

Øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i seks kommunar på Sunnmøre

BAKGRUNN Betre og meir kostnadseffektive helsetenester er eit mål i helsepolitikken.

Det er ønskeleg å yte helsetenester nærare der pasienten bur. Alle kommunar skal frå 2016 tilby øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald (ØHD). Hensikta med denne studien var å utvikle kunnskap om erfaringar i mellomstore kommunar som driftar eit slikt tilbod utan interkommunalt samarbeid.

MATERIALE OG METODE Fokusgruppeintervju med 25 helsepersonell som har ansvar for tilbodet i seks små og mellomstore kommunar i Vest-Noreg vart gjennomførte hausten 2013 og våren 2014. I tillegg vart informasjon om bruken av sengene samla inn.

RESULTAT Informantane formidla at kommunane deira hadde valt øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald for å styrke fagmiljøa i sjukeheimane. Dei uttrykte at det var eit pasientnært og fleksibelt behandlingstilbod. Dei såg det slik at tilbodet ville føre til eit kompetanseløft i kommunane. Bruken av sengene har auka frå starten og fram til 31.8. 2014.

TOLKING Helsepersonellet formidla at øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i kommunen oppfylte viktige intensjonar i samhandlingsreforma om at pasientar skal få behandling lokalt og nær der dei bur.

Meir kostnadseffektive og heilskaplege pasientgangar er eit mål i helsepolitikken i Noreg og internasjonalt (1, 2). Betre hjelp raskt til dei som treng det i kommunane har prioritet (2, 3). Det er ønskeleg å yte helsetenester nærare der pasienten bur, og eit av verkemidla er at alle kommunar skal gje øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald (ØHD) for å redusere talet på innleggingar i spesialisthelsetenesta (3). I lov om kommunale helse- og omsorgstenester (4) er kommunane pliktige til å opprette dette tilbodet. Frå 1. januar 2016 har kommunane plikt til å gje eit slikt tilbod.

I den nye lova om kommunale helse- og omsorgstenester er det ikkje peika ut bestemte grupper av pasientar som høver for kommunale tilbod, men i rettleiingsmateriellet frå Helsedirektoratet blir det sagt at det gjeld dei pasientane som hyppig blir innlagte i sjukehus (3).

Tidlegare studiar (5–7) har i hovudsak dreia seg om erfaringane med øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i mindre kommunar i interkommunalt samarbeid.

Føremålet med denne studien er å utvikle kunnskap om dei erfaringane mellomstore kommunar utan interkommunalt samarbeid har med ordninga. Nokre kommunar starta allereie i januar 2012. Kommunane organiserer dette tilbodet på ulike måtar, og det er viktig å få kunnskap om erfaringar frå ulike modellar (8). Denne kunnskapen kan nyttast av politikarar, helsepersonell og andre som har ansvar for å planlegge og implementere ordninga.

Desse forskingsspørsmåla vart formulerte:

- Kva erfaringar har helsepersonell i mellomstore kommunar med etablering av øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald?
- Kva er omfanget av bruken av døgnplassane?

Materiale og metode

I studien nyttar vi både kvalitative og kvantitative data (mixed methods) (9), då vi ønskte informasjon om kva erfaring helsepersonell hadde, i tillegg til statistikk over korleis desse sengene har blitt brukt i kvar einiskild kommune.

Det vart gjennomført seks fokusgruppeintervju (10, 11) med helsepersonell i stillingar med medansvar for ordninga. Intervjua vart gjennomførte frå november 2013 til mars 2014 i seks små og mellomstore kommunar i Vest-Noreg (fig 1) (12). Deretter vart data henta frå dei same kommunane om korleis ordninga øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald hadde blitt brukt.

Deltakande kommunar

Kommunane som deltok er med i eit lokalt interkommunalt, tverrprofesjonelt samarbeid mellom sju kommunar med regelmessige faglege møte (Sjustjerna). Alle dei seks kommunane hadde valt å drifte ordninga utan interkommunalt samarbeid, noko som skil seg frå det som er ordninga i ein rekke andre kommunar i Møre og Romsdal.

Ein av kommunane vart ikkje inkludert i studien, då dei ikkje hadde starta opp med øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald.

Torstein Hole

torstein.hole@helse-mr.no

Klinikk for medisin
Ålesund sjukehus

og

Institutt for sirkulasjon og bildediagnostikk

Det medisinske fakultet

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Johan Barstad

Forskningsseksjonen

Helse Møre og Romsdal HF

Solfrid Teigen

Helse- og sosialavdelinga

Volda kommune

Marit Kvangarsnes

Institutt for helsefag

Høgskulen i Ålesund

og

Forskningsseksjonen

Helse Møre og Romsdal HF

> Sjå leiarartikkel side 1528



Engelsk omsetjing på www.tidsskriftet.no

HOVUDBODSKAP

Døgnbehandling i nærmiljøet gav gode vilkår for pasientmedverknad og dialog om verdispørsmål

God samhandling mellom involverte profesjonar var sett på som eit viktig vilkår for å utvikle tilbodet på ein god måte



Figur 1 Oversyn over kommunar som er inkludert i studien, med folketal (frå Statistikkbanken, Statistisk sentralbyrå 2014) (12)

Deltakarar

Det vart gjort eit strategisk val av informantar (10). Dei vart rekrutterte fordi dei hadde ansvar og erfaring i høve til å drifte ei ordning med øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald. Vi ønskte informantar frå ulike profesjonar. Det vart bede om at fastlege, pleie- og omsorgssjef, avdelingsleiar for kortids-/døgn-tilbod, sjukeheimslege, helsesjef og ein erfaren sjukepleiar tok del i intervjuet. Ikkje alle kommunane var organisert slik at dei hadde desse stillingane. Deltakarane vart kontakta av pleie- og omsorgsleiar og fekk skriftleg informasjon om prosjektet i forkant.

Til saman vart 25 personar med i intervjuet, av 30 førespurte. Ti av deltakarane var legar, 14 var sjukepleiarar og ein hadde sosialfagleg bakgrunn. Kommunane hadde erfaringar frå drift i frå om lag seks månadar til to år då intervjuet vart gjennomført.

Datasamling

Fokusgruppeintervjuet vart gjennomført i kommunehuset eller i andre kommunale institusjonar. Det var utvikla ein intervjuguide (10) med basis i nasjonale dokument (3). Spørsmåla var knytte til fem tema: erfaringar med tidleg start, kvalitet, pasientmedverknad, kompetanse og pasientgang.

Sisteforfattar var moderator i intervjuet (10, 13). I tillegg var ein eller to medforskantar til stades, dei tok notatar om dynamikken i gruppa under intervjuet (14). Til slutt gav

medforskarer ei oppsummering av det som vart formidla. Deltakarane fekk høve til å supplere eller korrigere oppsummeringa. Intervjuet varte i 60–90 minutt. Dei vart tatt opp på lydband og transkriberte ordrett. Teksten vart justert for skriftleg framstilling. Data om bruken av øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald vart samla inn frå driftsstatistikken i kvar einiskild kommune.

Analyse

Analysen var inspirert av den hermeneutiske sirkelen (15). Alle forfattarane fekk tilsendt dei transkriberte intervjuet for gjennomlesing. Data vart først koda der vi fann meningsberande einingar i høve til tre område: oppstart, vurdering av tilbodet for pasientane, konsekvensar for fagmiljøet. Deretter vart det analysert fram eit tema som illustrerte underliggende mønster i erfaringane deira innan kvart område (10). Desse temaa er brukt som overskrifter i resultatdelen.

Analysen var både induktiv og deduktiv. Vi starta med rådata og analyserte fram hovudtemaa for deretter å gå attende til rådata for å sjå at dei ulike hovudtemaa var underbygde i materialet (14). Det vart oppretta eit felles dokument der alle forfattarane kunne ta del i og følge framstillinga av funna og slik arbeide mot dialogisk intersubjektivitet (11). Temaa vaks fram frå ein analyseprosess der ein veksle mellom å arbeide

med del og heilskap og føreforståing og forståing (15).

Forfattarane hadde ulike posisjonar, noko som gjorde at vi hadde ulike inngangar for å forstå fenomenet som vart studert. Ein av forskarane er klinikksjef i eit helseføretak, ein er forskingsrådgjevar i same helseføretak og ein er professor i sjukepleie på ein høgskule. Den fjerde forskaren var tilsett som koordinator av samarbeidet for sju kommunar på Sunnmøre. Dei ulike posisjonane til forskarane og deira tverrfaglege bakgrunn gjorde at materialet vart lest med ulike perspektiv. Data om interaksjonen i gruppa vart brukt i analysen av dei transkriberte intervjuet (16).

Etiske vurderingar

Det vart søkt til regional etisk komité for å finne om studien var framleggingspliktig (REK Midt-Noreg 2013/1943). Det vart vurdert at han ikkje var det. Prosjektet vart gjennomført etter forskningsetiske retningslinjer, og det vart samla informert samtykke frå alle deltakarane ved starten av intervjuet (10).

Resultat

Funna syner erfaringane med øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i seks kommunar. Tre tema vart analyserte fram: øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i eigen kommune for å styrke sjukeheimane, pasientnært og fleksibelt tilbod, kompetanseløft.

Det var stort engasjement i fokusgruppeintervjua og lite spenningar mellom fagpersonar frå ulike profesjonar

Øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i eigen kommune for å styrke sjukeheimane

Helsepersonellet formidla at dei før dei starta hadde hatt stor nytte av det interkommunale tverrprofesjonelle samarbeidet i dei sju kommunane. Der hadde dei utvikla ei felles forståing av at dei ønskte å drifte tilbodet i heimkommunen både for å bygge fagmiljø og fordi det var eit gode for pasientane at dei fekk eit tilbod i nærleiken av der dei budde.

Kommunane gav uttrykk for at dei i Sju-stjerna hadde delt kunnskap om kva pasientgrupper tilbodet skulle gjelde, kunnskap om kva medikament og kva slags utstyr det var behov for og andre erfaringar knytt til det å starte opp med øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald. Nokre kommunar hadde fått økonomisk støtte av Helsedirektoratet, andre hadde hatt politikarar som hadde arbeid fram ekstra løyvingar til lege- og sjukepleiarstillingar. Det vart fortalt at kompetanse vart sett på som ein kritisk faktor for å kunne starte opp. Betydinga av spesialsjukepleiarar vart særleg framheva.

Pasientnært og fleksibelt tilbod

Det vart formidla at øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i kommunen var eit pasientnært og fleksibelt tilbod.

Ein av legane uttrykte dette slik: «Vi meiner nokså sterkt at det er store fordelar ved å ha det i kvar kommune. Ved å ha det kommunalt så dels slepp pasientane å reise ut av kommunane, lettare for pårørende å kome på besøk, lettare å få informasjon frå fastlege og heimesjukepleie lokalt, lettare å etablere godt tilbod ved utskrivning og finne ut kva pasienten treng når ØHD-fasa er ferdig.»

Verdien av å ha tilbodet lokalt for å kunne forstå samanhengen pasienten lever i og å kunne planlegge heilskaplege pasientgangar basert på verdiane til pasienten vart framheva. Men i nokre av gruppene kom det også fram at ordninga kunne føre til fleire flyttingar og meir oppstykkas pasientgangar enn tidlegare. Dette gjaldt særleg når pasienten vart innlagt med uavklara diagnose.

I intervjua vart det også formidla at dei hadde erfart at helseføretaket og kommunane tenkte ulikt om pasientgang. Ein av legane sa det slik: «Helseføretaket kan godt lage forløp på vanskelege og krevjande pasientgrupper, kols for eksempel. Vi kan ikkje i så stor grad lage pasientforløp på diagnosenivå. Vi må lage pasientforløp som fangar opp større deler av befolkninga. Vi er generalister og dei er spesialistar.»

Det vart formidla at det var viktig å bidra til heilskaplege og koordinerte pasientgan-

gar. Døme på område i kommunane der dette hadde blitt utvikla var rehabilitering og palliasjon.

Det vart framheva at det er lettare å få til medverknad når pasienten blir behandla i nærmiljøet sitt. I gruppene vart det fortalt om tett samarbeid med pårørende for å ta vare på interessene til pasienten. Deltakarane gav uttrykk for at dei var godt kjent med ideane om pasientmedverknad i helsepolitiske dokument.

Ein av legane la vekt på god informasjon for å få gode pasientgangar: «I forkant er det viktig å presisere kva som skal skje og korleis heile pasientforløpet skal vere.»

Det vart uttrykt at sengene vart brukte på ein fleksibel måte, til dømes at ein pasient gjekk frå plass i ordninga til korttids plass utan å måtte flytte mellom kommunar eller sjukeheimar, sidan kommunane hadde valt å plassere sengene i sjukeheimane – i dei fleste ei korttidsavdeling eller ei rehabiliteringsavdeling. Andre hadde oppretta egne rom som ikkje var knytt til nokon avdeling. Det vart sagt at enkelte yngre pasientar kunne reagere på å bli innlagde i ein sjukeheim. Å gi meir informasjon om tilbodet til befolkninga vart vurdert som viktig i alle kommunane.

Det vart fortalt om ei positiv utvikling, med meir bruk av sengene, og at dei til dømes i palliativ omsorg hadde røynt at dei kunne gi eit like godt tilbod som sjukehuset. Verdien av nært samarbeid med pasient og pårørende om palliativ omsorg vart framheva.

Kompetanseløft

Informantane gav uttrykk for at kravet om øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald hadde ført til kompetanseutvikling og ville krevje vidare arbeid med kompetanseheving i fagmiljøet for sjukepleiarane og legane som er involverte.

Det vart peika på at vikarlegar kunne vere ei hindring for at tilbodet vart brukt i samsvar med intensjonane. Tilgang til spesialsjukepleiarar og sjukepleiarar med klinisk mastergrad i sjukepleie vart nemnt som eit viktig vilkår for å drifte tilbodet. Det vart i fleire kommunar fortalt om systematisk arbeid med fagdagar for å kvalifisere personalet til dei nye funksjonane. Det vart også formidla at kommunane ønskte eit tett samarbeid med høgskulane om kompetanseutvikling.

Ein av dei mest erfarne legane ga tydeleg uttrykk for at øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald er eit sjukepleiefagleg tilbod. «Dersom pasienten krev legetilsyn fleire gongar i døgn, er det ikkje noko som eignar seg på kommunale ØHD senger.»

Det å ha fagpersonar med relevant kompetanse for å takle dei utfordringane som det er krav om, vart sterkt framheva. I gruppene

vart det formidla at positive haldningar og engasjement frå personalet var ein føresetnad for å lukkast med å utvikle eit godt tilbod. Eit trekk ved intervjua er at informantane formidla at det nye tilbodet har gitt eit fagleg løft i kommunehelsetenesta og mange nye, spanande arbeidsoppgåver.

Også samarbeidet mellom helseføretaket og kommunane vart omtala. Det vart fortalt at helseføretaket hadde bidratt med verdifull rettleiing, som til dømes i høve til palliasjon og ved alvorlege infeksjonar. Men det vart også peika på behov for vidare avklaringar om ansvarsdeling knytt til ulike fasar i pasientgangen. Dialog mellom fagpersonar i helseføretak og kommunehelsetenesta vart framheva som viktig for å få til gode pasientgangar og gode overgangar mellom dei ulike forvaltningsnivåa.

I gruppene kom det fram at det var av stor betydning at bruken av sengene var gjennomtenkt og at dei som var involverte hadde ei felles forståing av kva behandlingstilbod kommunane kunne tilby. Informantane la også vekt på at dette måtte vere eit forsvarleg tilbod og at det var viktig at diagnosen var avklara.

Det vart lagt vekt på at sjukepleiarane og legane som var involverte i dette tilbodet hadde tillit til kvarandre og god kjennskap til kompetansen til dei andre. I ei av gruppene vart det sagt at det burde vere felles opplæring eller kurs for sjukepleiarar og legar. Det vart særleg peika på behov for undervising i akuttmedisinske tema. Verdien av møteplasar for fagpersonar frå spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta vart framheva.

Bruken av tilbodet

Kommunane hadde formelt oppretta 1–2 senger frå 1.10. 2012 for fem av kommunane og frå 16.9. 2013 for den sjetteste. Data vart samla inn til 31.8. 2014.

Det var 14 innleggingar og 35 liggedøgn per månad og ei gjennomsnittleg liggetid på 2,5 døgn (1,8–3,1 døgn i ulike kommunar) i 2013, og 21 innleggingar og 60 liggedøgn per månad i 2014, gjennomsnittleg liggetid var då 2,9 døgn (variasjon 2,1–3,6 døgn). Bruken av sengene i observasjonsperioden auka med tida frå etableringa av tilbodet i alle kommunane. Det var relativt låg kapasitetsutnytting første heile driftsåret, på 16 % i gjennomsnitt, stigande til 20 % andre året (variasjon 10–36 %).

Diskusjon

I studien kom det fram at kommunane hadde samarbeidd om starten av øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald. Dei formidla at dei opplevde det nye tilbodet som pasientnært og fleksibelt og at det gav rom for styrka pasientmedverknad. Dei vurderte det også slik at tilbodet ville føre til eit kompetanseløft i

kommunane. Bruken av sengene har auka frå starten og fram til 31.8. 2014.

Dei aktuelle kommunane i undersøkinga har eit etablert formalisert samarbeid, og i dette samarbeidet vart det avklart at dei ikkje ønskte eit interkommunalt samarbeid om drift av øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald. Dei hadde ein felles verdibase og eit felles ideologisk syn på tilbodet før dei starta utviklinga av det. Dette kjem klart fram i fleire av intervju.

Hovudføremålet med organiseringa var å få til eit pasientnært og fleksibelt tilbod i bustadkommunen, der alle ressursar vert nytta som eit saumlaust tilbod. Dette utgangspunktet strir klart med funna i ei kartlegging frå 2013 (5, 6). Då var over halvdel av norske kommunar godt i gang med å etablere øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald. Tre av fire hadde gått inn i interkommunalt samarbeid. Dette var mest vanleg mellom dei små kommunane. Kommunar som ikkje hadde interkommunalt samarbeid, hadde for det meste etablert tilbod i tilknytning til ein sjukeheim, medan dei med interkommunalt samarbeid hadde etablert tilbodet i tilknytning til legevakta. Majoriteten av småkommunar har ikkje eit tilbod lokalisert i eigen kommune. Dette betyr at i dei fleste er tilbodet plassert i ei nabokommune. Det var variasjon i korleis kommunane drifrar og organiserer tilbodet.

Våre resultat er meir i tråd med funna til Grimsmo & Løhre (7). Dei beskriv ei splitting mellom sentrum og periferi i synet på organiseringa. Eit interkommunalt tilbod i nærleiken av sjukehuset var meiningslaust for legar i utkantkommunar, fordi reiseavstanden vart for lang. Det vart også peika på at fleire legar opplevde liten skilnad mellom interkommunalt og lokalt tilbod. Den skilnaden dei peiker på mellom sentrum og periferi i korleis tilbodet bør organiserast, er ein viktig diskusjon som har både faglege og organisatoriske konsekvensar.

I hovudsak er øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i desse kommunane eit sjukepleiefagleg tilbod som krev ein avklart diagnose før innlegging. Dette er ein klar premiss for organiseringa, som vil skilje seg frå andre typar organisering der ein også har eit diagnostisk tilbod og større tilgang på legetenester. Pasientsleksjon og omfanget av bruk av sengene vil kunne skilje vesentleg mellom desse tilboda. Det vil også kunne vere ulikt potensial for reduksjon av talet på innleggingar i spesialisthelsetenesta ut frå utforminga av innleggingskriterier og diagnostisk tilbod. Studien vår kan ikkje seie noko om dette.

Tilgang på sjukepleiekompetanse i kommunane vart sett på som særskild viktig for etablering og drift av tilbodet. Den fleksible organiseringa av øyeblikkeleg hjelp-døgn-

opphald i sjukeheimane gjorde at også denne kompetansen kunne nyttast fleksibelt til gode for fleire pasientgrupper og såleis styrke den samla kompetansen i kommunen. I kva grad høgskulane vil kunne tilby relevant kompetanse for kommunane gjennom sine utdanningstilbod, vil kunne vise seg viktig for etablering og utvikling av tilbodet.

I alle kommunane ser vi aukande bruk av sengene med tida. Bruken er likevel relativt låg i høve til kapasiteten også andre driftsår, den varierer mellom 10 % og 36 %. Vanylven kommune, som har lengst driftserfaring, har også høgast utnytting av sengekapasiteten. Dette kan tyde på at det tar noko tid for legane å verte trygge på tilbodet og korleis dei kan nytte dette. Bruken av sengene i desse seks kommunane skil seg ikkje vesentleg frå det som kom fram i kartlegginga frå 2013 (5, 6). I studien vår har vi ikkje data som kan seie noko om i kva omfang bruken av øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald har redusert bruken av døgnplassar i spesialisthelsetenesta.

I studien kom det fram at informantane ønskte å lage meir pasientsentrerte behandlingsgangar enn i spesialisthelsetenesta, der desse er knytt til diagnoser. Dette samsvarer med funna til Røssstad og medarbeidarar (17) om at det sjukdomsorienterte perspektivet på pasientgangar ikkje er høveleg i kommunehelsetenesta. Eit viktig funn i studien vår er at kommunane ser behov for å lage heilskapelege behandlingsgangar som fangar opp større pasientgrupper. Døme på område dei hadde laga slike var rehabilitering og palliasjon.

Eit interessant funn er at informantane vurderte det som enklare å få til medverknad når pasienten blir behandla i nærmiljøet sitt. Dialog om verdiar i valet av behandling i siste fase av livet var også eit viktig funn i studien vår. Våre funn samsvarer i stor grad med funna frå undersøkinga til Lappegard & Hjortdahl frå Ål, sjølv om dette tilbodet er noko meir omfattande enn tilbodet i desse kommunane (18). Lappegard & Hjortdahl fann at pasientane meinte at det lokale behandlingstilbodet gav ei kjensle av oversikt og kontinuitet i omsorga i ein heimleg atmosfære. Det kan synest som om øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald kan ta vare på viktige intensjonar i samhandlingsreforma om å styrke retten til medverknad for pasientar og pårørande på ein god måte.

Avgrensingar

Den gjennomgåande positive haldninga til øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald fann vi litt overraskande. Det kan tenkast at dersom fleire av sjukepleiarane som stod i den daglege drifta hadde vore med, kunne fleire av problema med å drifte tilbodet kome fram.

Studien kan ikkje seie noko om kor

mange av pasientane som alternativt ville vorte lagt inn i sjukehus, og vi har ikkje data på fordelinga av type tilbod til pasientane etter utskrivning frå øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald.

Konklusjon

Den viktigaste grunngevinga for å etablere eit tilbod om øyeblikkeleg hjelp-døgnopphald i kommunen var etablering av eit pasientnært og fleksibelt tilbod. Helsepersonellet formidla at etableringa hadde gitt eit kompetanseløft i kommunane, samstundes som god sjukepleiefagleg kompetanse var ein føresetnad for etablering av eit godt pasienttilbod.

Bruken av tilbodet synest å vere relativt låg første driftsår, men auka med tida etter etableringa. God samhandling mellom dei ulike profesjonane som er involverte i tilbodet vart vurdert som viktig. Det er behov for vidare forskning, som både kan gje grunnlag for faktabasert organisering av tilbodet og kunnskap om kva slags organisering og innhald som høver i dei ulike kommunane ut frå storleik, geografiske tilhøve og avstand til lokalsjukehus, og kva faktorar som avgjer bruken av og kvaliteten på døgntilbodet.

Torstein Hole (f. 1957)

er spesialist i indremedisin og i hjertesjukdomar, klinikkisjef og førsteamanuensis II.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgjev ingen interessekonflikar.

Johan Barstad (f. 1956)

er samfunnsøkonom og har ein mastergrad i samfunnsplanlegging, seniorforskar og forskingsrådgjevar.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgjev ingen interessekonflikar.

Solfrid Teigen (f. 1953)

er sjukepleiar med tilleggsutdanning innan gerontologi, rettleiing og leiing. Ho har yrkeserfaring som leiar innan kommunal helse og omsorg, har hatt tillitsverv i fagnettverk innan eldreomsorg og er koordinator i leiarnettverk for helse- og omsorgsleiarar i kommunane på Søre Sunnmøre.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgjev ingen interessekonflikar.

Marit Kvangarsnes (f. 1956)

er professor i sjukepleie og i pedagogikk ved høgskulen og forskingsrettleiar.

Forfattaren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgjev ingen interessekonflikar.

Litteratur

1. Together for health: a strategic approach for the EU 2008–2013. Brussel: European Commission, 2007.
2. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf [4.7.2015].
3. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieell. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
4. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> [4.7.2015].
5. Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Oslo: Deloitte, Helsedirektoratet, 2014.
6. Spørreundersøkelse om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene. Oslo: Deloitte, Helsedirektoratet, 2014.
7. Grimsmo A, Løhre A. Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. *Utposten* 2014; 43: 14–7.
8. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Rapport fra Den norske legeforening og KS. Oslo: Den norske legeforening, 2014.
9. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Los Angeles, CA: Sage, 2014.
10. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.
11. Kvale S, Brinkmann S, Anderssen TM et al. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.
12. Statistikkbanken. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2014. www.ssb.no/statistikkbanken [4.7.2015].
13. Sim J. Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *J Adv Nurs* 1998; 28: 345–52.
14. Freeman T. 'Best practice' in focus group research: making sense of different views. *J Adv Nurs* 2006; 56: 491–7.
15. Gadamer H-G, Holm-Hansen L. Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk. Oslo: Pax, 2010.
16. Liamputtong P. Qualitative research methods. South Melbourne: Oxford University Press, 2013.
17. Røsstad T, Garåsen H, Steinsbekk A et al. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 121.
18. Lappegard Ø, Hjortdahl P. Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: an analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. *Soc Sci Med* 2014; 119: 27–35.

Motteke 8.1. 2015, første revisjon innsendt 29.3. 2015, godkjent 4.7. 2015. Redaktør: Sigurd Høye.