tilbudet tidlig, da det erfaringsmessig tar tid å bygge opp nye tilbud. Kommunen har ansvaret for det kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbudet, og står fritt i hvordan de velger å organisere det – men for at tilbudet skal etableres forutsettes et felles planleggingsarbeid mellom kommune og helseforetak.»

Omtrent halvparten av informantene forteller at kommuner og helseforetak sammen gjennomførte en grundig planleggingsprosess. Noen helseforetak inviterte kommunene med på prosessen, mens i andre tilfeller er det kommunene som har stått for initiativet. I tilfellene hvor informantene beskriver en god prosess, er stikkordene å starte planleggingen tidlig og ha flere runder med relevante aktører. Én informant nevner også at konkrete krav fra departementet og fullfinansiering er viktige faktorer for å få i gang prosessen. Flere av informantene opplyser at kommunene som var tidlig ute med planleggingen gjorde det enklere for de andre kommunene i regionen å starte opp i ettertid, da de hadde tilgang på allerede etablerte malverk og rutiner.

Den generelle oppfatningen hos flertallet av informantene er at planleggingsprosessen har vært god, som illustrert i figur 2 på neste side.

Hvor god opplever du at planleggingsprosessen har vært?



Figur 2: Fordeling av hvor god informanten opplever at planleggingsprosessen av ØHD-tilbud har vært (n=19). Gjennomførte intervjuer. Deloitte egen fremstilling

Figur 2 må samtidig tolkes med forbehold, da flere informanter opplever at det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder kvalitet i planleggingsprosessen. Store interkommunale tilbud som starter tidlig ser ut til å ha mest grundig planlegging, og i flere tilfeller har man etablert egne prosjekter for planlegging og etablering av tilbud – noe som har vært vellykket. Kommunene som starter sent og ikke ønsker å samarbeide med andre kommuner eller involvere helseforetak i særlig grad, må ofte gå flere runder før de får godkjent søknad om etablering. I sistnevnte tilfelle er ofte tilbudets forsvarlighet et sentralt tema.

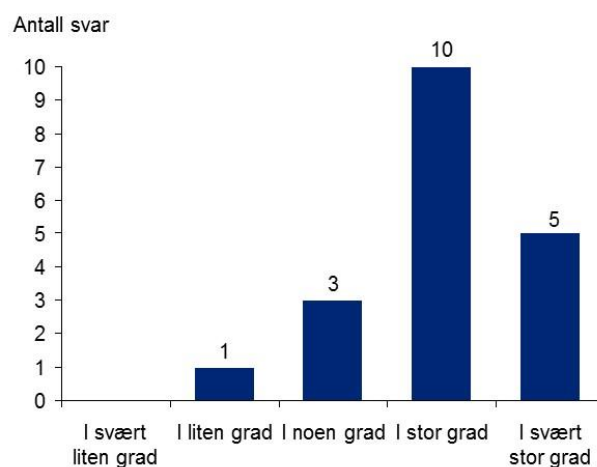
Involvering av helseforetak i planleggingen

«Tilbudene skal utvikles og etableres gjennom et samarbeid mellom kommune og helseforetak, og reguleres i de lovpålagte samarbeidsavtalene. Hovedkriteriet fra Helsedirektoratet for å utløse tilskudd til etablering av ØHD er at kommunen har inngått samarbeidsavtale med helseforetaket. (...) Uavhengig av hvilken løsning partene velger å planlegge for, må relevante aktører delta i planleggingsprosessen,

noe som vil bety begge parters faglige og administrative ledelse på ulike nivåer. Partene skal sammen avklare hvordan faglig forsvarlighet og kvalitet ivaretas, og det er derfor viktig at de aktørene som blir berørt får bidratt inn i planleggingsprosessen.»

Som illustrert i figur 3 nedenfor, opplever flertallet av informantene at helseforetaket i stor eller svært stor grad har vært involvert i planleggingsprosessen.

I hvor stor grad har helseforetaket vært involvert i planleggingsprosessen?



Figur 3: Fordeling av i hvor stor grad informanten opplever at helseforetaket har vært involvert i planleggingen av tilbud (n=19). Gjennomførte intervjuer. Deloitte egen fremstilling

Samtidig påpeker noen av informantene at det har vært mindre grad av involvering etter selve planleggingsfasen, og at kommunene deretter stort sett har stått for driften på egenhånd. På samme måte som i forrige avsnitt er det også nødvendig å ta forbehold om at flere informanter uttrykker problemer med å generalisere svaret, ettersom de opplever stor variasjon mellom tilbudene.

Det nevnes flere grunner til at helseforetakets involvering i visse tilfeller har vært liten. På den ene siden har flere helseforetak ønsket å opprettholde et godt samarbeidsklima og derfor vært forsiktige med å ta kontroll og stille for høye krav til kommunenes tilbud, og på den andre siden har noen kommuner sett på det som sitt eget område og ikke ønsket involvering fra helseforetaket. I flere tilfeller har helseforetaket kommet med anbefalinger og innspill til planleggingen uten at det nødvendigvis har blitt fulgt, og noen av informantene har opplevd at enkelte

kommuner har forsøkt å søke tilskudd fra Helsedirektoratet uten å involvere helseforetaket.

Dialog mellom faggrupper og nivåer

En forutsetning for et godt samarbeid mellom kommune og helseforetak er at dialogen mellom relevante aktører er god. Alle informantene opplever at dialogen på ledernivå er konstruktiv og god – ofte fordi den har foregått i allerede eksisterende samarbeidsorganer hvor kommuneledelse og sykehusledelse deltar. I visse tilfeller er deler av ledelsen også en del av fagmiljøet, noe som gjør det enklere å føre dialog på flere nivåer.

Omtrent halvparten av informantene opplever at dialogen har vært god i alle instanser, både på ledernivå, administrativt nivå og faggruppenivå. I disse tilfellene eksisterer det ofte etablerte arenaer, som prosjektgrupper, fagutvalg og samhandlingsavdelinger som møtes jevnlig for dialog på administrativt og faglig nivå. Én informant forteller at man har en tett dialog om det praktiske rundt driften på faglig nivå, og at ledelsen stort sett bare står for det overordnede ansvaret. Andre informanter derimot, rapporterer at man ikke ser behovet for tett dialog på fagnivå, da ØHD hovedsakelig er et kommunalt tilbud. Ved ett tilfelle har kommuneledelsen forsøkt å tone ned fagutvalgets dialog og møteaktivitet for å redusere sykehusets innflytelse på driften. Ved et annet helseforetak har man ønsket å inkludere sykehusets fagmiljø uten stort hell, da de er skeptiske til tilbudet i utgangspunktet.

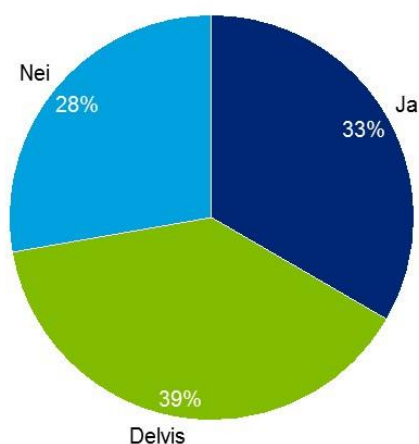
Pasient- og brukervedvirkning

«Pasientenes og brukernes organisasjoner skal medvirke i avtaleprosessen. Det er lovpålagt plikt om at avtalepartene skal sørge for at pasienters og brukeres erfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av avtalene.»

Seks av informantene i undersøkelsen opplever at pasienter og brukere har vært fullstendig involvert i planleggingen av ØHD-tilbudene i området. Dette er stort sett som brukerrepresentanter i egne prosjektgrupper som helseforetaket, i samarbeid med kommunene, har etablert for å planlegge oppstart av ØHD. På spørsmål om brukerne har hatt store innflytelse på planleggingsprosessen er svaret at de stort sett ikke har lagt noen spesielle føringer, men har fokusert på at alle innbyggerne i

regionen skal få et likeverdig tilbud. I tillegg har brukerne stort sett vært involvert fra helseforetakets side gjennom allerede eksisterende brukerutvalg, og har dermed ikke kunnet påvirke kommunenes endelige beslutninger om driften av tilbudet i stor grad. Blant de resterende informantene opplyser flertallet at brukerne har blitt informert om planleggingsprosessen, og dermed har vært delvis involvert, mens en mindre andel ikke har hatt noe form for brukerinvolvering i det hele tatt. Dette er illustrert i figur 4 nedenfor.

Har det vært noe bruker- og pasientmedvirkning i planleggingsprosessen?



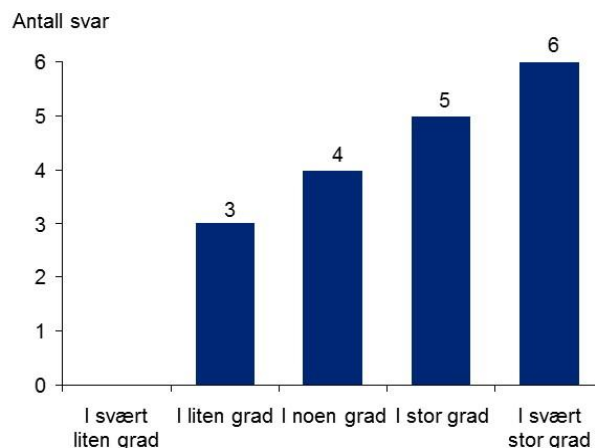
Figur 4: Fordeling av svar på om brukere har blitt involvert i planleggingsprosessen (n=18). Gjennomførte intervjuer. Deloitte egen fremstilling

Likeverd

«I Helsedirektoratets veileder påpekes det at kommune og helseforetak er likeverdige, men har ulike roller og ansvar i etablering og drift av ØHD.»

Informantenes inntrykk av i hvilken grad det er likeverd mellom helseforetak og kommune er illustrert i Figur 5 på neste side.

I hvilken grad opplever du at kommune og helseforetak planlegger som likeverdige parter?



Figur 5: Fordeling av i hvor stor grad informanten opplever at kommune og helseforetak planlegger som likeverdige parter (n=18). Gjennomførte intervjuer. Deloitte egen fremstilling

Halvparten av informantene opplever at det har vært full likeverd (stor / svært stor grad) mellom kommuner og helseforetak under planleggingen av ØHD-tilbudene. Disse informantene trekker fram et stort fokus på et godt samarbeidsklima mellom kommune og helseforetak, hvor helseforetaket har vært bevisst på at det hovedsakelig er kommunenes ansvar og tilbud. I tilfellene hvor kommuner og helseforetak har samarbeidet i flere år allerede, rapporteres det også om et inntrykk av fullstendig likeverd. Alle informantene bemerker likevel at det er vanskelig for helseforetaket å vite om kommunene føler det samme.

Et par informanter har inntrykk av at kommunene opplever helseforetaket som en dominerende part, hovedsakelig fordi det er helseforetaket som må godkjenne samarbeidsavtalen slik at kommunene kan søke om midler. I følge disse informantene kan det se ut til at kommunenes økonomiske situasjon gjør at de føler seg presset til å gå med på helseforetakenes krav til tilbudene for å få gjennomslag for søknaden. Flere informanter opplever derimot det motsatte, det vil si at kommunene har tatt kontrollen og styrer det meste av planleggingsprosessen selv. Spesielt i driftsfasen

når tilbudene er startet opp, opplever flere informanter at kommunene dominerer og at det er mindre grad av likeverd når det gjelder innflytelse på tilbudet.

3.1.2 Samarbeidsavtaler og felles kriterier

«De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak skal regulere tilbudet, og er et overordnet virkemiddel for samarbeidet om ØHD. Partene skal i avtalene avklare hvordan faglig forsvarlighet og kvalitet på tilbudet skal ivaretas.»



Dette underkapittelet presenterer de viktigste faktorene knyttet til inngåelsen av samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak. Dette inkluderer både standardavtaler og særavtaler, og hvordan man har kommet fram til innholdet i de respektive avtalene. Med særavtaler siktes det her til lokalt tilpassede avtaler med enkelttilbud.

Standardavtaler eller særavtaler

«Formålet med samarbeidsavtaler er å fremme samhandlingen mellom kommune og helseforetak ved å konkretisere ansvars- og oppgavefordelingen mellom partene. Det er flere hensyn som må drøftes opp mot hverandre i planleggingsfasen, og viktige områder for avklaring er blant annet demografiske forhold, geografiske forhold, organisering av tilbudet (lokalisering, interkommunalt samarbeid etc.), aktuelle pasienter og samarbeid knyttet til personell og kompetanse.»

I forkant av intervjuene ble informantene bedt om å notere om hva slags type samarbeidsavtaler de har med kommunene. Det vil si om det eksisterer én felles avtaletekst som er lik for alle kommunene, eller om man har valgt å lage egne særavtaler med lokale tilpasninger for å ta hensyn til spesielle forhold. Åtte av informantene rapporterer om bruk av standardavtaler som er like for alle kommunene, og de resterende informantene forteller at samarbeidsavtalene med kommunene har små variasjoner for å ta hensyn til lokale forhold.

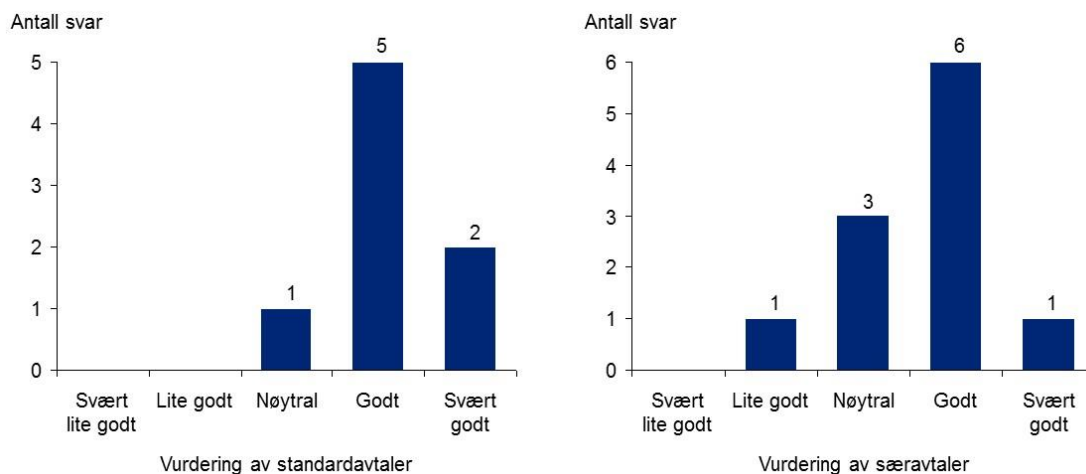
Informantene fra helseforetak med standardavtaler begrunner dette blant annet med at lik avtaletekst gjør det enklere å forholde seg til flere kommuner og tilbud, samt at

man ønsker at alle innbyggerne i regionen skal få så like tilbud som mulig. Én informant trekker også frem at likelydende avtaler er nødvendig når kommunene i helseforetakets region sokner til flere sykehus.

I tilfellene hvor man har valgt å forhandle fram særavtaler med kommunene, forklarer informantene at stor variasjon i størrelse og organisering av tilbudene gjør det helt avgjørende med ulik avtaletekst for at tilbudene skal oppfylle de krav som stilles fra helseforetaket. En informant påpeker at man fra helseforetakets side ønsker at kommunene går sammen i større, interkommunale tilbud, slik at det er enklere å ha like avtaler for alle. En informant forklarer også at ulike avtaler rett og slett skyldes at man har opparbeidet erfaringer over tid som man kan ta hensyn til i senere avtaler.

Figur 6 nedenfor oppsummerer informantenes vurdering av hvor godt bruken av hhv. standardavtaler og særavtaler fungerer.

Hvor godt fungerer bruken av standardavtaler/særavtaler?



Figur 6: Fordeling av hvor godt informanten opplever at bruken av hhv. standardavtaler og særavtaler med kommunene fungerer (n=8, n = 11). Gjennomførte intervjuer. Deloitte egen fremstilling

I figuren over fremkommer det at både standardavtaler og særavtaler vurderes å fungere godt eller svært godt blant flertallet av informantene. Samtidig kommenterer en av informantene at selv om avtalene er nødvendige for å sikre samarbeid og sørge

for at man blir enige om kriterier, er de ikke tilstrekkelige for at tilbudet er godt og forsvarlig. Et par av informantene poengterer også at selv om avtalene er gode, er det ikke alltid kommunene følger dem.

Flere informanter forteller om diskusjoner rundt avtalenes innhold i ettertid. Dette har blant annet omhandlet utbetaling av midler fra helseforetaket og overholdelse av tidsfrister fra kommunenes side. En av informantene tar også selvkritikk for at helseforetaket ikke ha ivaretatt sitt oppfølgingsansvar på en god nok måte, noe som i kombinasjon med at kommunene ikke har fulgt opp sine forpliktelser om rapportering har ført til lite dokumentasjon og kunnskap om tilbudene. En annen informant trekker frem at eventuelle ønsker om endring i avtalene fra faglig nivå har blitt tatt opp i ledelsen, hvor man stort sett har godkjent å gjøre endringer som er til det beste for begge parter.

Innholdet i avtalene

«Helsedirektoratet har i sin veileder kommet med forslag til hovedområder som bør inkluderes i samarbeidsavtalen, som blant annet pasientkategorier, kompetanse og utstyrbehov. Avtalen må blant annet beskrive hvordan pasientene sikres en fullverdig tjeneste, og bør også inneholde avklaringer om implementering, oppfølging, avvikshåndtering og korrigerende tiltak.»

Alle informanter, uansett type avtale, poengterer at det er visse elementer og krav som må være likelydende for alle tilbud. Det kravet som oftest blir nevnt er at legedekningen skal være forsvarlig nok, og at lege skal være tilgjengelig innen en viss tid. Legers og sykepleiers kompetanse stilles det også visse ufravikelige krav til fra helseforetakenes side, og mange har fokus på at inklusjons- og eksklusjonskriteriene skal være like for alle tilbudene i regionen. Hvordan kommunikasjonen mellom ØHD-tilbud og sykehus skal foregå er i tillegg et viktig tema, samt at man har gjort grundige ansvarsavklaringer mellom helseforetak og kommune (noe som spesielt gjelder tilbudene som er lokalisert i sykehus).

I arbeidet med å planlegge pasientkategorier, personell, kompetanse, utstyr og andre vesentlige elementer har flertallet av informantene enten opplevd at man har fulgt veilederen fra Helsedirektoratet fullstendig, eller at man har brukt veilederen som et

utgangspunkt for videre dialog og blitt enige i fellesskap. Én informant bemerket at man så behov for et tverrfaglig samarbeidsprosjekt for å komme fram til mer detaljerte rammer for tilbudet, da veilederen ikke var detaljert nok. I et par tilfeller har kommunene ønsket å etablere et tilbud som går utenfor etablerte kategorier, mens i andre tilfeller ønsker helseforetaket at kommunene var mindre konservative til hvilke pasienter de ønsket å ta inn på tilbudet.

Flere av informantene forteller at man har jobbet tett sammen med kommunene for å komme fram til detaljert innhold i avtalene, blant annet gjennom egne samarbeidsprosjekter mellom kommuner og helseforetak. Én informant forteller at man satte ned et eget avtaleutvalg i planleggingsfasen som, i tillegg til faglige representanter fra begge parter, også bestod av jurister, brukere og andre aktuelle aktører, hvor det ble laget et forslag til avtaletext som ble sendt ut på høring hos ledelsen. En annen informant opplevde at helseforetaket la ned mye arbeid i å komme fram til grundige anbefalinger som koblet utstørsbruk, kompetanse og organisering sammen i større interkommunale tilbud, men at kommunene i ettertid valgte å ikke følge disse i stor grad.

3.1.3 Intern forankring og forventninger fra helseforetakene

Dette underkapittelet presenterer de viktigste faktorene knyttet til intern forankring av ØHD i helseforetaket, metoder for å øke denne samt helseforetakets forventninger til effekten av ØHD. Med effekt siktes det her til reduksjon i akuttinnleggelser på sykehus.



Intern forankring i helseforetaket

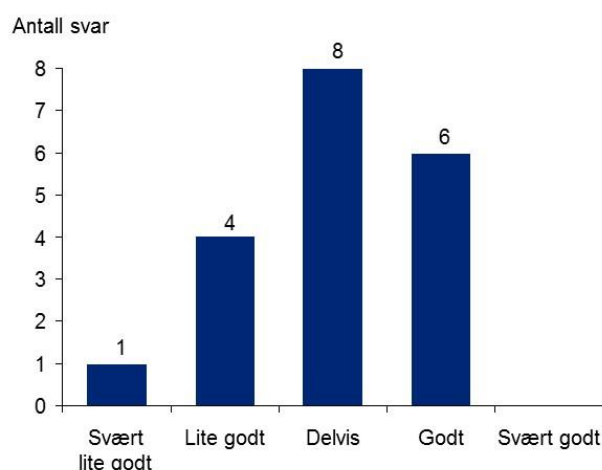
«Helsefaglig eierskap og forankring har vært en viktig suksessfaktor i de kommunene som har etablert et godt fungerende tilbud.»

Tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold er en del av kommunalhelsetjenesten, og dermed kommunenes ansvar. Samtidig er det viktig at tilbudet inngår i den akuttmedisinske kjeden på en naturlig måte, slik at leger og pasienter opplever det som et integrert tilbud i andre helsetjenester. For at dette skal være tilfellet, er det nødvendig at også ansatte på det tilhørende helseforetaket, spesielt de som kommer i

kontakt med denne typen pasienter og fastleger ute i kommunene, kjenner tilbudet og har tillitt til det.

Figur 7 på neste side illustrerer informantenes svar på hvor godt ØHD er forankret i helseforetaket.

Hvor godt er ØHD forankret internt i helseforetaket?



Figur 7: Fordeling av hvor godt informanten opplever at ØHD er forankret i helseforetaket (n=19). Gjennomførte intervjuer. Deloitte egen fremstilling

Av figuren kan man se at seks informanter har inntrykk av at ØHD er godt forankret i helseforetaket. En interessant observasjon er at de samme informantene også svarer at helseforetaket har vært involvert i stor eller svært stor grad i planleggingsprosessen. Utover dette er det ingen åpenbare likheter mellom svarene til disse informantene når det gjelder grad av likeverd og innfridde forventninger.

Flertallet av informantene vet, eller har inntrykk av, at kommunale døgnplasser kun er forankret blant ledelsen i helseforetaket, og eventuell samarbeids-/samhandlingsavdeling. Det oppleves som svært vanskelig å få opplyst om og skape kjennskap til tilbudet på faglig nivå av flere grunner, blant annet stor utskiftning av personell, at ansatte på faglig nivå ikke ser behovet for å lære om det, eller at leger eller andre ansatte i helseforetaket er skeptiske til opprettelsen av ØHD.

Flere forteller at leger og sykepleiere i helseforetaket er skeptiske til kompetansen på ØHD og/eller ser på det som et unødvendig ledd i behandlingsskjeden. Et par informanter har også inntrykk av at ansatte i helseforetaket ser på ØHD som en trussel mot sykehus, spesielt de små. Noen informanter forklarer usikkerheten og skepsisen med at samhandlingsreformen og intensjonen om helsetjenester nær patienten generelt ikke er forankret i spesialisthelsetjenesten, og at man ikke ser verdien av tilbudet. De kommenterer dermed at det er nødvendig med en holdningsendring i det medisinske miljøet, så de får større tillitt til kommunal helsetjeneste og retter fokus utover mot en helhetlig pasientbehandling. Det eksisterer også i enkelte helseforetak holdninger om at ØHD er kommunenes tilbud, at helseforetaket skal involveres så lite som mulig og at det dermed ikke er behov for stor forankring i helseforetaket.

I tilfellene hvor informantene forteller at ØHD er forankret på lavere nivå i helseforetaket, er det i visse tilfeller fordi det ligger et ØHD-tilbud plassert i sykehuset, eller fordi det er mulig for akuttmottaket å henvise direkte til ØHD. I tillegg har noen kommuner hatt et tilsvarende tilbud i mange år, slik at leger og sykepleiere på sykehuset har bygget opp kjennskap og tillitt til kompetansen som finnes der over lengre tid.

Metoder for å øke intern forankring

Informantene rapporterer om varierende bruk av metoder for å øke intern forankring av ØHD i helseforetaket. Noen forteller at det er opp til ledelsen og deltakere i samarbeidsutvalg eller lignende å informere videre nedover i hierarkiet, mens andre har informert klinikkledere/-sjefer og deretter overlatt dem ansvaret for videre informasjon i de respektive avdelinger og klinikker. Et par av informantene poengterer at man i slike tilfeller er svært avhengig av enkeltpersoners interesse og engasjement for tilbudet.

På flere helseforetak har man forsøkt å nå ut til de ansatte med informasjon gjennom ulike fellesarenaer. Dette kan for eksempel være gjennom intranett, internavis, fellessamlinger eller gjennom å integrere informasjon om ØHD som en del av opplæringsmateriale. Et par av informantene informerer om at man har laget en kommunikasjonsplan for systematisk informasjonsdeling om ØHD, som retter seg

spesielt til leger og sykepleiere som på ulike måter vil være i kontakt med tilbudet. Det blir ellers poengtert av noen informanter at det er en krevende oppgave å spre informasjon og oppnå tillitt til tilbudet blant ansatte, for uansett hvor mye man informerer både skriftlig og muntlig er det vanskelig å få engasjement fra helsepersonell og utskiftningen av dem er i visse tilfeller stor.

Hos helseforetakene som har ØHD plassert på sykehuset har personalet naturlig nok større kjennskap til tilbudet og kompetansen som finnes der, i tillegg til at man ofte leier ut utstyr og personell, som dermed er avhengig av å kjenne til kriterier og rutiner. Ellers er det stort sett samhandlingsavdelingen i helseforetaket, eventuelt med noe involvering av akuttmottak eller relevant medisinsk klinikk, som forholder seg til ØHD på jevnlig basis. I ett helseforetak har man etablert et eget ØHD-team som består av representanter fra administrasjon og klinikkene, som gjennomfører analyser og følger opp ØHD-tilbudene, og henter inn andre aktuelle ressurser ved behov. En annen informant forteller at man har etablert en arbeidsgruppe bestående av fagdirektør, medisinsk klinikkssjef og samhandlingssjef, som har faste møter hvor tilbudet er tema.

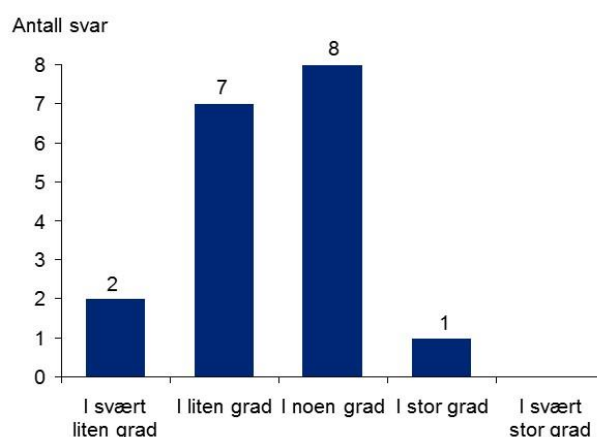
Helseforetakets forventninger til effekten av ØHD

«Tilbudet som etableres skal være bedre eller like godt for pasientene som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det nye tilbudet skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser i spesialisthelsetjenesten, noe som betyr at kommunene skal ivareta pasienter som tidligere ville vært lagt inn akutt i sykehus.»

Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold er et forholdsvis nytt tilbud i behandlingsskjeden, noe som betyr at det kan ta en del tid før det blir brukt etter intensjonen og man ser effekten av det i andre deler av helsevesenet. Flertallet av informantene presenterer denne oppfatningen, men uttrykker også frustrasjon over at midler har blitt overført fra helseforetaket til kommunene uten at helseforetaket foreløpig kan se direkte effekt av tilbudet. Alle informantene forventet å se en nedgang i sykehusinnleggelser etter opprettelsen av ØHD, men flertallet har ikke opplevd nedgang, og noen rapporterer derimot om en økning i sykehusinnleggelser den siste tiden (men legger til at det er umulig å si hvilke faktorer som påvirker dette).

Flere av informantene opplever at tilbudene legger inn pasienter som oppfyller intensjonen, men at problemet er lav beleggspersent fordi de lokale fastlegene og legevaktslegene ikke kjenner tilbudet godt nok. Figur 8 på neste side viser at kun én av informantene opplever at helseforetakets forventninger er oppfylt i stor grad.

I hvilken grad er helseforetakets forventninger til effekten av tilbudet oppfylt?



Figur 8: Fordeling av i hvor stor grad informantene opplever at forventningene til effekt er oppfylt (n=18). Gjennomførte intervjuer. Deloitte egen fremstilling

Som ved andre deler av studien er det viktig å påpeke at flere informanter forteller om stor variasjon mellom tilbudene når det gjelder bruk og belegg. Noen tilbud oppleves av informantene som svært gode, omtrent tilnærmet små sykehus, med stort belegg, mens andre oppleves mer som forsterkede sykehjemsplasser. I følge et par informanter kan det se ut til at de store interkommunale tilbudene har større belegg og brukes mer etter intensjon, noe som kan komme av at kompetansen, legedekningen og tilgangen på utstyr ofte er større i disse tilbudene. Samtidig påpeker en informant at dersom mange kommuner går sammen, vil intensjonen om nærhet til innbyggerne delvis forsvinne.

Systemer for å måle effekten av tilbudene

Alle informantene opplever at det er vanskelig å direkte måle effekten tilbudene har på antall innleggelser på sykehus. Flertallet har tilgang på statistikk over innlagte

pasienter på ØHD og i sykehus, men forklarer at det er vanskelig å trekke direkte konklusjoner og se hva som isolert sett er effekten av ØHD i form av endringer i antall innleggelser, da man har begrenset informasjon om hver pasient. Noen informanter etterspør større krav til kommunene om hyppigere og mer detaljert rapportering og dokumentasjon rundt bruken av plassene, da man opplever at dette nedprioriteres i en travel hverdag. I tillegg kreves det en del ressurser dersom man skal kunne etablere grundige målesystemer. Et par informanter forteller at man i helseforetaket har valgt ut et tilfeldig utvalg pasienter og evaluert om de hører hjemme på ØHD eller ikke.

Ved ett helseforetak har man opprettet et felles registreringsverktøy for flere kommuner hvor det måles hvor adekvate innleggelsene på ØHD er (det vil si om ØHD er et reelt alternativ til visse sykehuspasienter). Dette brukes foreløpig for å følge opp hvordan tilbudene utvikler seg over tid, da man er klar over at det tar en stund før tilbudene er en naturlig del av kommunal legetjeneste. Samtidig har man allerede fått vurdert at 85% av innleggelsene på ett av tilbudene var adekvate. To informanter forteller at man har opprettet egne driftsgrupper bestående av representanter fra helseforetak og kommune som gjennomgår rapportering fra ØHD (aktivitetsdata, avvik, brukertilfredshet m.m) på jevnlig basis.

På tross av at flertallet av informantene uttrykker vanskeligheter med å måle effekten av tilbudene hittil, ble de alle bedt om å ta stilling til om tilbudene har hatt noe effekt etter intensjonen om reduserte innleggelser på sykehus. Flertallet opplever ingen reell effekt av tilbudet, et par opplever noe effekt målt ut fra et høyt belegg på ØHD, og tre av informantene bekrefter at de har opplevd effekt. I sistnevnte tilfeller dreier det seg om tilbud som har eksistert før samhandlingsreformen og/eller at man har gjort grundige evalueringer av innleggelsene på ØHD.

3.1.4 Videre samarbeid etter 1.1.2016

«I innfasingsperioden får kommunene overført midler etter hvert som tilbudene blir etablert. Halvparten av midlene gis som øremerket tilskudd fra Helsedirektoratet, og den andre halvparten overføres direkte fra det regionale helseforetaket / helseforetakets basisbevilgninger.»



Dette underkapittelet presenterer de viktigste faktorene knyttet til videre samarbeid mellom helseforetak og kommune i driftsfasen etter 1.1.2016. Dette inkluderer også helseforetakets syn på sin rolle for å sikre et godt og forsvarlig ØHD-tilbud.

Videre samarbeid mellom helseforetak og kommune om ØHD

Etter planen skal alle tilbud være opprettet etter 1.1.2016, og samarbeidsavtalen mellom helseforetak og kommune skal fortsette å gjelde videre ut i denne såkalte driftsperioden. Flertallet av informantene planlegger å fortsette samarbeidet om tilbudet som før, og omtrent halvparten har i tillegg planer om utvidet bruk av målinger, evalueringer og møter mellom aktuelle aktører. Noen av disse planlegger flere møter og evalueringer i allerede etablerte fora, mens andre er i gang med å planlegge nye samarbeidsarenaer, blant annet for alle tilknyttede ØHD-tilbud og et større, fylkesdekkende nettverk. En informant forteller at man planlegger å involvere sykehuset i større grad gjennom å tilby diagnostisering i akuttmottak, og en annen trekker fram at man er i gang med en større revidering av samarbeidsavtalene.

Flere informanter uttrykker usikkerhet rundt hvilke føringer som kommer for det videre arbeidet og samhandlingen rundt ØHD-tilbudene. Et par av informantene forteller at motivasjonen til å fortsette er liten, at man har færre møter enn før og at man forventer at noen tilbud må legges ned dersom det ikke stilles sterkere føringer til kommunene. Én informant forteller at man i regionen ikke har drøftet videre samarbeid, da man betrakter det som avsluttet etter innfasingsperioden dersom det ikke legges tydeligere føringer for samarbeidet.

Helseforetakets viktigste rolle

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

Flertallet av informantene nevner kompetanseheving og veiledning som helseforetakenes viktigste oppgave for å sørge for et godt og forsvarlig tilbud fremover. Flere trekker også frem oppfølging og kvalitetssikring som viktige bidrag til at tilbudet kan videreutvikles, og etter hvert oppfylle intensjonen om å avlaste sykehusene. Én av informantene poengterer også at selv om det er kommunenes

tilbud, kan helseforetaket bidra til å skape interesse for tilbudet blant lokale leger og befolkningen forøvrig.

Å bidra til å opprettholde og/eller utvikle det gode samarbeidet som oppstår mellom helseforetak og kommune gjennom fellesarbeidet med ØHD, nevnes også av flere informanter. Dette kan være gjennom å avholde erfaringsmøter, å stille opp på allerede etablerte møtearenaer og styrke den faglige diagnostiske dialogen på daglig basis gjennom tilgjengelige kommunikasjonskanaler. Noen planlegger også å tilby diagnostikk på akuttmottak før innleggelse på ØHD, og/eller vurderer å kunne henvise direkte til ØHD fra sykehuset (se neste avsnitt)

Innleggelse direkte fra akuttmottak

«Departementet anser at det bør være opp til den enkelte kommune å beslutte hvordan den best kan løse behovet for raske avklaringer av pasientens hjelpebehov i de kommunale tjenestene. Imidlertid forutsettes det at vurderingen foretas av kompetent helsefaglig personell.»

Fem av de 20 intervjuobjektene opplyser at det er mulig for akuttmottaket på sykehus og henvise direkte til ØHD. Blant disse er fellesoppfatningen at muligheten benyttes i mindre grad enn ønskelig, og at man jobber aktivt med å øke bruken. Ved ett av helseforetakene kan akuttavdelingen kun henvise til store tilbud som ligger nært sykehuset, og her benyttes muligheten også mest. Én av informantene opplyser at akuttmottaket kun har mulighet til å be om henvisning til ØHD, men at det er ØHD som tar den endelige avgjørelsen om inntaket. Ved ett annet tilfelle har man forsøkt muligheten for å legge inn fra akuttmottak, men fjernet den da det ikke hadde noen merkbar effekt på bruken.

Det er stor variasjon når det gjelder om helseforetak og/eller kommune ønsker å tilby direkte innleggelse fra akuttmottak eller ikke. Ved et par tilfeller er dette noe helseforetaket gjerne skulle hatt mulighet til, men hvor kommunene ikke godtar det, og i andre tilfeller ønsker ikke helseforetaket å bruke ressurser på det og mener det gjør at ansvarsfordelingen for tilbudet blir uklar. Én informant var også usikker på om det var godkjent praksis å henvise fra akuttmottak. Noen informanter opplyser at både kommune og helseforetak ønsker at det skal bli mulig, men at det er et stort

innføringsarbeid som tar tid og krever god opplæring av legene. Som nevnt tidligere blir også muligheten for vurdering og diagnostikk i akuttmottak før eventuell innleggelse i ØHD brukt eller vurdert ved flere helseforetak.

3.2 Problemområder, positive erfaringer og suksessfaktorer

I dette delkapittelet presenteres resultatene fra intervjuene med utgangspunkt i det «indre», gjennomgående temaet i figur 1 på side 5.



3.2.1 Utvalgte / Eksempel på problemområder

Som ved tidligere utredninger om kommunalt øyeblikkelig døgnopphold er manglende kunnskap og tillitt hos innleggende leger (fastleger og legevaktsleger) i kommunene en vesentlig flaskehals for bruken av tilbudet. Flertallet av informantene trekker frem dette når de blir bedt om å nevne utfordringer rundt opprettelsen og bruken av tilbudene. Omtrent halvparten påpeker også at ulikhet i hvor enkelt det er å legge inn på sykehus versus på tilbudet, og hvilket ansvar legene får for pasienten har innflytelse på innleggende legers henvisninger. ØHD fremstår i visse tilfeller som et tungrodd system med lite fleksibilitet, samt at kommunale leger foreløpig ikke har et eierforhold til det.

Andre problemområder som blir nevnt er faglige utfordringer og manglende legedekning på tilbudene, mangel på strukturert kommunikasjon mellom helseforetak og kommune, og vanskeligheter med å skape tillitt og forståelse internt i helseforetaket. Noen informanter nevner også utfordringer med å få innsyn i tilbudet og rapporteringer fra kommunene, at tilbudet er for restriktive med inntaket av pasienter, at kommunene ikke ønsker å inngå i større, interkommunale samarbeid og at noen kommuner ikke har begynt planleggingen av tilbud ennå.

3.2.2 Utvalgte positive erfaringer

Ved spørsmål om hvilke positive erfaringer opprettelsen av tilbudene har ført med seg, trekker flere informanter frem økt kompetanse og mer spennende oppgaver i kommunehelsetjenesten, og at kommune og helseforetak snakker systematisk sammen i større grad, og dermed har blitt bedre kjent med hverandre. ØHD har skapt en arena hvor begge partene opptrer som samarbeidspartnere for pasientenes beste.

Flere informanter har også inntrykk av at pasientene som har vært innlagt på ØHD har vært veldig fornøyde med behandlingen og ønsker å komme tilbake, og at det er en stor fordel for innbyggerne å kunne behandles nærmere hjemstedet. I tillegg er brukernes tilgang til kommunehelsetjenesten økt. Én informant ser på det som svært positivt at kommunene har tatt initiativ til oppstartsprosessen selv og inviterer helseforetaket til dialog, og en annen informant bemerker at opprettelsen av ØHD har ført til påtvungede prioriteringer og dermed økt fokus på helse i kommunepolitikken.

3.2.3 Vellykkede tiltak i planprosessen

Som nevnt tidligere er det stor variasjon i hvordan kommuner og helseforetak har valgt å organisere planleggingen av tilbudene. Dette har også ført til at informantene kan rapportere om flere vellykkede tiltak som har blitt gjennomført underveis i prosessen. En gjenganger i dette tilfellet er, ikke overraskende, et grundig forarbeid tidlig i prosessen, og ved flere helseforetak har man igangsatt egne planleggingsprosjekter som har involvert relevante aktører tidlig.

Informanter fra helseforetak hvor man har involvert fastlegene og/eller sykehusansatte tidlig og fullstendig under hele prosessen trekker fram dette som et suksesskriterium i planleggingen. Engasjerte kommuneoverleger, klinikkledere og andre aktuelle personer som er gode på samarbeid og kommunikasjon blir også nevnt som viktige faktorer for godt samarbeid mellom kommune og helseforetak, og god forankring hos begge parter. Det gjelder også grundig forankring i ledelsen og involvering av brukere i planleggingen.

Et par informanter bemerker også at man har opplevd større suksess i tilfellene hvor man har store, interkommunale tilbud, da små enheter ofte har utfordringer med volum

og legedekning. Ved noen tilfeller har man også hatt positive erfaringer med opprettelse av flere senger enn anbefalt og samlokalisering med andre kommunehelsetjenester for større robusthet. Det at tilbudene er fullfinansiert i oppstarten blir også poengtert som en god stimulator for prioritering av planlegging og opprettelse av tilbud.

3.2.4 Suksessfaktorer for videre samarbeid

Flere informanter opplever at samarbeidet mellom kommune og helseforetak har blitt styrket gjennom opprettelsen av ØHD, og de ble spurt om hva de opplever som viktige suksessfaktorer for at samarbeidet skal fungere godt i fremover.

De to faktorene som blir trukket oftest fram av informantene, er tillit mellom helseforetak og kommune, og gode strukturer og rutiner som sikrer god samhandling, som for eksempel faste møteplasser og ulike fora. I den forbindelse nevner også et par av informantene viktigheten av at begge parter stiller opp på samhandlingsarenaer og er rause med hverandre.

Flere informanter poengterer at en åpenhet omkring erfaringer og innleggesstatistikk gjør det enklere å drøfte sammen, og at det er viktig at man har en felles forståelse av hva tilbudet skal være, hvem som har ansvar og hvem som betaler. I denne sammenheng er det også noen som trekker frem viktigheten av et enkelt kontaktpunkt mellom kommune og helseforetak, som en fast person eller telefonlinje. Én informant forteller at Helsedirektoratets konkrete krav om samarbeidsavtale gjør det enklere å prioritere dette, og et par andre opplever at det er enklere å samarbeide om ØHD dersom man har hatt en lengre historie for samarbeid allerede.

Et par av informantene bemerker også at helseforetak og kommune også må stille visse krav til hverandre. Kommunene må stille krav til helseforetaket om kompetanseheving og tilgang på veiledning, mens helseforetaket på sin side må stille krav til god nok kompetanse på tilbudet, samtidig som det må være praktisk mulig for kommunen å oppfylle dem.

3.2.5 Andre viktige forhold

Noen informanter ønsker også å trekke frem andre viktige forhold som ikke allerede er dekket av tidligere intervju spørsmål. Flere informanter uttrykker blant annet bekymring for at tilbudet ikke skal erstatte akutte sykehusinnleggelser, men derimot andre kommunale tilbud (å bli et forsterket sykehjem eller ta inn utskrivningsklare pasienter for eksempel), noe som fører til at midlene ikke brukes etter intensjonen. Samtidig er det viktig at tilbudet blir en integrert del av kommunehelsetjenesten, og ikke en egen øy uten naturlig forankring i behandlingskjeden.

Informanter fra områder hvor det er aktuelt, kommenterer at kommuner som allerede har lang tradisjon med tilsvarende tilbud, ofte fordi det er lang avstand til sykehus, har bedre belegg og større forankring blant kommuneleger og sykehusleger. Dermed blir det bekreftet, som nevnt tidligere, at det tar tid å etablere nye tilbud. I sammenheng med dette etterlyser flere informanter mer fokus på og bedre systemer for å øke innleggende legers bevissthet om tilbudet og kompetansen som finnes der.

Et par informanter påpeker også at samhandlingen hadde blitt enklere med et felles journalsystem for spesialist- og kommunehelsetjeneste. Dette ville ført til både økt pasientsikkerhet og smidigere informasjonsutveksling. Det blir også bemerket at noen kommuner ikke har konkrete planer om etablering av tilbud ennå, noe som fører til et ulikt tilbud til regionens innbyggerne. Flere informanter utlyser videreføring av øremerkede midler og større føringer fra Helsedirektoratets side, blant annet krav om større tilbud (helst interkommunale) og fleksibel bruk av senger mellom kommuner som deler tilbud.

3.3 Andre innspill

Ved avslutningen av intervjuene ble alle informantene spurt om de hadde noen flere kommentarer, eventuelt andre viktige forhold av betydning for ØHD de ville informere om. Flere informanter ønsker å fortelle om spesielle ordninger og tiltak man har etablert.

Ved ett helseforetak, som har ØHD plassert på sykehuset, har man et visittsamarbeid hvor en erfaren lege fra sykehuset går visitt sammen med kommunal lege på tilbudet to ganger i uka, slik at ansvarlig lege får en sparringspartner. I tillegg er ansatte på ØHD alltid tilstede når det gjennomføres hjerte-lunge-redning for å få repetert prosedyren. Den samme informanten ønsker å informere om fordelene ved å ha ØHD plassert på eller i nær avstand til sykehus, blant annet at det gir tilbudet en god faglig tyngde, og at det kan virke som terskelen for å legge inn på ØHD er lavere. Samtidig er det viktig å poengtere at andre informanter er skeptiske til ØHD-tilbud på sykehus, da det kan ha motsatt effekt ved at legene like gjerne legger pasientene på sykehuset når de først har kommet dit, og at det generelt gjør det vanskelig for innbyggere og personale å skille spesialist- og kommunehelsetjeneste.

Ved ett helseforetak har man et vellykket samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, kommune og lokal høyskole i en egen forskningsenhet, som har eget kompetanse- og forskningsprogram som knyttes til ØHD. Enheten har også som oppgave å følge opp de lovpålagte avtalene, og lage kompetansepakker for ØHD-tilbudet som blant annet innebærer jevnlig oppdatering av teori og prosedyrer. En annen informant forteller at man har en faglig rådgivningstelefon som leger og sykepleiere på tilbudet kan bruke for å ringe akuttmottaket og spørre om råd. Ved det samme helseforetaket søker man nå om midler for å ansette en allmennlege i akuttmottaket som skal bidra med å finne de rette pasientene for ØHD, og samtidig kunne gi tilbakemelding om tilbudet til fastlegene. Ved et annet tilfelle er det etablert driftsgrupper med representanter fra begge parter og på flere nivå, som jevnlig møtes og følger opp utviklingen i ØHD-tilbudene (blant annet aktivitetsdata, avvik og brukertilfredshet). Til tross for at det er ressurskrevende, blir det sett på som svært nyttig.

Én informant forteller at man har bestemt å gjeninnføre konferanseplikten for fastleger som ønsker å legge pasienter inn på sykehuset, for å redusere opplevelsen av at det er mye enklere å legge inn på sykehus enn ØHD. Dermed blir det mer sammenlignbart for legene å legge inn på ØHD da man reduserer forskjellen i innleggelsesprosedyre, men informanten bemerker at det synd man må gå den veien.

I følge en informant er beleggspersent en misvisende parameter for effekten av ØHD, da kommuner som er gode på forebyggende arbeid og dermed har lite bruk av ØHD

slår dårlig ut på statistikken. Dermed er reduksjonen av sykehusplasser en bedre parameter for å se effekten av ØHD, spesielt i disse kommunene. En annen informant poengterer at det bør være ulike instanser som er tilsynsmyndighet og samarbeidsparter, da disse rollene er vanskelige å kombinere. Flere uttrykker at det er en utfordring at overordnede myndigheter ikke er tydelige nok på hvordan ØHD skal brukes.

Økonomiske insentiver og utfordringer er tema som flere informanter er opptatt av. Én informant opplever utfordringer med at man snakker om «antall senger» og ikke «antall liggedøgn». Ved interkommunale tilbud er det viktig å være fleksibel med sengene, og det viser seg også å være en fordel å sette av flere senger enn man får tilskudd til, slik at tilbudet ikke blir fullt og man kan nå estimert antall liggedøgn. Dersom det noen ganger er fullt på tilbudet (og andre ganger nesten tomt), må pasienter avvises og innleggende leges tillitt til forsvarligheten kan svekkes. Et par informanter bemerker at de økonomiske ordningene fører til at kommunene ikke har noe direkte insentiv for å fylle plassene, da det ikke er krav til belegg for å motta tilskudd. I følge en informant bør det foregå en jevnlig avregning av bruken, slik at det ville fått økonomiske konsekvenser for kommunene (at de måtte betalt tilbake til helseforetaket) om tilbudet ikke blir brukt. Det blir også poengtert at tidspunktet for utbetalingen av midlene er uhensiktsmessig, da kommunene i visse tilfeller mottar midler lenge før tilbudet faktisk er i drift. Noen informanter uttrykker i tillegg bekymring for hva som vil skje med tilbudene etter at innføringsfasen med spesiell finansiering av tilbudet er over, og uttrykker ønske om videre bruk av øremerkede midler eller i det minste tydeligere føringer på bruken fra direktoratets side. Inntrykket er at helseforetakene får redusert innflytelse og styringsrett når den direkte finansieringen fra spesialisthelsetjenesten forsvinner.

Én informant oppsummerer sine opplevde suksessfaktorer med tre T-er: Tillit, Tydelighet og Tilskudd.

4. Oppsummering av funn

Stor variasjon mellom kommuner og tilbud fører til utfordringer for samhandling

Flere informanter uttrykker problemer med å generalisere svarene sine under intervjuet, ettersom de opplever stor variasjon mellom tilbudene. Det finnes ikke kun én måte å samarbeide om ØHD på, noe som kan forklares med store variasjoner i lokale forhold, men også ulike tolkninger av hva tilbudet og samarbeidet skal bestå av. Variasjonene gjelder alt fra kvalitet og involvering i planleggingsprosessen, kompetanse og legedekning på tilbudene, kvalitet og frekvens på dialogen mellom kommuner og helseforetak og tillitt blant lokale leger. Om man skal forsøke seg på en generell observasjon blant informantene, kan denne være at store, interkommunale tilbud ser ut til å i større grad følge intensjonen når det gjelder både nivå på kompetanse, beleggsprosent og grad av samhandling.

Mangel på samhandling fører til et opplevd skille mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste

Noen kommuner ønsker hverken å involvere helseforetaket eller samarbeide med andre kommuner. I visse tilfeller har kommuner også forsøkt å søke tilskudd fra Helsedirektoratet uten å involvere sitt lokale helseforetak overhodet, og ved andre tilfeller har helseforetaket kommet med innspill og anbefalinger uten at de nødvendigvis har blitt lyttet til av kommunene. Også i driftsfasen, etter at tilbud er startet opp, opplever flere informanter at kommunene dominerer og at helseforetaket har minimal innflytelse på tilbudet.

Flertallet av informantene vet, eller har inntrykk av, at kommunale døgnplasser kun er forankret blant ledelsen i helseforetaket, og eventuell samarbeids-/samhandlingsavdeling. Det oppleves som svært vanskelig å skape kjennskap og tillitt til tilbudet på faglig nivå av flere grunner, blant annet stor utskiftning av personell, at ansatte på faglig nivå ikke ser behovet for å lære om det eller at leger eller andre ansatte i helseforetaket er skeptiske til opprettelsen av ØHD. Noen helseforetak ser heller ikke behovet for intern forankring, da holdningen er at dette er kommunenes tilbud og ansvar.

Til tross for noen rapporterte utfordringer med samhandling og dialog, trekker flere informanter frem at opprettelsen av ØHD har ført til at kommune og helseforetak snakker systematisk sammen i større grad, og dermed har blitt bedre kjent med hverandre. Suksesskriterier for å oppnå dette er blant annet tillit mellom helseforetak og kommune, og gode samarbeidsstrukturer og rutiner som sikrer god samhandling, som for eksempel faste møteplasser og ulike fora. Engasjerte kommuneoverleger, klinikkledere og andre aktuelle personer som er gode på samarbeid og kommunikasjon blir også nevnt som viktige faktorer for godt samarbeid mellom kommune og helseforetak, og god forankring hos begge parter.

Det er utfordrende å måle effekten av tilbudene, og helseforetakenes forventninger er foreløpig ikke oppfylt

Alle informantene forventet å se en nedgang i sykehusinnleggelser etter opprettelsen av ØHD, men flertallet har ikke opplevd dette, og noen rapporterer derimot om en økning i sykehusinnleggelser den siste tiden (men legger til at det er umulig å si hvilke faktorer som påvirker dette). Mange uttrykker også frustrasjon over at midler har blitt overført fra helseforetaket til kommunene, uten at helseforetaket kan se noen direkte effekt av tilbudet. Samtidig, som ved andre deler av studien, er det viktig å påpeke at flere informanter forteller om stor variasjon mellom tilbudene når det gjelder bruk etter intensjon. Flere av informantene opplever også at tilbudene legger inn pasienter som oppfyller intensjonen, men at problemet er lav beleggsprosent fordi de lokale fastlegene og legevakslegene ikke kjenner tilbudet godt nok.

Informantene opplever at det er vanskelig å direkte måle effekten tilbudene har på antall innleggelser på sykehus. Flertallet har tilgang på statistikk over innlagte pasienter på ØHD og i sykehus, men forklarer at det er vanskelig å trekke direkte konklusjoner og se hva som isolert sett er effekten av ØHD i form av endringer i antall innleggelser, da man har begrenset informasjon om hver pasient. Det påpekes av flere at det kreves større tilgang på ressurser dersom man skal kunne etablere grundige oppfølgings- og målesystemer.

Flere informanter uttrykker bekymring for at tilbudet ikke skal erstatte akutte sykehusinnleggelser, men derimot andre kommunale tilbud (ved å bli et forsterket sykehjem eller ta inn utskrivningsklare pasienter for eksempel), noe som fører til at

midlene ikke brukes etter intensjonen. Samtidig er det viktig at tilbudet blir en integrert del av kommunehelsetjenesten, og ikke en egen øy uten naturlig forankring i behandlingsskjeden.

Muligheten for innleggelse fra akuttmottak benyttes i liten grad

Det er stor variasjon når det gjelder om helseforetak og/eller kommune ønsker å tilby direkte innleggelse fra akuttmottak eller ikke. Fem helseforetak har denne muligheten, men den benyttes foreløpig i mindre grad enn ønsket. Ved et par tilfeller er dette noe helseforetaket gjerne skulle hatt mulighet til, men hvor kommunene ikke godtar det, og i andre tilfeller ønsker ikke helseforetaket å bruke ressurser på det og mener det gjør at ansvarsfordelingen for tilbudet blir uklar. Fellesoppfatningen er at en slik mulighet krever et stort innføringsarbeid som tar tid og krever god opplæring av legene. Muligheten for vurdering og diagnostikk i akuttmottak før eventuell innleggelse i ØHD blir også brukt eller vurdert ved flere helseforetak.

Kommunenes og helseforetakenes økonomiske insentiver samsvarer ikke

Økonomiske insentiver og utfordringer er tema som flere informanter er opptatt av. Et par informanter bemerker at de økonomiske ordningene for tilbudet fører til at kommunene ikke har noe direkte insentiv til å fylle plassene, da det ikke er krav til belegg for å motta tilskudd. Noen informanter uttrykker også bekymring for hva som vil skje med tilbudene etter at innføringsfasen med spesiell finansiering av tilbudet er over, og uttrykker ønske om videre bruk av øremerkede midler eller i det minste tydelige føringer på bruken fra direktoratets side.

Det er rimelig å anta at det finnes en rekke andre erfaringer, synspunkter og faktorer som ikke er oppdaget gjennom denne kartleggingen, men som like fullt er av betydning for hvordan ØHD-tilbudet organiseres og driftes, samt kvaliteten og graden av samhandling mellom kommune og helseforetak.

5. Vedlegg

5.1 Anonymisert oversikt over helseforetak omfattet av studien

#	RHF	Type samarbeidsavtaler	Mulig å henvise fra akuttmottak
1	Helse Nord RHF	Standardavtaler	Nei
2	Helse Vest RHF	Særavtaler	Nei
3	Helse Nord RHF	Standardavtaler	Nei
4	Helse Midt-Norge RHF	Standardavtaler	Nei
5	Helse Sør-Øst RHF	Særavtaler	Ja
6	Helse Midt-Norge RHF	Standardavtaler	Ja
7	Helse Sør-Øst RHF	Standardavtaler	Nei
8	Helse Sør-Øst RHF	Særavtaler	Ja
9	Helse Vest RHF	Særavtaler	Nei
10	Helse Sør-Øst RHF	Standardavtaler	Nei
11	Helse Nord RHF	Særavtaler	Nei
12	Helse Sør-Øst RHF	Særavtaler	Nei
13	Helse Sør-Øst RHF	Særavtaler	Nei
14	Helse Vest RHF	Særavtaler	Nei
15	Helse Nord RHF	Særavtaler	Nei
16	Helse Vest RHF	Særavtaler	Nei
17	Helse Sør-Øst RHF	Særavtaler	Nei
18	Helse Sør-Øst RHF	Standardavtaler	Ja
19	Helse Sør-Øst RHF	Særavtaler	Ja
20	Helse Vest RHF	Standardavtaler	Nei

5.2 Intervjuguide

Informasjon vi ønsker å få utfylt før intervju (etterspørres ifm booking av intervju)		
A	Hvilke(n) kommuners ØHD-tilbud er tilknyttet helseforetaket?	
B	Benyttes standardavtaler/-kriterier, eller er det individuelle, lokalt tilpassede avtaler med kommunene?	
C	Er det mulig for helseforetaket (akuttmottaket) å henvise pasienter direkte til ØHD?	
D	Hvis svar JA på A: Hvor mange pasienter har helseforetaket (akuttmottaket) henvist ut til ØHD totalt?	

Tema: Bakgrunnsinformasjon												
	Spørsmål	Svar										
1	Navn											
2	Helseforetak											
3	Stillingstittel											
4	Hvor langt er det mellom ØHD og helseforetaket? Er det eventuelt et ØHD-tilbud plassert i helseforetaket?											
Tema: Planprosessen												
5	Hvordan har prosessen med å planlegge ØHD-tilbud(ene) fungert, sett fra ditt HF sin side? På en skala fra 1 til 5, der 5 er i svært god, hvor god opplever du at prosessen har vært? - Begrunnelse?	Åpent svar: Vurdering: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 1 = Svært liten grad, 5 = Svært stor grad	1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5								
6	I hvor stor grad har ditt foretak vært involvert i planleggingsprosessen? - Helt eller delvis? På en skala fra 1 til 5, der 5 er i svært stor grad, i hvilken grad opplever du at HF har vært involvert? - Begrunnelse?	Åpent svar: Vurdering: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> 1 = Svært liten grad, 5 = Svært stor grad	1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5								
7	Hvordan har dialogen mellom											

	kommune og HF vært på: <ul style="list-style-type: none"> - På ledernivå? - På administrativt nivå? - Mellom ulike faggrupper? 											
8	Har det vært noe pasient- og brukermedvirkning i prosessen? <ul style="list-style-type: none"> - Hvis JA: På hvilken måte? - Hvis NEI: Hvorfor ikke? 											
9	På en skala fra 1 til 5, der 5 er i svært stor grad, i hvilken grad opplever du at kommune og foretak planlegger som to likeverdige parter? Hva tror du er grunnen til dette?	Åpent svar: Vurdering: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> 1 = Svært liten grad, 5 = Svært stor grad	1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5								
Tema: Avtaler og kriterier												
10	Dersom standardavtale benyttes: Hvorfor har man valgt å bruke standardavtaler? <ul style="list-style-type: none"> - Er det noen felles kriterier som er viktige å ivareta? På en skala fra 1 til 5, der 5 er svært godt, hvor godt fungerer bruken av standardavtaler? <ul style="list-style-type: none"> - Begrunnelse? 	Åpent svar: Vurdering: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> 1 = Svært liten grad, 5 = Svært stor grad	1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5								
11	Dersom individuelle avtaler: Hvorfor har man valgt å bruke individuelle, lokalt tilpassede avtaler? <ul style="list-style-type: none"> - Hvilke områder er det spesielt viktig å skille mellom kommunene på? På en skala fra 1 til 5, der 5 er svært godt, hvor godt fungerer bruken av individuelle avtaler? <ul style="list-style-type: none"> - Begrunnelse? 	Åpent svar: Vurdering: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> 1 = Svært liten grad, 5 = Svært stor grad	1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5								
12	Hvordan har det vært jobbet med å: <ul style="list-style-type: none"> - Definere pasientkategorier? - Planlegge for personell? - Planlegge kompetanse? - Planlegge utstyr? - Planlegge støttefunksjoner? - Andre vesentlige elementer? 											
Tema: Intern forankring og forventninger												
13	Hvor godt er ØHD forankret internt i helseforetaket? På en skala fra 1 til 5, der 5 er	Åpent svar: Vurdering:										

23	Hva mener du er helseforetakets viktigste oppgaver for å bidra til et godt og forsvarlig ØHD-tilbud?	
Tema: Avsluttende spørsmål		
24	Er det andre viktige forhold eller vellykkede tiltak som er viktig å få frem?	
25	Andre kommentarer?	



Deloitte refers to one or more of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, a UK private company limited by guarantee, and its network of member firms, each of which is a legally separate and independent entity. Please see www.deloitte.no for a detailed description of the legal structure of Deloitte Touche Tohmatsu Limited and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

This communication contains general information only, and neither Deloitte AS nor Deloitte Advokatfirma AS is, by means of this publication, rendering professional advice or services and shall not be responsible for any loss whatsoever sustained by any person who relies on this communication.